



**EHESP**

---

**Directeur d'établissement sanitaire,  
social et médico-social**

Promotion : **2015-2016**

Date du Jury : **Décembre 2016**

---

**La personnalisation de  
l'accompagnement de la personne âgée :  
projet personnalisé et soutien du  
parcours dans un contexte de  
plateforme de services médico-sociaux**

---

**Léa LE MARCHAND**



---

# Remerciements

---

Je souhaite remercier en premier lieu Bernadette GAUDIER, Directrice de la Résidence Intercommunale « Jean Villard » pour sa disponibilité, ses précieux conseils et son soutien au cours de mon stage, et au-delà.

Mes sincères remerciements vont également à l'ensemble des professionnels de la Résidence pour la qualité de leur accueil et la richesse de nos échanges tout au long du stage. J'adresse en particulier mes remerciements à Corinne BENIER, Corinne CHEVALIER, Céline MARMAGNE, Stéphanie POULENARD et Anne-Marie ROZIER qui ont accepté de me rencontrer et de m'apporter leur éclairage dans le cadre de cette étude.

Je remercie chaleureusement les usagers de la Résidence avec lesquels j'ai pris beaucoup de plaisir à discuter. J'exprime plus spécifiquement ma gratitude aux résidents rencontrés en entretien pour le temps qu'ils m'ont accordé.

Je souhaite également remercier Fernand LEDEUN, Directeur de la filière DESSMS, et Karine LEFEUVRE, Professeur à l'EHESP et Directrice adjointe du Département des Sciences humaines et sociale, qui m'ont aidé à construire ma réflexion.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	3
<b>PREMIER CHAPITRE : Un contexte national et local favorisant la personnalisation de l'accompagnement .....</b>	<b>7</b>
<b>A) <u>L'objectif de personnalisation clairement affirmé par les textes</u> .....</b>	<b>7</b>
1) <i>Le projet personnalisé : une obligation pour les établissements et services.....</i>	<i>7</i>
2) <i>La logique de parcours au cœur des politiques publiques.....</i>	<i>10</i>
<b>B) <u>La Résidence Intercommunale « Jean Villard » : une plateforme de services engagée dans la démarche de personnalisation</u>.....</b>	<b>14</b>
1) <i>La formalisation du projet personnalisé au sein des services de la plateforme... </i>	<i>14</i>
2) <i>La mise en place d'un service transversal soutenant le parcours de la personne âgée .....</i>	<i>18</i>
<b>DEUXIEME CHAPITRE : Des difficultés multiples dans la mise en œuvre d'un accompagnement personnalisé .....</b>	<b>21</b>
<b>A) <u>Des difficultés dans l'élaboration d'un projet personnalisé et co-construit</u> .....</b>	<b>21</b>
1) <i>Des freins liés aux spécificités du public âgé.....</i>	<i>21</i>
2) <i>Des freins liés aux pratiques professionnelles.....</i>	<i>24</i>
<b>B) <u>Des obstacles à la réalisation d'un parcours continu et respectueux des perspectives de vie de la personne âgée</u> .....</b>	<b>28</b>
1) <i>Des insuffisances dans le repérage des risques de perte d'autonomie.....</i>	<i>28</i>
2) <i>Un manque de coordination entre les acteurs au détriment du parcours des personnes âgées.....</i>	<i>30</i>
<b>TROISIÈME CHAPITRE : D'important leviers pour l'amélioration de la personnalisation dans les plateformes de services .....</b>	<b>36</b>
<b>A) <u>La généralisation du projet personnalisé au sein des différents services</u> .....</b>	<b>36</b>
1) <i>Susciter et soutenir l'implication des professionnels.....</i>	<i>36</i>
2) <i>Encourager le « sur-mesure » pour favoriser la participation des personnes accompagnées .....</i>	<i>40</i>
<b>B) <u>Le développement des plateformes en soutien au parcours des personnes âgées</u> .....</b>	<b>44</b>
1) <i>L'indispensable déploiement d'outils partagés en interne et en externe .....</i>	<i>44</i>
2) <i>La mise en place de dispositifs innovants : l'exemple du renforcement du Pôle de « Jean Villard » .....</i>	<i>47</i>

<b>Conclusion .....</b>	<b>51</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>53</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ANESM** : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

**ARS** : Agence Régionale de Santé

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

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**ETP** : Equivalent Temps Plein

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**MAIA** : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer / Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

**PAERPA** : Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie

**PPS** : Plan Personnalisé de Santé

**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers A Domicile





## Introduction

Après que le secteur social et médico-social ait longtemps reposé sur une logique d'institution, la nécessité est apparue de le recentrer sur la personne et sur l'évolution de ses besoins à travers les divers âges de la vie. Ce changement de perspective a été consacré par la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 dont l'un des objectifs majeurs était de « placer l'utilisateur au cœur du dispositif »<sup>1</sup>. Depuis lors, les établissements et services recherchent davantage à adapter leurs prestations à leurs bénéficiaires en développant différents outils en ce sens. Parallèlement, le recentrage sur la personne a entraîné une diversification des modes d'intervention et d'accompagnement, là encore dans l'idée de s'ajuster aux mieux à la personne et à ses besoins. Ce double phénomène, notamment observable dans le champ des personnes âgées, s'inscrit dans une démarche de personnalisation de l'accompagnement.

La personnalisation se définit comme l'« adaptation d'un produit, d'un service, d'un logement, etc., à la personnalité de celui à qui il est destiné »<sup>2</sup>. Le terme désigne un processus de construction d'un modèle fondé sur la personne<sup>3</sup>. En action sociale et médico-sociale, la personnalisation renvoie à la démarche en vertu de laquelle les acteurs doivent saisir la singularité de chacun de leurs bénéficiaires et œuvrer pour leur fournir un accompagnement adapté. La notion d'« accompagnement » est ici préférée à l'expression « prise en charge » qui traduit l'idée de faire pour la personne et non pas avec elle. L'accompagnement peut, quant à lui, être défini comme « une activité d'aide aux personnes en difficulté ou en situation de handicap, qui concourt à la réalisation du projet de vie »<sup>4</sup>. Il apparaît ainsi comme un concept dynamique et conforme à la philosophie actuelle reconnaissant une place capitale à l'utilisateur et à ses attentes.

Lors de l'admission dans un établissement ou service, la personne âgée, sa famille, les professionnels et les responsables institutionnels s'engagent à partager un temps de vie. Dès lors, les actions des uns et des autres devront s'inscrire dans une

---

<sup>1</sup> TERRASSE P., *Rapport d'information sur la réforme de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales*, n° 2249, 15 mars 2000.

<sup>2</sup> LAROUSSE, *Dictionnaires de français*. [visité le 05.06.2016], disponible sur internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/personnalisation/59806>

<sup>3</sup> VERCAUTEREN R., 2009, *Directeur d'établissement pour personnes âgées – Rôles et exercice : Professionnels en gérontologie*, page 56.

<sup>4</sup> SECRETARIAT GENERAL DES MINISTERES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie – Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers – Lexique de A à Z*. [visité le 05.06.2016], disponible sur internet : [http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Actu\\_2/Lexique\\_parcours\\_def.pdf](http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Actu_2/Lexique_parcours_def.pdf)

**dynamique de projet.** Pour reprendre la distinction de Cécile DELAMARRE<sup>5</sup>, il est en réalité possible de relever trois types de projets qui vont se rencontrer et devoir s'articuler durant toute la durée de l'accompagnement. Il s'agit du projet de l'adulte âgé, que nous appellerons « projet de vie », du projet de l'institution à savoir le « projet d'établissement ou de service », et, enfin, de celui autour duquel s'organisent plus concrètement les actions des professionnels c'est-à-dire le « projet personnalisé ». Il convient de noter qu'il existe des confusions sémantiques importantes autour de ces notions de projet. En effet, certains établissements et services utilisent par exemple l'expression de « projet de vie » pour désigner le projet personnalisé, c'est à dire le projet d'accompagnement qui concerne la personne au sein de la structure. Néanmoins le « projet de vie » désigne pour nous le projet personnel de l'utilisateur, et peut dépasser l'accompagnement fourni par l'établissement ou le service. En ce sens, le projet personnalisé est davantage conçu comme un outil relevant de la structure pour contribuer à l'accomplissement du projet de vie de la personne. L'idée est que « *via* le projet d'accompagnement, les intervenants vont être responsables de la mise en actes du projet d'institution et du respect du projet de vie »<sup>6</sup>. Néanmoins, si le projet personnalisé apparaît pertinent dans le cadre d'un service, il est insuffisant pour les personnes âgées sollicitant l'aide de différentes structures pour réaliser leur projet de vie. Dans ce cas, au delà du projet personnalisé propre à chaque service, la personne requiert un accompagnement continu et coordonné afin d'éviter les ruptures de parcours et de répondre à ses attentes.

La population française apparaît comme vieillissante et bon nombre de personnes âgées souhaitent rester chez elles pour y mener et y finir leur vie. De ce fait, les établissements sont de plus en plus encouragés à s'ouvrir sur le domicile afin de répondre au mieux aux besoins des personnes âgées relevant de leur territoire. Les structures médico-sociales à destination du public âgé renvoient aujourd'hui à la fois aux établissements d'hébergement permanent, et à la fois aux différents services favorisant le maintien dans le cadre de vie. Le maintien à domicile sur le long terme nécessite l'existence de services intervenant chez la personne (services de soins infirmiers à domicile, services polyvalents d'aide et de soins à domicile, services d'aide et d'accompagnement à domicile) d'une part, et des services extérieurs dans lesquels cette dernière peut se rendre temporairement (hébergement temporaire, accueil de jour...) d'autre part<sup>7</sup>. **Dans un contexte d'établissement multi-services, la question de la personnalisation de l'accompagnement se pose donc à deux niveaux : d'une part au sein d'un service avec l'élaboration et le suivi des projets personnalisés et,**

<sup>5</sup> DELAMARRE C., 2015, *Démence et projet de vie, accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée* : DUNOD, Santé Social, page 67.

<sup>6</sup> *Ibid.*, page 78.

<sup>7</sup> ENNUYER B., 2014, *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation* : DUNOD, Santé social, page 109.

**d'autre part, entre les différents services, avec la recherche de continuité et d'adaptation du parcours.** Dans les deux cas, le but est d'aider la personne âgée à mener une vie qui corresponde au mieux à ses envies, attentes et perspectives, autrement dit, à réaliser son projet de vie.

L'objectif de ce travail est de confronter la théorie de la personnalisation de l'accompagnement de l'adulte âgé avec la pratique observable dans un contexte de plateforme de services médico-sociaux. L'idée est de bien identifier les difficultés éventuelles dans la mise en œuvre d'accompagnements adaptés aux différents bénéficiaires et de réfléchir aux leviers d'actions possibles pour le directeur d'établissement. Afin de mener à bien cette étude, la première étape a été d'acquérir une bonne connaissance théorique en étudiant les dispositions textuelles, mais aussi par la lecture d'ouvrages de référence sur le thème du projet personnalisé et du parcours de la personne âgée. Sur un plan plus pratique, l'observation de la réalité de terrain a été menée principalement dans le cadre du stage de professionnalisation réalisé au sein de la Résidence Intercommunale « Jean Villard », un établissement public autonome médico-social implanté dans l'ouest lyonnais. Créé en 1975 par le Syndicat Intercommunal des Personnes Agées (SiPAG), l'établissement ne comptait initialement qu'un service d'hébergement permanent. En 2006, l'EHPAD a été entièrement reconstruit pour une capacité totale de soixante-cinq lits, dont treize au sein d'une unité de vie protégée. L'établissement a ensuite diversifié progressivement son offre de services. En 2007, il a ouvert un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) comptant aujourd'hui quarante places pour personnes âgées et neuf pour personnes handicapées. Le lien avec le domicile a été renforcé par la suite avec l'ouverture d'un service d'hébergement temporaire de dix lits et d'un accueil de jour de trois places en 2011. La même année, l'établissement a créé un Pôle d'Activité et de Soins Adapté (PASA) de quatorze places pour les résidents présentant des troubles cognitifs et des troubles du comportement modérés. La Résidence « Jean Villard » constitue ainsi une véritable plateforme de services pour personnes âgées ou handicapées en situation de fragilité, de perte d'autonomie ou de dépendance, accompagnées à domicile, en hébergement temporaire ou permanent. En 2014, cette plateforme s'est structurée autour d'un Pôle Ressources et Accompagnement pour fluidifier le parcours de la personne accompagnée au sein des services et, plus largement, au sein de la filière gériatrique.

Au cours du stage, il a été possible de participer à diverses réunions et groupes de travail autour des notions de projet personnalisé et de parcours de la personne âgée, au sein de l'établissement d'accueil mais aussi à l'extérieur. Par ailleurs, la réflexion a pu être enrichie par la réalisation d'entretiens semi directifs avec des acteurs de terrain d'une part, et avec des résidents de l'établissement d'autre part.

Le cadre législatif dans lequel s'inscrit la politique autonomie actuelle met l'accent sur un accompagnement global et individualisé de la personne faisant écho au respect de son projet de vie, sur une prise en charge de qualité par des équipes pluridisciplinaires ou encore sur le développement d'une offre accrue de services à destination des personnes souhaitant rester à leur domicile<sup>8</sup>. Dans un tel contexte, les interrogations auxquelles notre travail cherchera à répondre sont les suivantes : **Les plateformes de services médico-sociaux présentent-elles des difficultés spécifiques dans la personnalisation de l'accompagnement de leurs bénéficiaires ? En quoi ces structures peuvent-elles favoriser la mise en œuvre d'un accompagnement adapté et respectueux du projet de vie de la personne âgée ?**

Afin de répondre au mieux à cette problématique, nous présenterons tout d'abord le contexte de l'étude, national et local (chapitre I), nous chercherons ensuite à identifier quels peuvent être les obstacles à la mise en œuvre d'un accompagnement adapté à l'usager d'un établissement multi-services (Chapitre II) et nous nous attacherons enfin à proposer des pistes de réflexion et des actions concrètes permettant de renforcer la personnalisation et de favoriser l'adéquation avec le projet de vie au sein des plateformes de services (Chapitre III).

---

<sup>8</sup> CONSEIL DEPARTEMENTAL DE SAONE-ET-LOIRE, *Schéma départemental pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2016-2018*, page 7. [visité le 01.09.2016], disponible sur internet : [http://www.saoneetloire71.fr/uploads/tx\\_egestiondoc/Schema\\_autonomie\\_2016-2018\\_FINAL.pdf](http://www.saoneetloire71.fr/uploads/tx_egestiondoc/Schema_autonomie_2016-2018_FINAL.pdf)

## **PREMIER CHAPITRE : Un contexte national et local favorisant la personnalisation de l'accompagnement**

Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics encouragent les établissements et services sociaux et médico-sociaux à personnaliser les prestations fournies afin de respecter au mieux le projet de vie de la personne. Il conviendra tout d'abord de présenter les dispositifs textuels (A) pour voir ensuite comment ils peuvent être mis en pratique dans le cadre d'une plateforme de services pour personnes âgées, en étudiant l'exemple de la Résidence Intercommunale « Jean Villard » (B).

### A) L'objectif de personnalisation clairement affirmé par les textes

Souvent synonyme d'augmentation du nombre moyen d'affections et de risque d'entrée dans la dépendance, l'avancée en âge justifie le recours des aînés aux établissements et services des secteurs sanitaire, social et médico-social. L'individu se trouve alors confronté à des systèmes organisationnels qui devront prendre en compte la diversité et les droits des usagers afin de faire face au « risque d'une approche standardisée »<sup>9</sup>. Dans cette optique, les pouvoirs publics sont intervenus d'une part en imposant le projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé au sein des établissements et services médico-sociaux (A) et, d'autre part, en développant la logique de parcours (B).

#### 1) *Le projet personnalisé : une obligation pour les établissements et services*

Une réflexion sur le « projet de vie » en institution a été engagée dès les années 1990 au sein du milieu gérontologique, dans l'idée d'aider les personnes âgées à donner un sens à leur vie en établissement, et les professionnels un sens à leur travail<sup>10</sup>. Avec la mise en place des conventions tripartites en 1999, les autorités de tarification se sont à leur tour montrées soucieuses de la personnalisation des accompagnements en établissement pour personnes âgées. En effet, le cahier des charges de la convention pluriannuelle<sup>11</sup> mentionne l'obligation de formaliser un « projet individualisé » pour chaque

<sup>9</sup> ANESM, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, page 1. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_projet.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf)

<sup>10</sup> ASSOCIATION RÉSEAU DE CONSULTANTS EN GÉRONTOLOGIE, 2013, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, 2<sup>ème</sup> édition : DUNOD, Santé Social, page 1.

<sup>11</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. [visité le 18.08.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000395786>

résident présentant une détérioration intellectuelle et prévoit l'élaboration d'un projet institutionnel « dans lequel sont définies les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soins ». **C'est finalement la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui est véritablement venue consacrer le droit à un accompagnement individualisé, selon un projet auquel la personne concernée aurait participé.** Cette loi avait pour objectif majeur l'affirmation et la promulgation des droits des bénéficiaires des prestations sociales et médico-sociales. Ainsi, l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles liste un certain nombre de droits et libertés individuels dont l'exercice est « garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux ». Ce texte consacre notamment le droit de l'usager à « une prise en charge et un **accompagnement individualisé** de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, **adaptés à son âge et à ses besoins**, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision (...)» (art. L311-3 3° CASF). Il pose également le droit de la personne à « la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du **projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne** » (art. L311-3 7° CASF). L'affirmation du droit à un accompagnement individualisé témoigne d'un renversement de perspective opéré par la loi 2002-2. En effet, il revient désormais à la structure de s'adapter aux spécificités de chacun. Par ailleurs, par la recherche du consentement et la participation à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement, la loi fait de l'usager un véritable acteur de sa prise en charge.

Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles, l'article L311-4 du même Code dispose qu'il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel est notamment annexé la Charte des droits et libertés de la personne accueillie. Le contenu de cette Charte a été défini en annexe d'un arrêté datant du 8 septembre 2003<sup>12</sup>. Elle rappelle et précise un certain nombre de droits d'une part, et en consacre de nouveaux, d'autre part. Parmi les droits rappelés, l'article 2 de la Charte dispose que « la personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins dans la continuité des interventions ». Par ailleurs, l'article 4 de ce même document reprend le principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne au projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. Si cette charte

---

<sup>12</sup>Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal officiel, n°234, du 9 octobre 2003. [visité le 05.08.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000244248&dateTexte=&categorieLien=id>

des droits et libertés de la personne accueillie a vocation à s'appliquer dans tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux, d'autres textes visant des publics spécifiques, telles que les personnes protégées ou encore les personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance, ont également été adoptés par la suite. Au sein de la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance qui nous intéresse plus particulièrement, il apparaît d'une part que la personne reste libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie (article 1) et, d'autre part, qu'elle doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins (article 2). Ici encore, l'importance du respect des choix et de l'adaptation de l'accompagnement de la personne âgée est mise en exergue.

Au delà de la consécration de droits et libertés, la philosophie de la loi du 2 janvier 2002 consiste à en garantir l'exercice effectif. Parmi les outils légaux visant à permettre l'exercice des droits des usagers, nous pouvons ici citer le contrat de séjour prévu à l'article L311-4 du Code de l'action sociale et des familles et précisé par décret. Ainsi, l'article L.311-4 alinéa 3 dispose notamment qu'un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie et définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement. Modifié par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015, l'article L311-4 CASF précise désormais que lors de la conclusion du contrat de séjour, le directeur d'établissement ou toute personne formellement désignée par lui recherche le consentement de la personne à être accueillie. Le contenu minimal du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge ainsi que le rythme de son élaboration et de sa réactualisation ont été fixés par voie réglementaire et figurent à l'article D.311 du Code de l'action sociale et des familles. Le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge contribue ainsi à positionner l'usager en tant qu'acteur de sa prise en charge, par le recueil du consentement et la participation à son élaboration.

Si la loi 2002-2 impose aux établissements et services sociaux et médico-sociaux de produire un projet d'accueil et d'accompagnement en établissant le droit de l'usager de participer à sa conception et à sa mise en œuvre, les textes légaux et réglementaires n'ont introduit aucune obligation sur la forme, le contenu ou encore le rythme de réactualisation de ce projet<sup>13</sup> en ce qui concerne les établissements ou services pour personnes âgées. **De nombreuses précisions ont été apportées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et**

---

<sup>13</sup> BRANDIBAS G. et ELETA M., 2015, *Le projet personnalisé dans l'action sociale et médico-sociale – conception, démarche et clinique*, L'Harmattan, page 20.

**médico-sociaux (ANESM), dans le cadre de ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles.** L'ANESM a notamment élaboré une recommandation relative aux attentes de la personne et au projet personnalisé datant de décembre 2008. Par ailleurs, le projet personnalisé s'intégrant dans une démarche de bientraitance en établissement et service, des indications figurent également dans la recommandation intitulée « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » de juillet 2008. Enfin, en ce qui concerne plus spécifiquement le public âgé, il est également possible de trouver des éléments au sein des recommandations sur la qualité de vie en EHPAD (notamment dans son volet 1 datant de février 2011) ou encore sur l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social (février 2009).

Parallèlement à l'affirmation des droits à l'adaptation de l'accompagnement et à la participation à l'élaboration de projets personnalisés en établissement et service sociaux et médico-sociaux, l'accent a été mis sur la notion de parcours du patient ou usager.

## 2) *La logique de parcours au cœur des politiques publiques*

La notion de parcours renvoie à une pluralité de concepts qui méritent d'être précisés. En effet, nous parlons aujourd'hui aussi bien de « parcours de soins », que de « parcours de santé », ou encore de « parcours de vie ». Selon la Haute Autorité de Santé, le **parcours de soins** consiste pour le patient ou l'utilisateur au « juste enchaînement et au bon moment des compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins ». Elle ajoute que « la démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme »<sup>14</sup>. Le **parcours de santé** correspond, selon une définition élaborée par l'ARS Bretagne, à l'ensemble des étapes et au cheminement parcourus par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donnés. Quant au **parcours de vie**, il s'agit, pour reprendre une définition de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, « de la prise en compte des étapes successives de la vie de la personne, mais également les dimensions différentes de sa situation, à un moment donné de sa vie. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico-social et le social »<sup>15</sup>. La notion de parcours de vie

---

<sup>14</sup> HAS, *Parcours de soins – Questions / Réponses*. [visité le 05.06.2016], disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep\\_parcours\\_de\\_soins.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf)

<sup>15</sup> SECRETARIAT GENERAL DES MINISTERES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie – Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers – Lexique de A à Z*. [visité le 05.06.2016], disponible sur internet : [http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Actu\\_2/Lexique\\_parcours\\_def.pdf](http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Actu_2/Lexique_parcours_def.pdf)



s'intéresse à l'environnement de la personne dans sa globalité (insertion professionnelle, logement...) et peut ainsi apparaître comme étant plus large que les deux précédentes.

Néanmoins, si les différents types de parcours déclinés ci-dessus reçoivent des définitions distinctes, les notions n'en restent pas moins proches et la multiplication des terminologies utilisées peut mettre à mal la compréhension de la philosophie générale. Il est donc intéressant de se reporter à la définition plus globale de l'ARS Île-de-France selon laquelle **le parcours correspond à la trajectoire des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix**. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social et intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement<sup>16</sup>. Dans tous les cas, la logique de parcours consiste à s'intéresser à l'enchaînement dans le temps de séquences qui font intervenir des professionnels ou des structures différentes, et plus particulièrement aux transitions qui apparaissent comme autant de « maillons faibles » (sortie d'hôpital, ruptures dans la chaîne de soins, recours inapproprié aux urgences...) <sup>17</sup>. Avec la prise en compte des spécificités des différentes situations et des perspectives de vie propres à chacun, cette approche s'inscrit clairement dans une démarche de personnalisation de l'accompagnement.

La logique « parcours » s'est imposée dans les politiques publiques du fait de la progression des maladies chroniques qui ont mis en exergue la **nécessité de tendre vers une prise en charge globale, continue et de proximité du patient**. Au-delà de soixante-quatre ans, sept affections sont en moyenne déclarées, dont certaines sont des maladies chroniques à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique<sup>18</sup>. **Le public âgé en perte d'autonomie ou en situation de dépendance apparaît ainsi pleinement concerné par la logique de parcours et différents dispositifs ont pu être développés en ce sens ces dernières années.**

---

<sup>16</sup> SECRETARIAT GENERAL DES MINISTERES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie – Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers – Lexique de A à Z*. [visité le 05.06.2016], disponible sur internet : [http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Actu\\_2/Lexique\\_parcours\\_def.pdf](http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Actu_2/Lexique_parcours_def.pdf)

<sup>17</sup> POLTON D., *Parcours de santé des patients - Quelques réflexions à partir de l'expérience de l'assurance maladie*. Intervention du 26 mars 2015 dans le cadre du Master Parcours de santé de Science Po Paris.

<sup>18</sup> Support de la formation sur le Paerpa dispensée par le GRIEPS (Organisme de formation et conseil en santé) aux professionnels de la Résidence Intercommunale « Jean Villard », juin 2016.

Nous pouvons tout d'abord citer la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie<sup>19</sup>, plus couramment désignée par l'acronyme « **MAIA** » qui signifiait à l'origine « Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer ». Prévues à l'article L113-3 du Code de l'action sociale et des familles, la MAIA est une méthode associant tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et leurs aidants grâce à une démarche d'intégration des services. Au-delà de la coopération, l'idée d'intégration mène les différents intervenants « à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et, *in fine*, à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite ». L'idée est d'« apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (...), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse ». La MAIA comprend trois mécanismes interdépendants que sont la concertation entre les acteurs, la logique de guichet intégré visant à fournir une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers et, enfin, la gestion de cas complexes. Par la mise en œuvre de ces différents mécanismes, les objectifs poursuivis sont la lisibilité du système d'aide et de soins, la simplification et l'optimisation du parcours des personnes âgées et le maintien à domicile des publics concernés aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions. La mise en œuvre de la MAIA est pilotée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie depuis 2008. Fin 2015, trois cent deux dispositifs MAIA en fonctionnement ont pu être recensés, cinquante dispositifs supplémentaires devant être déployés en 2016 pour achever le maillage national.

Plus récemment, les pouvoirs publics ont développé le dispositif « **Paerpa** »<sup>20</sup> (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie), relatif au parcours de santé des aînés. Fondé sur l'article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013<sup>21</sup>, le programme Paerpa a pour objectif de mettre en œuvre un parcours de santé fluide pour les personnes âgées de plus de 75 ans dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social. En partant des besoins de la personne et de ses aidants, le dispositif vise à agir en amont de la perte d'autonomie par un repérage des principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, dénutrition et problèmes liés aux médicaments) et à optimiser la coordination des professionnels sanitaires,

---

<sup>19</sup> CNSA, MAIA. [visité le 09.06.2016], disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>

<sup>20</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Le dispositif Paerpa*. [visité le 09.06.2016], disponible sur internet : <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

<sup>21</sup> LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 [en ligne]. Journal officiel, n°0294, du 18 décembre 2012. [visité le 09.06.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026785322&categorieLien=id>

sociaux et médico-sociaux autour de la personne âgée. Les actions clés du dispositif sont au nombre de cinq : le renforcement du maintien à domicile grâce à une coordination clinique de proximité formée par le médecin traitant et autres professionnels de santé ; l'amélioration de la coordination des intervenants par la mise en œuvre d'une plateforme d'information et d'orientation accessible aux personnes âgées, à leurs aidants ainsi qu'aux professionnels sur chaque territoire Paerpa ; la sécurisation de la sortie d'hôpital ; l'évitement des hospitalisations inutiles et, enfin, la meilleure utilisation des médicaments.

Dans le cadre des expérimentations Paerpa et à la demande du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, la HAS a élaboré un modèle de « **plan personnalisé de santé** » (PPS)<sup>22</sup>. Document de soutien à la mise en œuvre opérationnelle d'un parcours de qualité, le PPS concerne les personnes de 75 ans et plus, en situation de fragilité ou atteintes de maladie(s) chronique(s). Le PPS fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale du patient et précise les objectifs, actions et intervenants chargés de leur réalisation. Si le PPS est élaboré par les professionnels en réponse aux problèmes identifiés, le patient en reste l'acteur principal. En effet, tout d'abord la mise en place d'un PPS est soumise à l'accord de la personne concernée. Ensuite, les préférences et priorités du patient sont recueillies et prises en compte. Enfin, une fois discutés entre professionnels, les objectifs partagés sont proposés et font l'objet d'un échange avec le patient et son entourage. Le médecin traitant est en principe le coordonnateur du PPS et assure à ce titre son suivi. Des points d'étape lui permettent de vérifier la réalisation des actions prévues, d'analyser l'atteinte des objectifs, le degré de réponse aux attentes du patient, et ainsi d'identifier les adaptations nécessaires. Le PPS est réévalué au minimum une fois par an et une réactualisation est souhaitable également à chaque fois que l'état de santé évolue ou en cas de changement dans l'environnement ou l'équipe de soins.

Les expérimentations Paerpa ont été lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes dont les projets répondaient au cahier des charges national. Dans le cadre du Pacte Territoire Santé 2<sup>23</sup>, une extension a minima à un territoire Paerpa par région a été programmée en 2016 afin de généraliser la logique de parcours santé. Ainsi, sept nouveaux territoires sont venus compléter les neuf programmes pilotes.

Enfin, il convient de souligner que **les dernières grandes lois relatives à la modernisation de notre système de santé et à l'adaptation de notre société au vieillissement sont venues renforcer la dynamique de parcours**. Par la loi « AAA »

---

<sup>22</sup> Annexe 4 : Exemple de PPS.

<sup>23</sup> Présenté par la Ministre des affaires sociales et de la Santé Marisol TOURAINE le 26 novembre 2015.

(Anticipation, Adaptation, Accompagnement) du 28 décembre 2015<sup>24</sup>, les pouvoirs publics ont réaffirmé l'objectif d'accompagnement des personnes âgées dans leur parcours de vie en donnant la priorité au domicile (droit au répit des proches aidants, revalorisation de l'APA à domicile...). Par ailleurs, la « loi de santé » du 26 janvier 2016<sup>25</sup> comprend un titre intitulé « faciliter au quotidien les parcours de santé » et prévoit notamment le renforcement des outils proposés aux professionnels pour leur permettre d'assurer la coordination du parcours de leurs patients (relance du dossier médical partagé, création des « communautés professionnelles territoriales de santé » etc.).

Après avoir exposé les différents cadres de référence en matière de personnalisation de l'accompagnement du public âgé en établissement et service médico-social et au sein du système de santé, il convient de présenter le contexte local dans lequel leur mise en pratique a pu être observée.

B) La Résidence Intercommunale « Jean Villard » : une plateforme de services engagée dans la démarche de personnalisation

La Résidence Intercommunale « Jean Villard » propose une gamme de services de proximité aux personnes âgées et handicapées. Ces différents services offrent des solutions adaptées et graduées selon les besoins de la personne. Afin d'étudier le travail effectué par le Résidence pour adapter les prestations fournies aux besoins propres à chacun, il convient de se pencher dans un premier temps sur la formalisation du projet personnalisé au sein des différents services (1) pour présenter dans un second temps les moyens mis en œuvre pour guider le parcours de la personne accompagnée (2).

1) *La formalisation du projet personnalisé au sein des services de la plateforme*

Si la personnalisation de l'accompagnement est une obligation légale, le législateur n'a pas défini de démarche type qui s'imposerait à tous les établissements sociaux et médico-sociaux. Chaque structure demeure donc libre de choisir sa méthode et de définir sa propre procédure, en s'appuyant sur les recommandations de bonnes

---

<sup>24</sup> LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement [en ligne]. Journal officiel, n°0301, du 29 décembre 2015. [visité le 24.08.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>

<sup>25</sup> LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [en ligne]. Journal officiel, n°0022, du 27 janvier 2016. [visité le 24.08.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

pratiques professionnelles de l'ANESM. En ce qui concerne la Résidence Intercommunale « Jean Villard », **l'adaptation des prestations à l'utilisateur est ancrée dans la culture de l'établissement depuis plusieurs années.** En 2005, la Résidence faisait appel à une société spécialisée en méthodologie de projet pour accompagner les équipes dans le déploiement des « projets de vie » au sein de l'établissement. Par ailleurs, le projet personnalisé occupe une place importante dans le projet d'établissement de « Jean Villard ». Ainsi le document établi pour les années 2008-2013 comportait un chapitre relatif au « projet de vie » dans les différents services tandis que le projet 2014-2019 consacre notamment un axe stratégique à la poursuite de la dynamique de personnalisation de l'accompagnement. **Néanmoins, il apparaît que tous les services ne se situent pas aujourd'hui au même niveau d'avancement en matière de projet personnalisé.** Ainsi, la démarche d'élaboration du projet personnalisé fait aujourd'hui l'objet d'une véritable procédure pour les résidents de l'EHPAD mais il reste encore majoritairement informel dans les services en lien avec le domicile.

Après plusieurs années de travail autour du projet personnalisé au sein de l'EHPAD, l'établissement a souhaité procéder à une évaluation de ses pratiques professionnelles. A la fin de l'année 2014, la Résidence Intercommunale « Jean Villard » a donc engagé deux évaluations, menées conjointement avec un autre établissement d'hébergement permanent du département du Rhône (l'EHPAD de Mornant) : l'une portait sur le processus de déploiement du projet de vie personnalisé et l'autre sur la tenue du dossier du résident. Ces évaluations ont été menées par des groupes de travail inter-établissements et coordonnées par un comité de pilotage, avec l'accompagnement d'un prestataire extérieur. Après avoir défini les objectifs et la méthodologie de l'évaluation (audit clinique ciblé recommandé par la HAS), les groupes de travail ont procédé à une observation sur sites, consistant notamment à étudier les dossiers des résidents sur les deux structures. Une fois le traitement des données réalisé, les professionnels ont analysé les résultats, validés les constats et constitué le plan d'amélioration de la pratique professionnelle. Le travail d'évaluation a mené à l'élaboration de procédures de pré-admission d'une part et d'accueil et d'intégration d'autre part, cette dernière prévoyant notamment les modalités de mise en œuvre du projet personnalisé. Ces procédures ont été complétées par la création de fiches de recueils de données par profession. Ainsi des fiches de recueil de données médicales et administratives doivent être remplies en pré-admission. Une fois l'admission réalisée, différents professionnels bien identifiés sont chargés de recueillir des éléments sur l'histoire de vie, les habitudes de vie, les besoins en soins, les goûts en matière d'animation et de vie sociale etc. Par ailleurs, un volet spécifique au projet personnalisé a été créé dans le logiciel de soins utilisé par l'EHPAD.

Si l'EHPAD de Mornant a décidé de ne plus désigner de référent à l'issue de l'évaluation des pratiques professionnelles, le dispositif a été maintenu sur l'EHPAD « Jean Villard ». Une fiche de mission a alors été spécifiquement définie afin de préciser le rôle du référent à toutes les étapes du parcours du résident. Le document indique que le référent est un soignant proche au quotidien des résidents. En ce sens, il est préférable qu'il relève autant que possible de l'unité du résident qu'il accompagne (l'EHPAD étant sectorisé selon les degrés de dépendance des résidents). Conformément à la fiche de mission, le rôle du référent consiste à accueillir le résident nouvellement entré, favoriser la prise de repères pendant les premières semaines dans l'établissement, être l'interlocuteur direct du résident au sein de l'équipe pluridisciplinaire, assurer l'interface entre les différents professionnels de l'établissement et le résident, centraliser les informations relatives aux besoins, souhaits et habitudes de vie en lien avec l'ensemble des professionnels (et notamment l'infirmière référente du secteur où vit le résident), participer activement au suivi de la mise en œuvre du projet personnalisé tout au long du séjour du résident, être le contact privilégié de la famille du résident dans la gestion quotidienne et, enfin, participer aux rencontres avec les familles. Il apparaît ainsi que la Résidence « Jean Villard » a attribué au référent un rôle clé tant dans l'élaboration que dans la mise en œuvre effective du projet personnalisé du résident.

Les procédures et recueils de données visent à garantir l'élaboration de projets d'accompagnement adaptés et co-construits avec les résidents et/ou leurs familles. Afin d'encourager la co-construction, la procédure d'accueil, d'intégration et de mise en œuvre des projets personnalisés prévoit l'association du résident à plusieurs étapes de la démarche. Ainsi, les différentes fiches de recueil induisent plusieurs temps d'échanges avec le résident afin de mieux le connaître et de bien repérer ses attentes. Les informations obtenues par les professionnels servent ensuite à concevoir un projet personnalisé, discuté en réunion de synthèse pluridisciplinaire. Cette réunion est planifiée dans les six à huit semaines suivant l'entrée du résident et la procédure prévoit que le résident et son référent familial sont invités à y participer. En principe, l'infirmière de secteur et le référent du résident ébauchent le projet personnalisé en amont, en indiquant les problèmes, les objectifs retenus et les actions à mettre en œuvre. Si le résident est présent à la réunion, ses souhaits et ses attentes sont recueillis. S'en suit un échange avec les professionnels à partir des propositions de l'infirmière du secteur et du référent. Une fois que le projet est validé par les participants, un contrat d'acceptation reprenant les objectifs et les actions retenus est signé par le résident et un exemplaire lui est remis. Dans l'hypothèse où le résident et son référent familial ne participent pas à la réunion, la proposition de projet personnalisé discuté entre professionnels leur est présentée par le cadre de santé qui recueille les remarques et les souhaits et ajuste le document en

conséquence. Le contrat d'acceptation est ensuite signé et remis au résident ou à sa famille. Par ailleurs, la procédure précise qu'en cas d'absence du résident, une autre réunion est prévue dans les trois mois en vue de l'ajustement de son projet. Dans tous les cas, le projet personnalisé doit être évalué dans les six à douze mois ou à chaque fois qu'un élément intercurrent intervient.

En ce qui concerne les services en lien avec le domicile, l'élaboration des projets personnalisés n'est pas aussi encadrée qu'en hébergement permanent. Si cela ne signifie pas que les professionnels n'ont pas le souci de s'adapter aux personnes âgées bénéficiaires des services, il apparaît néanmoins que les projets d'accompagnement propres à chacun ne sont pas formalisés. S'agissant de l'hébergement temporaire, un recueil de données sur les habitudes de vie est fait par le soignant en poste sur le service à l'entrée du résident. Ces informations sont retranscrites dans les transmissions du logiciel de soins et prises en compte par le personnel du service. Néanmoins, les objectifs et actions du séjour ne font pas l'objet d'échanges entre les professionnels de manière systématisée et ne sont pas directement discutés avec la personne concernée. Les pratiques sont relativement comparables pour les personnes âgées accueillies en accueil de jour. Enfin, jusqu'en 2016, les projets personnalisés n'étaient pas non plus élaborés au sein du SSIAD. Faisant preuve d'une grande culture de l'oral et utilisant un logiciel ne comprenant pas de volet propre au dossier du patient, l'équipe du SSIAD a longtemps travaillé la personnalisation de l'accompagnement sans que cela n'aboutisse à la mise en forme d'un document prospectif construit avec l'utilisateur. L'une des missions du stage a donc été de travailler sur la mise en œuvre du projet personnalisé au sein du SSIAD en réfléchissant à la procédure, aux recueils de données et à la mise en forme finale du document dans l'idée d'une présentation à la personne accompagnée ou à sa famille. Un paramètre important à prendre en considération dans cette démarche a été que le service n'est pas informatisé. De ce fait, l'essentiel des outils créés pour aider à l'élaboration du projet sont des outils papiers, remplis à la main par les professionnels. Depuis le début de l'été 2016, le SSIAD procède à l'expérimentation de la procédure et des différents outils supports.

Au-delà du travail autour du projet personnalisé, la Résidence Intercommunale « Jean Villard » cherche à soutenir la réalisation du projet de vie de ses bénéficiaires en les accompagnant dans leur parcours.

## 2) *La mise en place d'un service transversal soutenant le parcours de la personne âgée*

« Être présent tout au long du parcours de vie de la personne par une expertise, une offre de services diversifiée et une volonté d'adaptation permanente », telle est la devise énoncée dans le projet d'établissement 2014-2019 de la Résidence Intercommunale « Jean Villard ». La question du parcours est aujourd'hui prééminente dans les politiques publiques relatives au public âgé et se pose avec force dans un contexte de plateforme de services médico-sociaux comme « Jean Villard ». L'ouverture progressive sur cinq ans des différents services de la Résidence a modifié les pratiques et a contribué à renforcer son attractivité. Les professionnels des différents services ont alors rapidement fait remonter à la direction un **besoin d'accompagnement globalisé**, identifié par l'observation des demandes et des situations des usagers. En effet, il est apparu que des risques de rupture importants existaient pour les personnes en situation de fragilité, notamment en cas de retour à domicile sans suivi suite à un séjour d'hébergement temporaire. Par ailleurs, le constat a été fait que bon nombre de personnes faisaient appel à plusieurs services de la plateforme. A titre d'exemple, une même personne peut être usager du service d'accueil de jour et réaliser également des séjours en hébergement temporaire. De même, une personne peut être accompagnée par le SSIAD et réaliser des séjours en hébergement temporaire ou des temps en accueil de jour. Pour ces usagers, un besoin de communication et de coordination entre services s'est fait ressentir. Enfin, les professionnels ont pu observer que les demandes adressées à la Résidence pour tel ou tel service n'apparaissaient pas toujours en adéquation avec la situation de la personne. Pour l'ensemble de ces motifs, la Résidence Intercommunale « Jean Villard » a réfléchi à des moyens d'accompagner et de soutenir le parcours de santé et d'autonomie des personnes ayant recours à l'un ou plusieurs de ses services. Il est apparu que le parcours de la personne devait être guidé au sein de la plateforme. Par ailleurs, la plateforme ne pouvant satisfaire l'ensemble des demandes qu'elle recevait, elle devait pouvoir orienter et accompagner les personnes et leurs familles dans leur parcours au travers de la filière existante. Ce travail a abouti à la création du « Pôle ressources et accompagnement » grâce à des crédits spécifiques attribués au 1er janvier 2014 sur le budget soins du service d'Hébergement temporaire de la Résidence.

Les bénéficiaires du Pôle sont les personnes âgées résidant sur le territoire de l'intercommunalité dont relève la Résidence, quel que soit leur lieu de vie (domicile ou EHPAD), en situation de difficulté, plus ou moins complexe, et de perte d'autonomie, faisant appel aux services de la plateforme « Jean Villard », nécessitant une évaluation médicale, paramédicale, psychologique et sociale et un ajustement ou un renforcement de leur accompagnement. Le Pôle s'inscrit dans une démarche d'élaboration et de



préservation du projet de vie, le respect du choix de la personne âgée est donc un préalable et son accord est systématiquement requis. Il doit pouvoir **proposer des modes d'accompagnement mixtes (dans et hors les murs de l'institution), à la fois gradués et évolutifs, pour favoriser l'adaptation des dispositifs aux projets de vie des personnes âgées et aux besoins de la population du territoire à des moments clés de leur parcours.** Afin d'illustrer cette idée, nous citerons l'exemple de Monsieur et Madame P. Accompagnés par le SSIAD pendant plusieurs années, la situation de Monsieur et Madame P. s'est progressivement fragilisée à domicile. Dans une optique de répit des aidants familiaux, Monsieur et Madame P. ont réalisé plusieurs séjours au sein du service d'hébergement temporaire de la Résidence. Ces différentes périodes ont permis une « acclimatation » au fonctionnement institutionnel et ont ainsi aidé le couple comme leurs enfants à accepter l'idée d'une entrée en EHPAD, à condition de pouvoir y rester ensemble. L'accueil du couple ne pouvant être réalisé de manière simultanée à « Jean Villard » faute de places disponibles, les professionnels de la Résidence ont proposé un nouvel accueil temporaire en attendant de pouvoir les orienter vers un EHPAD disposant de chambres doubles et répondant de ce fait davantage à leurs attentes. Il apparaît ainsi qu'**en considérant la personne âgée dans sa globalité, en s'appuyant sur la pluralité des services et des compétences et en inscrivant son action en institution comme à domicile, le pôle accompagne et soutient le parcours de la personne âgée pour permettre la réalisation de son projet de vie.**

A l'heure actuelle, le Pôle est constitué d'un temps de médecin coordonnateur (0,20 ETP) et d'un temps d'infirmière coordinatrice (0,45 ETP). En partenariat avec les acteurs du territoire, ces professionnels proposent une évaluation médico-psycho-sociale et adressent la personne aux services de la plateforme et/ou l'orientent et l'accompagnent au travers de la filière gérontologique, selon les besoins identifiés. Ils travaillent en lien avec les partenaires et adresseurs de proximité et facilitent ainsi la coordination et la continuité du parcours. Dans le cadre d'une convention signée dès 2014, des réunions de coordination rassemblant les professionnels du Pôle ainsi que des professionnels du SiPAG (assistantes sociales et psychologue) ont lieu tous les trimestres. Des échanges téléphoniques et courriels sont assurés tout au long de l'année entre ces différents acteurs. Par ailleurs, l'infirmière coordinatrice du Pôle participe aux réunions de coordination avec les Maisons du Rhône (antennes du Département) et travaille avec les services sociaux des hôpitaux. Grâce à l'évaluation globale des situations permettant de rationaliser les parcours en proposant le meilleur service, au meilleur coût, et au moment adapté, le Pôle s'inscrit dans une logique d'efficience des dépenses de santé encouragée par les pouvoirs publics.

En deux ans de fonctionnement, le Pôle a servi 190 personnes âgées vivant pour 67% à domicile, 24% sur l'EHPAD et 9% à l'hôpital. Les objectifs d'intervention du Pôle étaient l'optimisation de l'accompagnement à domicile (29%), la mise en place d'un dispositif adapté (23%), l'évaluation gériatrique (22%), l'adaptation du projet de vie (13%) et enfin le soutien des aidants (13%). Les actions mises en œuvre ont été des préparations à l'entrée en hébergement permanent, des accompagnements de fin de vie (principalement sur l'EHPAD), des évaluations gériatriques (qui permettent notamment d'identifier des situations de maintien à domicile arrivant à leurs limites), ou encore des accompagnements de situation de crise ou de rupture de soins à domicile. Il a pu s'agir aussi de veilles de situations grâce auxquelles des étapes régulières peuvent être proposées dans le parcours des personnes suivies, soit par des rencontres avec les familles, soit par une participation à l'accueil de jour, soit par des accueils temporaires. Par ailleurs, le Pôle soutient les professionnels salariés et libéraux dans une logique de mutualisation, de transmission des compétences et de coopération. Proche des acteurs de ville (75% des médecins généralistes du territoire collaborent avec la plateforme de services), le Pôle leur apporte son soutien dans la coordination des soins et les prises en charge des personnes âgées dont il repère la fragilité ou la complexité de la situation via les services ou les demandes d'accès à la plateforme.

La Résidence Intercommunale « Jean Villard » se montre ainsi particulièrement attentive à la personnalisation des prestations pour l'utilisateur de ses services, tant en terme de projet personnalisé que de suivi du parcours. Il n'en reste pas moins que, comme bien d'autres établissements, la structure est confrontée à d'importants obstacles dans la mise en œuvre effective d'accompagnements personnalisés.

## DEUXIEME CHAPITRE : Des difficultés multiples dans la mise en œuvre d'un accompagnement personnalisé

Comme nous avons pu le voir, les politiques sanitaires, sociales et médico-sociales encouragent l'adaptation des prestations à leurs bénéficiaires depuis plusieurs années. Néanmoins, cet objectif d'adaptation par la dynamique de personnalisation peut s'avérer difficile à atteindre, tant au sein d'un établissement ou service qu'au-delà. Nous verrons que les plateformes de services rencontrent des difficultés dans l'élaboration des projets personnalisés de leurs bénéficiaires (A) et sont confrontées à des questionnements particuliers en terme d'accompagnement des parcours (B)

### A) Des difficultés dans l'élaboration d'un projet personnalisé et co-construit

Si les textes imposent aux établissements et services sociaux et médico-sociaux de mettre en place des projets d'accueil et d'accompagnement personnalisés à la conception et à la mise en œuvre desquels les personnes concernées participent, il apparaît que les freins à leur co-construction effective sont multiples. Dans le cadre des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et, *a fortiori*, des plateformes de services, nous avons pu identifier des freins liés aux spécificités du public accompagné (1) et d'autres relatifs aux pratiques professionnelles (2).

#### 1) *Des freins liés aux spécificités du public âgé*

Depuis la loi du 2 janvier 2002, les établissements et services sociaux et médico-sociaux doivent garantir à leurs usagers la participation à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui les concerne. L'idée de participation implique de susciter l'expression de la personne et de la prendre en compte. Néanmoins, la parole de l'utilisateur n'est pas toujours aisée à recueillir, ce constat se vérifiant notamment auprès des personnes âgées qui ont recours aux établissements et services médico-sociaux. De plus, si la personne accompagnée exprime des attentes, il convient de s'interroger sur le point de savoir si elles sont réelles, et réalisables.

Avec l'augmentation du nombre de maladies chroniques et la perte subséquente de capacités cognitives et/ou fonctionnelles, le vieillissement entraîne une diminution de l'autonomie physique et psychique et un glissement vers la dépendance de la personne âgée qui justifie l'intervention des établissements et services médico-sociaux. Parmi les pathologies responsables d'une grande partie des situations de dépendance à domicile et représentant l'une des principales causes d'entrée en établissement, nous pouvons citer

la maladie d'Alzheimer ou apparentée. Cette pathologie évolutive se traduit par des troubles de la mémoire et un déclin des facultés cognitives, le plus souvent associé à des troubles psychologiques et comportementaux, et se caractérise par une perte progressive d'autonomie<sup>26</sup>. La maladie d'Alzheimer et autres pathologies liées à l'âge peuvent induire **une diminution des capacités de communication verbale et des signes de confusion chez les personnes accompagnées**, et ainsi complexifier le recueil de leur expression sur les différents aspects déclinés dans le projet personnalisé. Ces difficultés de communication sont fréquemment évoquées comme l'un des principaux freins à la co-construction des projets d'accompagnement, point de vue que partagent un certain nombre des professionnels de la Résidence Intercommunale « Jean Villard » rencontrés en entretien<sup>27</sup>.

L'évolution générale de l'activité de l'EHPAD « Jean Villard » sur les dix dernières années témoigne d'une augmentation de l'accompagnement des troubles cognitifs et d'un accroissement de la dépendance des personnes accueillies. L'accueil des résidents fait l'objet d'une organisation sectorisée, ce qui signifie que la répartition des résidents dans les différentes unités de vie est réalisée en fonction du degré de dépendance et du projet de vie sociale de chacun. Ainsi, l'unité de vie protégée du rez-de-jardin est proposée aux résidents ayant des troubles cognitifs sévères et dont le comportement nécessite une attention, un environnement et des compétences spécifiques. Les unités du premier étage accueillent les personnes les plus dépendantes physiquement et les unités du deuxième étage les personnes les plus autonomes. Selon l'ANESM, « la personne possède une connaissance intime de sa situation, dont il est à la fois illégitime et contreproductif de se passer »<sup>28</sup>. Néanmoins, comme a notamment pu l'évoquer l'infirmière référente de l'unité de vie protégée, **il est souvent difficile de recueillir les souhaits et désirs de la personne, en particulier pour les résidents désorientés**. Dans ce cas, l'observation comportementale des professionnels devient primordiale afin de connaître la personne le mieux possible. En cas de difficulté à recueillir la parole de la personne, la place de la famille devient, elle aussi, centrale car elle peut être en capacité, par sa connaissance antérieure de la personne, d'aider les professionnels à décoder ses gestes et réactions<sup>29</sup>. Il faut cependant garder à l'esprit que, même quand ils pensent bien faire, les proches

---

<sup>26</sup> ANESM, 2009, *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, page 1. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_acccompagnement\\_maladie\\_alzheimer\\_etablissement\\_medico\\_social.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_acccompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico_social.pdf)

<sup>27</sup> Annexe 1 - Liste des entretiens réalisés.

<sup>28</sup> ANESM, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, page 24. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_projet.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf)

<sup>29</sup> ASSOCIATION RÉSEAU DE CONSULTANTS EN GÉRONTOLOGIE, 2013, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, 2<sup>ème</sup> édition : DUNOD, Santé Social, page 103.

peuvent inhiber l'expression de la personne<sup>30</sup>. De plus, les professionnels comme les familles se situent dans l'interprétation des émotions et comportements de la personne pour déduire ses attentes, et définir des objectifs et actions en conséquence. Le risque est alors que les besoins et souhaits identifiés le soient à la lumière de leurs propres références et ne répondent pas tout à fait aux aspirations de la personne accompagnée, qui reste la mieux placée pour définir ce qui est important pour elle.

Au-delà des difficultés dans le recueil de l'expression de la personne âgée, nous avons pu repérer d'autres difficultés liées à la prise en compte de sa parole. En effet, **il ne suffit pas de susciter l'expression de la personne, il faut ensuite essayer de répondre au mieux aux attentes formulées**. Solliciter l'expression sans qu'elle soit suivie d'effet peut générer incompréhension et déception chez la personne concernée. De plus, ce n'est que par la prise en compte de la parole que le projet personnalisé sera véritablement co-construit et pourra atteindre son objectif central, à savoir la qualité de vie de la personne âgée accompagnée<sup>31</sup>. Néanmoins, il n'est pas toujours facile d'accéder aux demandes des publics, notamment lorsqu'elles apparaissent contraires à leur bien-être. A titre d'illustration, nous mentionnerons le cas de Madame P., résidente de l'EHPAD « Jean Villard ». Madame P. est sujette aux fugues et justifie, au regard des professionnels, de bénéficier d'un accueil sécurisé au sein de l'Unité de Vie Protégée. Or, lorsque nous avons rencontré Madame P. et que nous l'avons interrogée sur ses envies et attentes, cette dernière a immédiatement fait part de sa volonté de « sortir plus souvent ». Dès lors, la prise en compte des souhaits de la résidente se trouve opposée à l'obligation de sécurité des personnes accueillies incombant aux établissements et pouvant justifier un aménagement de sa liberté d'aller et venir. Cet exemple met en exergue la difficulté qu'il peut parfois y avoir à concilier le regard de la personne âgée et le point de vue professionnel, notamment lorsque la personne peut représenter un danger pour elle-même ou pour les tiers en raison de ses pathologies. Par ailleurs, il existe aussi la crainte que les résidents interrogés évoquent des désirs personnels difficilement conciliables avec les moyens humains et matériels de la structure. Cela pose donc encore la question de la faisabilité car si la personne s'exprime, encore faut-il que sa demande soit réalisable dans l'établissement.

Enfin, si les professionnels parviennent à recueillir la parole de la personne âgée sur ses envies et attentes, il convient également de s'interroger quant à la réalité de cette

---

<sup>30</sup> ANESM, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, page 18. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_projet.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf)

<sup>31</sup> ANESM, 2009, *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, page 9. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_accompagnement\\_maladie\\_alzheimer\\_etablissement\\_medico\\_social.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico_social.pdf)

expression. En effet, comme a pu l'évoquer l'ANESM dans sa recommandation relative aux attentes de la personne et au projet personnalisé, « **toute participation n'est pas synonyme d'autonomie, d'expression de soi** ». Selon l'Agence, « elle peut cacher une soumission au désir de l'autre, une simple adaptation à une demande institutionnelle, et finalement constituer une dépendance plus qu'une manifestation d'autonomie »<sup>32</sup>. La participation de l'utilisateur ne devient alors qu'un « élément plus ou moins anecdotique conférant un surcroît de légitimité »<sup>33</sup> aux pratiques des professionnels. Cette observation concerne l'ensemble des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui ont pour point commun de se trouver dans une situation de relative vulnérabilité. Comme a pu l'affirmer Danièle CRISTOL, « la relation d'aide n'est pas une relation égalitaire. Elle induit une dépendance de l'aidé vis-à-vis de l'aidant (...) »<sup>34</sup>. Dès lors, la personne accompagnée peut, même inconsciemment, exprimer non pas ses souhaits réels mais des attentes qu'elle va penser conformes à celles des professionnels.

Après avoir observé un certain nombre de freins à la co-construction liés aux caractéristiques du public concerné, il convient de présenter les difficultés que l'on peut rattacher aux pratiques des professionnels intervenant dans ce domaine.

## 2) *Des freins liés aux pratiques professionnelles*

Traditionnellement, la relation qui unit les professionnels aux usagers du secteur social et médico-social a pu être qualifiée d'asymétrique, le professionnel occupant une position de supériorité par rapport au bénéficiaire des prestations. Cette situation s'explique d'une part par la vulnérabilité des usagers des établissements et services médico-sociaux et, d'autre part, par les connaissances dont disposent les professionnels. Ainsi, « les effets du savoir ont instauré des relations entre professionnels et usagers fortement empreintes de pouvoir des uns sur les autres »<sup>35</sup>. Le rôle des usagers a donc longtemps été passif, soumis « à la toute puissance de la connaissance technique du professionnel »<sup>36</sup>. Prévue par la loi 2002-2, la participation des bénéficiaires des prestations à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui les concerne comme leur association au fonctionnement des

---

<sup>32</sup> ANESM, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, page 16. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_projet.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf)

<sup>33</sup> ASSOCIATION RÉSEAU DE CONSULTANTS EN GÉRONTOLOGIE, 2013, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, 2<sup>ème</sup> édition : DUNOD, Santé Social, page 92.

<sup>34</sup> CRISTOL D., *Le droit à la participation dans les lois des 2 janvier et 4 mars 2002*, RDSS 2012, page 460.

<sup>35</sup> BOUQUET B., DRAPERI J-F., JAEGER M., 2009, *Penser la participation en économie sociale et en action sociale*, DUNOD, Santé Social, page 176.

<sup>36</sup> *Ibid.*, page 180.

établissements et services (article L311-6 CASF) a supposé, pour les professionnels, de reconsidérer la valeur des avis exprimés par les usagers et d'accepter que leur propre parole puisse être remise en cause par ces derniers. Presque quinze ans après l'entrée en vigueur de la loi, des modifications ont pu être observées aussi bien dans la vision que dans les pratiques des professionnels, si bien que l'expression des usagers est aujourd'hui bien plus sollicitée et valorisée. Néanmoins, **le projet personnalisé n'est pas encore mis en place dans l'ensemble des établissements et services pour personnes âgées, et lorsqu'il l'est, il n'est pas toujours le fruit d'un travail mené avec la personne concernée. Ce constat nous conduit à nous questionner sur le changement de posture.** N'existe-t-il pas parfois des *a priori* quant au manque de discernement ou à la dépendance, justifiant l'absence de sollicitation des personnes concernées par les professionnels ? Les difficultés d'expression sont-elles toujours réelles ou peuvent-elles être seulement présumées ? De même, l'effet perturbateur des discussions autour du projet personnalisé n'est-il pas parfois supposé par les professionnels pour justifier la non consultation de la personne concernée ? Par ces interrogations, il ne s'agit pas de nier le fait que les personnes âgées bénéficiaires des établissements et services présentent des pertes de capacités pouvant complexifier la participation, mais « il serait dangereux d'accepter l'idée que le handicap constitue un obstacle incontournable, voire un alibi, pour ne pas se soucier du point de vue des personnes concernées »<sup>37</sup>.

Au-delà du risque de présomption de l'incapacité des personnes à s'exprimer sur leur projet d'accompagnement, **un frein important à la participation souvent évoqué par les professionnels réside dans la gestion du temps.** En effet, la co-construction du projet personnalisé ne peut être effective qu'avec une forte implication des équipes. Il est nécessaire que les professionnels rassemblent les conditions favorables à l'expression de la personne et ensuite qu'ils consacrent un temps important à son écoute. Or, cela semble parfois compliqué, voire impossible, pour le personnel qui se sent déjà saturé par son travail. Comme a pu le regretter l'infirmière référente de l'unité de vie protégée de l'EHPAD rencontrée en entretien, les soignants sont parfois beaucoup « dans le faire », dans l'exécution des tâches qui leurs incombent, et éprouvent des difficultés à dégager le temps d'écoute nécessaire à la mise en œuvre de la participation. Ainsi, lorsque les temps d'échange prévus dans la procédure d'élaboration du projet de vie n'étaient pas honorés à l'EHPAD « Jean Villard », c'est bien souvent l'argument du manque de temps qui était avancé. Réelle en établissement d'hébergement, la contrainte de temps est peut-être encore plus tangible dans les services en lien avec le domicile dont les prestations ne

---

<sup>37</sup> ASSOCIATION RÉSEAU DE CONSULTANTS EN GÉRONTOLOGIE, 2013, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, 2<sup>ème</sup> édition : DUNOD, Santé Social, page 92.

sont pas délivrées en continu. Ainsi, le temps constituait l'une des principales inquiétudes de l'infirmière coordinatrice du SSIAD « Jean Villard » dans le cadre de l'élaboration de la procédure relative au projet personnalisé des personnes accompagnées par le service. Comme nous avons pu l'évoquer en première partie, le SSIAD ne formalisait pas de projets personnalisés jusqu'à cette année 2016. Objectif identifié dans le cadre de l'évaluation interne du service, la conception du projet personnalisé a été réfléchi avec l'ensemble de l'équipe du SSIAD. Lorsqu'a été évoquée la question de l'implication du patient et, notamment, la nécessité de lui faire un retour sur les objectifs et actions préalablement discutés en équipe, la cadre du service s'est montrée réticente. Elle soulignait le peu de temps passé par les infirmières au domicile de certaines personnes et l'impossibilité d'augmenter le nombre de visites.

Il est également possible d'observer un **risque d'essoufflement de la dynamique** de personnalisation au sein des établissements ou services. Même si l'adaptation des prestations et la participation de la personne accompagnée à son projet ont fait l'objet d'un important travail à un moment donné, la démarche peut peiner à s'inscrire dans la durée. Des professionnels impliqués dans la réflexion initiale pourront alors retomber progressivement dans une sorte de routine n'intégrant pas la co-construction du projet d'accompagnement avec la personne. Ce phénomène semble parfois encore lié à la gestion du temps des professionnels qui, rattrapés par l'exécution des tâches quotidiennes, ne parviennent pas toujours à mettre en œuvre la participation en pratique. Ce constat peut aussi s'expliquer par le fait que les professionnels peuvent perdre de vue le sens et l'importance de l'association des usagers à l'élaboration du projet personnalisé s'ils ne sont pas suffisamment imprégnés de la démarche. Dans ce cas, les projets personnalisés risqueront de n'être que superficiels, sans qu'une place centrale ne soit conférée à la personne accompagnée dans sa conception et sa mise en œuvre. Par ailleurs, comme a pu le mettre en avant l'ANESM dans sa recommandation sur les attentes de la personne et le projet personnalisé, la situation des personnes est en constante évolution. De ce fait, la pertinence du projet personnalisé doit être réinterrogée régulièrement, « pour vérifier qu'il va toujours dans le sens souhaité et procéder aux réajustements nécessaires »<sup>38</sup>. Néanmoins, nous avons pu observer au cours de notre stage au sein de la Résidence « Jean Villard » que les résidents étaient davantage associés lors de l'élaboration initiale qu'en cas de réactualisation des projets. Cette absence de consultation en phase de réévaluation semble pouvoir s'expliquer en partie par un sentiment de connaissance du résident par les professionnels. En effet, le personnel qui côtoie un résident depuis plusieurs mois ou années peut avoir tendance à

---

<sup>38</sup> ANESM, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, page 16. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_projet.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf)



considérer qu'il est superflu de réinterroger ses envies et attentes, pensant les avoir suffisamment bien perçues. Le risque est alors que les ajustements du projet ne correspondent plus aux souhaits de la personne et que professionnels et usagers s'enlisent dans la routine de la vie quotidienne<sup>39</sup>.

Par ailleurs, comme a pu l'évoquer l'Association Réseau de consultants en gérontologie, « fonder un projet de vie sur l'expression des personnes âgées peut faire craindre que l'on ouvre une *boîte de Pandore* »<sup>40</sup>. L'association met ici en avant le fait que les professionnels redoutent parfois la **formulation de souhaits contradictoires voire non conformes aux règles de l'établissement ou du service, et auxquels ils ne pourront donc pas donner satisfaction**. Il s'agit là d'une vision dichotomique entre d'un côté les demandes individuelles plurielles et, de l'autre, le projet collectif. Les professionnels peuvent également craindre que les exigences des personnes accompagnées vis-à-vis des attentes formulées n'en soient que plus grandes.

Enfin, il est intéressant de noter que **le projet personnalisé est parfois considéré comme un concept institutionnel, dénué de sens pour les personnes concernées**. Si la nécessité d'adapter les accompagnements est partagée, certains éprouvent des difficultés à aborder la notion de « projet » avec les personnes âgées, en particulier en cas d'entrée en EHPAD. En effet, l'entrée en institution est rarement le fruit d'une démarche volontariste et rares sont les personnes qui ont l'intention de réaliser un « projet » lorsqu'elles arrivent dans un établissement. En ce sens, la psychologue de « Jean Villard » a pu mettre en exergue le fait que certains professionnels étaient mal à l'aise pour interroger les résidents sur la manière dont ils envisagent leur futur, comme le prévoient les recueil de données de l'EHPAD. Le futur évoquant la mort chez de nombreux résidents, certains professionnels préfèrent éluder la question. De même, l'expression de « projet de vie », souvent utilisée en établissement pour désigner le projet personnalisé, peut sembler mal venue à des personnes qui vont considérer que leur vie est derrière eux. Néanmoins, si les termes choisis par les professionnels doivent être réfléchis, il ne faut pas perdre de vue que l'objectif du projet personnalisé est la qualité de vie de la personne accompagnée, quand bien même son avenir lui apparaîtrait limité dans le temps, les moyens et les intentions. Il ne s'agit donc pas d'accéder à l'impossible, mais

---

<sup>39</sup> ANESM, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, page 16. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_projet.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf)

<sup>40</sup> ASSOCIATION RÉSEAU DE CONSULTANTS EN GÉRONTOLOGIE, 2013, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, 2<sup>ème</sup> édition : DUNOD, Santé Social, page 93.

de confronter l'expression de la personne à la faisabilité dans le cadre de l'établissement ou du service afin que les attentes soient satisfaites totalement ou, du moins, au mieux<sup>41</sup>.

Il existe donc des obstacles à l'élaboration d'un projet véritablement personnalisé, que l'on peut retrouver en établissement traditionnel ne proposant qu'un seul type d'accompagnement comme au sein d'une plateforme de services. Au-delà, il est possible d'identifier des causes de rupture dans le parcours de la personne âgée, qu'elle vive à domicile ou en institution.

## B) Des obstacles à la réalisation d'un parcours continu et respectueux des perspectives de vie de la personne âgée

Toute personne âgée a des attentes et des objectifs propres. Néanmoins, l'insuffisance du repérage des risques gériatriques (1) comme le défaut de coordination entre les différents acteurs (2) peuvent entraver la réalisation d'un parcours de qualité et respectueux de ses perspectives de vie.

### 1) *Des insuffisances dans le repérage des risques de perte d'autonomie*

Quel que soit l'âge, des actions de prévention de la perte d'autonomie, voire de son aggravation, peuvent être mises en place, et cela passe principalement par le repérage des risques<sup>42</sup>. **Le défaut d'anticipation et de prise en compte de ces risques est cause de ruptures dans le parcours et de perte de chance pour les personnes âgées dans la réalisation de leur projet de vie.**

Le statut nutritionnel, l'activité physique, la mobilité, l'énergie/la fatigue, la force, la cognition, l'humeur, les relations sociales et l'environnement, la dépendance mais aussi la polyopathie, la chute et la polymédication sont des facteurs majeurs d'hospitalisation potentiellement « évitables »<sup>43</sup>. Or, les hospitalisations génèrent souvent une aggravation de la perte d'autonomie chez les personnes âgées et il apparaît nécessaire de cibler et prévenir les risques, à domicile comme en établissement.

Comme a pu l'évoquer Bernard ENNUYER dans son ouvrage *Repenser le maintien à domicile*, « le maintien à domicile, c'est d'abord et avant tout, l'expression du

---

<sup>41</sup> VERCAUTEREN R., 2009, *Directeur d'établissement pour personnes âgées – Rôles et exercice* : Professionnels en gérontologie, page 54.

<sup>42</sup> ANESM, 2016, *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées* (volet domicile), page 6. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP\\_Reperage\\_des\\_risques\\_personnes\\_agees\\_A5-BAT\\_-\\_PDF\\_Interactif.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP_Reperage_des_risques_personnes_agees_A5-BAT_-_PDF_Interactif.pdf)

<sup>43</sup> *Ibid.*, page 6.

désir de nombreuses personnes qui ont fait le choix de demeurer dans leur domicile jusqu'au bout de leur âge et de leur vie (...) »<sup>44</sup>. Cette définition inscrit ainsi la politique de maintien à domicile dans la dynamique de personnalisation qui touche le secteur des personnes âgées. Le maintien à domicile ne sera souvent possible que par la mise en œuvre de différentes aides humaines, techniques et financières prenant en compte la personne dans ses différentes dimensions (physique, psychique et sociale). Afin de répondre à la demande de bon nombre de personnes âgées de rester chez elles jusqu'au bout de leur vie, l'offre de services s'est considérablement élargie ces dernières années. Néanmoins, malgré cette recherche d'adaptation des dispositifs par la diversification des services, l'accompagnement peut encore se trouver limité par des problématiques d'accessibilité aux services : géographique d'une part, et financière d'autre part.

Les difficultés d'ordre géographique tiennent au manque de couverture de certains territoires par les services permettant de rester à domicile. Ainsi, si l'offre est bien développée dans les grandes villes, le manque est particulièrement notable en zones rurales où l'on peut regretter l'absence ou l'indisponibilité de certains services. Par ailleurs, c'est parfois le manque de prise en charge financière qui va limiter l'accès des personnes âgées aux prestations dont elles auraient besoin pour pouvoir rester chez elles. Il existe différents dispositifs visant à apporter une aide financière aux personnes âgées vivant à domicile. Tout d'abord, les personnes de plus de 65 ans (ou d'au moins 60 ans si elles sont inaptes au travail) éprouvant des difficultés pour accomplir les principales tâches ménagères peuvent bénéficier de prestations d'aides ménagères sous conditions de ressources<sup>45</sup>. Ensuite, une personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie peut bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour payer une partie des dépenses nécessaires pour rester vivre à domicile, ou une partie du tarif dépendance en EHPAD. L'APA à domicile repose sur un plan d'aide établi par une équipe médico-sociale et qui recense précisément les besoins du demandeur ainsi que les aides nécessaires à son maintien à domicile<sup>46</sup>. Ainsi, l'APA pourra contribuer à payer des dépenses relevant d'interventions à domicile et d'aides techniques. Le montant de l'APA correspond au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire, diminué d'une participation éventuelle laissée à sa charge et calculée en fonction de ses ressources, étant précisé que les plans d'aide sont plafonnés en fonction du degré de perte d'autonomie. Pour autant, Bernard ENNUYER relève que les moyens alloués en terme d'heures par semaine

---

<sup>44</sup> ENNUYER B., 2014, *Repenser le maintien à domicile – Enjeux, acteurs, organisation*. 2<sup>ème</sup> édition : DUNOD, Santé Social, page 29.

<sup>45</sup> SERVICE PUBLIC, *Aide sociale aux personnes âgées : aide ménagère à domicile*. [visité le 11.08.2016], disponible sur internet : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F245>

<sup>46</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Allocation personnalisée d'autonomie*. [visité le 11.08.2016], disponible sur internet : <http://social-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/apa-allocation-personnalisee-d-autonomie/article/apa-a-domicile>

ou par mois sont « notoirement insuffisants pour assurer à la fois un travail d'aide correct et sécurisant pour la personne à domicile ». Dès lors, **des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile peuvent être amenées à renoncer à des prestations du fait de l'absence de prise en charge, quand bien même l'intervention de professionnels pourrait permettre un repérage des risques en amont et ainsi retarder l'entrée dans la dépendance.**

Quand la personne âgée bénéficie d'un accompagnement à domicile ou en institution, il se peut encore que les facteurs de risque de perte d'autonomie ne soient pas suffisamment bien identifiés. Lors de l'admission dans un service, la personne âgée bénéficie d'une évaluation gériatrique qui agit sur la prévention des événements cliniques majeurs, quel que soit son lieu de vie<sup>47</sup>. **Cette évaluation doit en principe être complétée par des actions de repérage menées par l'ensemble des professionnels, qui contribueront notamment à l'élaboration du projet personnalisé.** Néanmoins, comme nous avons pu le voir, l'identification des besoins de la personne et leur prise en compte dans un projet formalisé demeurent complexes. Afin de surmonter cette difficulté, l'ANESM a récemment publié une recommandation de bonnes pratiques professionnelles relative au repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées, comprenant un volet « domicile » et un volet « EHPAD ». L'objectif de ces documents est de proposer aux services à domicile d'une part, et à l'ensemble des professionnels intervenant en EHPAD d'autre part, les principales thématiques à observer pour faciliter le repérage des risques. Ces recommandations sont également présentées comme un support pour faciliter le travail en collaboration des différents professionnels avec leurs partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Sur ce dernier point, la recommandation semble particulièrement intéressante car le manque de coordination entre les différents intervenants peut contribuer à mettre à mal la réalisation d'un parcours continu et respectueux des désirs de la personne.

## *2) Un manque de coordination entre les acteurs au détriment du parcours des personnes âgées*

En vieillissant, le recours aux établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux a tendance à augmenter. Les parcours des personnes âgées les amènent à « avoir recours à plusieurs « composantes » de l'offre sanitaire, médico-

---

<sup>47</sup> ANESM, 2016, *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées* (volet EHPAD), page 7. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP\\_Reperage\\_des\\_risques\\_personnes\\_agees-EHPAD-Interactif.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP_Reperage_des_risques_personnes_agees-EHPAD-Interactif.pdf)

sociale et sociale de façon parfois simultanée, parfois successive et itérative »<sup>48</sup>. En vertu de la dynamique de personnalisation présentée plus haut, l'idée aujourd'hui est qu' « **une même personne doit pouvoir bénéficier de prestations de plusieurs services, agencées en fonction de ses besoins spécifiques** »<sup>49</sup>. L'accompagnement de la personne âgée renvoie ainsi à une multitude de dispositifs pouvant lui apporter de l'aide à un moment donné, et soulève la question de la coordination entre les différents intervenants.

La coordination peut être définie comme l' « organisation mise en place autour d'un projet partagé entre acteurs pour articuler l'ensemble des actions, des moyens humains et matériels dans un espace donné (temporel, géographique). Elle nécessite un décloisonnement des frontières administratives et des cultures entre les professionnels (...), que ce soit au sein ou entre les services, structures et secteurs du champ sanitaire, médico-social et social »<sup>50</sup>. La recherche de coordination des acteurs accompagnant les personnes âgées n'est pas nouvelle. Ainsi, le rapport Laroque de 1962 affirmait déjà que « la multiplicité même des individus, des services et organismes appelés ainsi à mettre en œuvre la politique de vieillesse implique nécessairement la coordination des efforts entrepris par les uns et les autres »<sup>51</sup>. La notion de coordination a trouvé une première traduction concrète avec la mise en place des coordonnateurs en 1981. Différentes formes de réseaux ont ensuite été institutionnalisés au début des années 2000, alors qu'ont aussi été créés des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), mais également des équipes médicosociales des départements en charge de l'attribution de la prestation spécifique dépendance (1997) puis de l'APA (2001) et des filières de soins gériatriques (2002)<sup>52</sup>. Si ces dispositifs ont permis des avancées, des difficultés en la matière peuvent encore être observées et mettre à mal le bon déroulement du parcours de la personne âgée. Or, **dans un contexte de plateforme de services, l'enjeu est double : assurer la coordination entre les différents services de l'établissement**

---

<sup>48</sup> CNSA, 2012, *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*, page 32. disponible sur internet :

[http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir\\_la\\_continuite\\_des\\_parcours\\_de\\_vie\\_2012.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf)

<sup>49</sup> LOUBAT JR., 2013, *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale* : DUNOD, Santé Social, page 6.

<sup>50</sup> SECRETARIAT GENERAL DES MINISTERES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie – Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers – Lexique de A à Z*. [visité le 05.06.2016], disponible sur internet :

[http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Actu\\_2/Lexique\\_parcours\\_def.pdf](http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Actu_2/Lexique_parcours_def.pdf)

<sup>51</sup> HAUT COMITÉ CONSULTATIF DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE, 1962, *Politique de la vieillesse, Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre LAROQUE* : Paris, La documentation française, page 255.

<sup>52</sup> CNSA, 2012, *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*, page 38. disponible sur internet :

[http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir\\_la\\_continuite\\_des\\_parcours\\_de\\_vie\\_2012.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf)

**auquel la personne âgée recourt, mais aussi avec les professionnels et structures extérieures qui peuvent intervenir dans son parcours.**

En effet, lorsqu'un établissement médico-social dispose de plusieurs services notamment en lien avec le domicile, il n'est pas rare qu'une personne réalise plusieurs étapes de son parcours au sein de cette même institution. Ainsi, une personne vivant chez elle peut cumuler le recours à différents services de soutien du domicile et entrer à l'EHPAD lorsque sa situation le justifie. Si l'on reprend l'exemple de la plateforme de services « Jean Villard » présentée en première partie de ce mémoire, il est fréquent qu'une personne soit accompagnée à domicile par le SSIAD tout en participant à l'accueil de jour et/ou en réalisant des séjours au sein du service d'hébergement temporaire pour ensuite envisager un hébergement permanent. A côté de cela, la personne âgée pourra solliciter l'aide d'autres dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, avec lesquels les différents services de la Résidence devront travailler dans l'optique d'assurer la cohérence globale de l'accompagnement. **Si ce besoin de coordination existe pour des résidents d'EHPAD, il apparaît encore plus fort pour les personnes âgées demeurant à domicile et qui vont généralement recourir à un plus grand nombre d'intervenants.** La priorité affichée par les pouvoirs publics est bien de permettre à chacun de vivre à domicile s'il le souhaite mais l'organisation d'un accompagnement coordonné faisant intervenir plusieurs professionnels reste plus difficile à mettre en place à domicile qu'entre les murs d'un établissement<sup>53</sup>. A défaut de coopération entre les différents acteurs (soins primaires, hôpital, services médico-sociaux...), des ruptures dans le parcours pourront notamment survenir à la suite d'une hospitalisation, voire d'un séjour en hébergement temporaire, lorsque le retour à domicile n'est pas anticipé et que l'accompagnement et le suivi à domicile font défaut.

Afin de garantir à la personne âgée un parcours coordonné et respectueux de ses choix de vie, il est indispensable qu'un partage d'informations soit assuré entre les différents dispositifs, qu'ils relèvent du secteur sanitaire, social ou médico-social. Néanmoins, **il existe des obstacles juridiques au partage d'informations qui viennent freiner la coopération intersectorielle.** En effet, contrairement aux échanges et au partage de données entre professionnels de santé, régis par le Code de la santé publique qui instaure un « secret partagé », il n'existe pas de cadre législatif général

---

<sup>53</sup> CNSA, 2012, *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*, page 35. disponible sur internet : [http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir\\_la\\_continuite\\_des\\_parcours\\_de\\_vie\\_2012.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf)

permettant et encadrant l'échange de données personnelles dans le secteur médico-social et entre professionnels autres que les professionnels de santé<sup>54</sup>.

Par ailleurs, **les systèmes d'informations utilisés à ce jour par les professionnels ne permettent pas suffisamment d'assurer la continuité de l'accompagnement.** Comme a pu l'affirmer la CNSA dans son rapport sur le thème des parcours de vie de 2012, « le manque d'interopérabilité entre les systèmes d'information des différents acteurs et le sous-équipement dans certains champs constituent des obstacles à plusieurs niveaux : ils entraînent de la perte d'information, pouvant causer une perte de chance pour les personnes, des redondances (plusieurs évaluations d'une même situation faute de partage des données), de la perte de temps ». A ce propos, le partage d'informations et la coordination entre services relevant d'une même institution apparaît moins complexe que lorsqu'il s'agit de la mettre en œuvre avec des partenaires extérieurs. A « Jean Villard », des temps d'échange entre professionnels ont été institutionnalisés dans le cadre du Pôle ressources et accompagnement avec la mise en place de la « Commission coordination ». Ainsi, le médecin coordonnateur, les cadres des différents services (SSIAD, hébergement temporaire, accueil de jour et EHPAD) et l'agent administratif en charge des admissions se réunissent une fois par semaine pour échanger autour des situations relevant du Pôle et des actions pouvant être proposées. L'idée est de réfléchir ensemble à des « stratégies » et de se montrer le plus cohérent possible vis-à-vis des personnes concernées et de leurs proches. Par ailleurs, une fois par trimestre, la commission est élargie aux professionnels du SiPAG qui apportent un éclairage social pour les personnes auprès desquelles ils interviennent. Après plusieurs mois de fonctionnement, cette commission a déjà pu montrer des résultats satisfaisants en terme d'accompagnement des personnes suivies par le Pôle. Néanmoins, les échanges restent oraux et les services ne disposent pas d'outils communs de suivi des différentes situations. De même, si les professionnels de la Résidence sont soucieux de coordonner leurs actions avec les différents services d'aide, ils manquent d'outils facilitant l'interopérabilité.

Dans un objectif de meilleure coordination des soins, la loi du 13 août 2004 a mis en place le « Dossier Médical Personnel », aujourd'hui appelé « **Dossier Médical Partagé** »<sup>55</sup> (DMP). Rassemblant les informations médicales relatives à un patient (comptes-rendus hospitaliers et radiologiques, antécédents et allergies, médicaments

---

<sup>54</sup> CNSA, 2012, *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*, page 41. disponible sur internet :

[http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir\\_la\\_continuite\\_des\\_parcours\\_de\\_vie\\_2012.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf)

<sup>55</sup> LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement [en ligne]. Journal officiel, n°0301, du 29 décembre 2015. [visité le 24.08.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>

prescrits et délivrés etc.), le DMP vise à améliorer la qualité et de la continuité des soins et à faciliter la prise en charge, notamment dans le cadre de pathologies chroniques<sup>56</sup>. L'accès au DMP est réservé au patient et aux professionnels de santé auxquels il a autorisé l'accès. Comme a pu l'affirmer le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS), « l'informatisation des données de santé doit permettre davantage d'échanges entre les différents acteurs de la prise en charge médicale des patients afin d'améliorer la continuité des soins, d'éviter la redondance de certains actes, tout en permettant aux patients d'accéder aux données du DMP et d'en contrôler tous les usages qu'en font les professionnels habilités à le consulter et à l'enrichir »<sup>57</sup>. Si le DMP a peine à se développer, sa généralisation est prévue pour 2017 et devrait ainsi faciliter la coordination des soins entre professionnels de santé amenés à intervenir auprès d'une même personne. Néanmoins, le DMP est actuellement limité aux données de santé et ne permet pas (encore) le partage d'informations sur la situation sociale et médico-sociale de la personne. En ce sens, le DMP ne facilite pas la coordination entre tous les professionnels intervenant dans l'accompagnement global de la personne âgée.

Enfin, il est possible de relever des **freins d'ordre sociologique et culturel** qui peuvent gêner l'approche globale des situations et les coopérations entre professionnels<sup>58</sup>. En ce sens, la CNSA évoque le fait que « la technicisation du travail médical, la « surspécialisation » des professionnels, les différences de pratiques professionnelles, la hiérarchisation des métiers (...), les logiques de rémunération à l'acte, ne sont pas propices à cette vision globale »<sup>59</sup>. De ce fait, il subsiste des cloisonnements importants entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. De plus, des différences culturelles existent au sein même du champ médico-social, entre acteurs intervenant en établissement et professionnels du domicile, comme a pu le souligner Séverine PONS, qualicienne rencontrée au cours du stage. La distance professionnelle est moindre et la pratique de l'oral plus importante à domicile qu'en institution, ce qui peut parfois complexifier la compréhension et les échanges entre les différents intervenants. Or « **la notion de parcours met au premier plan l'enjeu de l'évolution des pratiques**

---

<sup>56</sup> AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ CENTRE VAL DE LOIRE, *Le DMP : Dossier Médical Personnel*. [visité le 19.08.2016], disponible sur internet : <http://ars.sante.fr/Le-DMP-Dossier-medical-perso.125296.0.html>

<sup>57</sup> CISS, *Dossier médical personnel – Le DMP en question* [visité le 20.08.2016], disponible sur internet : [http://www.leciss.org/sites/default/files/110606\\_Dossier-medical-personnel.pdf](http://www.leciss.org/sites/default/files/110606_Dossier-medical-personnel.pdf)

<sup>58</sup> CNSA, 2012, *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*, page 41. disponible sur internet : [http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir\\_la\\_continuite\\_des\\_parcours\\_de\\_vie\\_2012.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf)

<sup>59</sup> GALLET B., *Parcours de soins – une nouvelle approche de la coordination en santé*, in CNSA, *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*, 2012, page 41.



**professionnelles, et la place de la coopération au sein de celles-ci dans un contexte d'interdépendance croissante »<sup>60</sup>.**

Malgré les incitations des pouvoirs publics en faveur de la personnalisation de l'accompagnement des personnes âgées, les difficultés ainsi exposées empêchent l'adaptation réelle des prestations aux besoins et attentes de chacun. Néanmoins, les plateformes de services médico-sociaux disposent d'importantes marges d'amélioration dans leurs pratiques afin de soutenir les bénéficiaires des actions dans la réalisation de leur projet de vie.

---

<sup>60</sup> CNSA, 2012, *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*, page 45. disponible sur internet : [http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir\\_la\\_continuite\\_des\\_parcours\\_de\\_vie\\_2012.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf)

## TROISIÈME CHAPITRE : D'important leviers pour l'amélioration de la personnalisation dans les plateformes de services

Les prestations proposées par les établissements et services médico-sociaux doivent être adaptables aux aspirations des personnes âgées bénéficiaires, afin de répondre au mieux à leur projet de vie, à domicile comme en institution. Pour atteindre cet objectif, les structures multi-services devront, d'une part, travailler sur la généralisation de l'élaboration des projets personnalisés (A) et, d'autre part, s'impliquer davantage dans le développement de solutions garantissant la continuité du parcours des aînés (B).

### A) La généralisation du projet personnalisé au sein des différents services

La mise en œuvre des projets personnalisés dans un service doit conduire les professionnels à bien identifier les besoins et attentes des bénéficiaires et à définir des objectifs et des actions en conséquence. La démarche constituant un outil pertinent pour améliorer la qualité de l'accompagnement, la direction doit impulser et soutenir sa mise en œuvre en renforçant l'implication des professionnels (1), tout en encourageant la plus grande participation des personnes accompagnées (2).

#### 1) *Susciter et soutenir l'implication des professionnels*

L'article L.311-8 du Code de l'action sociale et des familles dispose que « pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement (...) ». Véritable outil au service des droits des usagers, le projet d'établissement précise notamment comment ceux-ci exercent leur droit de participation et sont encouragés à s'exprimer sur le fonctionnement de l'établissement, leurs besoins et leurs attentes<sup>61</sup>. Il permet de donner des repères aux professionnels dans l'exercice de leur activité et de conduire l'évolution des pratiques. En ce sens, **le projet d'établissement constitue une base indispensable à l'implication des professionnels dans l'élaboration de projets propres à chaque personne accompagnée**. Il est un outil à la disposition du directeur d'établissement pour amener les équipes à changer le regard porté sur le public et les

---

<sup>61</sup> ANESM, 2010, Synthèse de la Recommandation *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, page 2. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm\\_synthese-bleu-PE-PS.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_synthese-bleu-PE-PS.pdf)

amener à considérer la personne âgée comme un véritable acteur de son projet de vie. Pour autant, ce document stratégique devra être complété par des outils plus opérationnels afin de garantir la personnalisation effective des accompagnements au sein de la structure.

Les établissements et services doivent assurer à leurs bénéficiaires la participation à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui les concerne, qu'ils accueillent des personnes âgées ou qu'ils leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale<sup>62</sup>. Dès lors, dans un contexte d'établissement comprenant plusieurs services médico-sociaux, il est nécessaire de **garantir la personnalisation de l'accompagnement par l'élaboration de projets personnalisés dans chaque service**. Si cet outil peut paraître moins pertinent en cas d'accompagnement de courte durée (hébergement temporaire) ou partiel (accueil de jour ou SSIAD) qu'en EHPAD, imposer la formalisation d'un projet propre à chacun permet néanmoins d'assurer la recherche d'adaptation des prestations à son bénéficiaire. Dans cette optique, **il incombe à la direction de l'établissement d'impulser la dynamique de personnalisation par la mise en œuvre d'une démarche qualité**. L'idée ici est de « baliser l'action, d'en définir les contours et les séquences et de développer des systèmes de contrôle qui permettent, lors de la répétition de l'action, non seulement d'éviter la détérioration habituelle des processus, mais encore de progresser vers les objectifs préalablement définis »<sup>63</sup>. En ce sens, l'élaboration des projets personnalisés suppose la définition de procédures et protocoles qui devront faire l'objet d'évaluations régulières. Comme nous avons pu le voir, une telle démarche a été mise en œuvre au sein de l'EHPAD de la Résidence « Jean Villard ». Après quelques mois d'application de la procédure relative à l'élaboration des projets personnalisés, une analyse initiée par la direction et menée par un groupe de travail en interne a révélé des écarts entre la théorie et la pratique. Cette évaluation a donné lieu à divers réajustements visant notamment à clarifier les rôles des différents professionnels et, ainsi, à éviter les manquements au détriment des usagers. Parallèlement à cette évaluation, la direction de l'établissement et les professionnels du SSIAD ont créé leur propre procédure d'élaboration des projets personnalisés, tout en réorganisant le dossier du patient. Actuellement en cours d'expérimentation, cette procédure devra à son tour faire l'objet d'une évaluation à moyen terme. Quant aux services d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, un travail sur la formalisation de projets personnalisés pourra être conduit en s'inspirant des documents de l'EHPAD. Cela

---

<sup>62</sup> Article L312-1 6° CASF.

<sup>63</sup> ASSOCIATION RÉSEAU DE CONSULTANTS EN GÉRONTOLOGIE, 2013, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, 2<sup>ème</sup> édition : DUNOD, Santé Social, page 35.

apparaîtrait d'autant plus pertinent que de nombreuses personnes réalisent plusieurs séjours dans ces services et que le projet personnalisé pourrait ainsi faciliter la continuité et la qualité de l'accompagnement.

**Quel que soit le service et son niveau d'avancement en matière de projet personnalisé, le travail ne peut-être efficient qu'au prix d'une forte mobilisation des différents professionnels.** Comme a pu l'affirmer l'ANESM, « l'ensemble des professionnels qui, d'une manière ou d'une autre, travaillent autour de la situation de la personne accueillie et/ou accompagnée sont concernés par l'élaboration des projets personnalisés ». L'Agence précise que les propositions et analyses de chaque professionnel en lien avec les personnes doivent être prises en compte et valorisées, quelle que soit leur qualification<sup>64</sup>. En ce sens, le projet personnalisé ne devra pas être le fruit de la réflexion des seuls soignants mais bien associer l'ensemble des professionnels en contact régulier avec la personne et pouvant apporter des éléments utiles à la réflexion pluridisciplinaire. Le partage des observations réalisées par les différents professionnels dans le cadre de la démarche « projet personnalisé » favorisera le repérage et la prévention des risques gériatriques chez les personnes accompagnées. Ainsi, la participation des animateurs, veilleurs de nuit, personnels d'accueil etc. devra être intégrée dans les procédures. De plus, dans cette optique d'implication de l'ensemble des professionnels, **la formation initiale des agents à la logique de personnalisation mais également à la mise en œuvre des procédures propres à l'établissement constitue un levier important.** En ce qui concerne le SSIAD, nous avons pu observer lors de réunions de travail que le projet personnalisé et son contenu manquaient de clarté pour l'équipe professionnelle assez peu familiarisée avec ce concept. Dans cette hypothèse, il pourrait être intéressant de profiter de l'expertise de certains professionnels de l'EHPAD impliqués dans la démarche depuis plusieurs années et développer une formation en interne. Par ailleurs, **le renouvellement régulier de la formation semble également souhaitable pour maintenir la dynamique sur le long terme.** Ainsi, après avoir constaté des manquements dus à une connaissance insuffisante des documents par certains professionnels et réactualisé la procédure, il est apparu nécessaire de renouveler la formation des personnels de l'EHPAD « Jean Villard » pour les sensibiliser de nouveau à la question. Il appartient à la direction de l'établissement de veiller à l'implication des équipes en poussant régulièrement les professionnels à réinterroger leurs pratiques, en évaluant l'application des procédures et en ayant recours à la formation pour (re)donner du sens aux actions.

---

<sup>64</sup> ANESM, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, page 17. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_projet.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf)

Si tous les professionnels doivent contribuer à la personnalisation de l'accompagnement des bénéficiaires, **certains agents auront un rôle spécifique à tenir dans cette démarche**. D'une part, il est important de **définir un « chef d'orchestre », responsable de la bonne application de la procédure au quotidien**. Cette mission pourra être confiée au cadre du service. A ce titre, il tiendra le calendrier de conception et de réactualisation des projets, coordonnera les différents acteurs et veillera à ce que les personnes bénéficiaires soient bien associées au processus. D'autre part, **l'établissement peut mettre en place des « référents » qui seront amenés à s'impliquer plus particulièrement dans l'élaboration des projets** des personnes âgées pour lesquelles ils ont été désignés. Par exemple, à « Jean Villard », le référent est chargé de centraliser les informations relatives aux besoins, souhaits et habitudes de vie en lien avec l'ensemble des professionnels et de réfléchir à des propositions d'objectifs et actions avec l'infirmière de secteur. Une fois le projet validé, le référent participe activement au suivi de sa mise en œuvre tout au long du séjour et alerte les professionnels en cas de non suivi ou de suivi partiel. Ainsi, à un niveau collectif pour l'un et individuel pour les autres, cadre de service et référents constituent les garde-fous pour le respect du droit de la personne à un accompagnement adapté selon un projet auquel elle a participé.

Selon Jean-René LOUBAT<sup>65</sup>, le rôle de référent tend aujourd'hui à être complété par la fonction de « **coordinateur** », du fait notamment de la nécessité d'introduire de la continuité et de l'articulation entre les étapes de la vie d'un bénéficiaire et de raisonner en termes de parcours. Il ajoute que cette nouvelle fonction serait appelée à s'exercer en dehors du cadre des établissements traditionnels, comme au sein de plateformes de services. Le coordinateur peut être perçu comme un technicien coordonnant des projets de proximité et des réseaux d'aide. Cette fonction s'apparente à ce que les anglo-saxons appellent le *case management*<sup>66</sup>. Dans le domaine de la santé, le *case management* concerne plus particulièrement le suivi d'un patient atteint d'une maladie pour laquelle un programme particulier a été construit. Le *case manager* est alors chargé de coordonner les besoins, la stratégie, les interventions auprès des différents intervenants de santé. Il se concentre sur la personnalisation, la participation de la personne, la coordination de partenaires et de ressources, l'assurance d'une continuité autour de la poursuite d'objectifs définis et la co-évaluation des effets obtenus. En ce sens, il répond aux besoins identifiés en matière de coordination dans la conduite du projet et du parcours des personnes âgées. Selon J.R. LOUBAT, ce rôle doit être rempli par un professionnel dont la coordination serait la fonction à part entière. Cependant, le coordinateur ne

---

<sup>65</sup> LOUBAT JR., 2013, *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale* : DUNOD, Santé Social page 35.

<sup>66</sup> *Ibid.*, pages 41 et 42.

remplacerait aucun intervenant particulier, y compris le référent qui possède une mission quotidienne de proximité tandis que le coordinateur représenterait un interface plus distancié. Dans sa recommandation de bonnes pratiques professionnelles relative à la qualité de vie en EHPAD (volet 1), l'ANESM encourage les établissements à développer la fonction de coordinateur afin « d'établir un lien régulier entre les professionnels et le résident et de solliciter l'ensemble des professionnels et partenaires concernés par le projet personnalisé »<sup>67</sup>. **Responsable de l'organisation interne de ses services et de la composition de ses équipes, le directeur d'établissement pourra mener une réflexion autour du rôle de coordinateur.**

Au-delà de la définition et de la mise en œuvre d'une démarche « projet personnalisé » emportant l'adhésion des professionnels, la direction devra veiller à ce que les équipes fassent preuve de souplesse et d'adaptation dans leurs pratiques, afin de garantir la plus forte participation des personnes accompagnées.

2) *Encourager le « sur-mesure » pour favoriser la participation des personnes accompagnées*

Dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux attentes de la personne et au projet personnalisé, l'ANESM affirme que « le projet personnalisé est une démarche dynamique, une co-construction qui tente de trouver un équilibre entre différentes sources de tension », pour aboutir à un compromis. S'il existe des difficultés certaines dans la mise en œuvre d'une véritable co-construction, il est nécessaire de chercher à surmonter ces obstacles en encourageant la participation des personnes âgées concernées. De manière générale, l'expression de la personne âgée sur ses souhaits et ses attentes nécessite que l'on construise les bases d'une alliance qui favorise « le partage, l'échange et modifie le rapport dominant-dominé en institution, plus par habitude et facilité que par volonté réelle de puissance »<sup>68</sup>. Comme nous l'avons vu plus haut, du fait de leur situation de vulnérabilité, les personnes âgées peuvent craindre des représailles si elles s'expriment sur leurs désirs ou donnent leur avis sur les différents aspects de l'accompagnement. A ce propos, nous citerons l'exemple de Madame L., résidente à l'EHPAD « Jean Villard », qui a pu s'interroger lors de notre entretien sur ce qu'elle pouvait dire ou non (« ça va, je peux m'exprimer ? Je peux dire ça ? » ou encore « je ne sais pas si je dois le dire... »). Or, « aider l'utilisateur à pouvoir s'inscrire dans un accompagnement, c'est aussi accepter qu'il n'en veuille pas, qu'il ne dise rien de ce que

---

<sup>67</sup> ANESM, 2011, *Qualité de vie en EHPAD (volet 1 : De l'accueil de la personne à son accompagnement)*, page 52. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_qualite\\_de\\_vie\\_ehpad\\_v1\\_anesm.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_qualite_de_vie_ehpad_v1_anesm.pdf)

<sup>68</sup> LADSOU J., 2006, *L'utilisateur au centre du travail social* : Empa n°64 page 38 in ANESM *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* (page 20).

l'on veut entendre »<sup>69</sup>. **Le préalable indispensable à toute participation réelle de la personne est l'instauration d'un climat de confiance avec les professionnels du service concerné.** En ce sens, l'ANESM recommande d'être attentif aux premiers contacts à l'occasion desquels cette confiance peut commencer à s'établir. Par ailleurs, il est important de repérer et respecter le temps dont la personne a éventuellement besoin pour se familiariser avec la structure et entamer un dialogue avec les professionnels<sup>70</sup>. C'est ce que la psychologue de l'établissement a pu appeler « être dans le bon tempo », c'est-à-dire laisser le temps à la personne de prendre ses marques, tout en veillant à ne pas tomber dans la routine institutionnelle.

L'un des freins identifié et souvent mis en avant pour expliquer les difficultés d'élaboration de projets personnalisés co-construits réside dans les difficultés d'expression ou d'élaboration intellectuelle de certaines personnes accompagnées. Pour autant, « la maladie, la perte d'autonomie, la période de fin de vie n'empêchent pas le projet personnalisé, car les personnes continuent d'avoir des sensations et des sentiments, des attentes, des souhaits, des envies »<sup>71</sup>. **Les difficultés de communication ne doivent donc pas conduire les professionnels à éluder la personne et à faire « pour » elle.** En ce sens, l'ANESM affirme que l'avis de la personne est toujours recherché au cours de la démarche, y compris quand elle présente des difficultés de communication et/ou des signes de confusion<sup>72</sup>. De plus, quand bien même les échanges autour du concept de « projet personnalisé » sembleraient inadaptés au regard de l'état de santé de la personne, il est nécessaire de chercher à connaître ses désirs propres en étant plus créatif. Cela suppose de **diversifier les modes de communication** en développant notamment la communication gestuelle, sensorielle ou encore visuelle<sup>73</sup>. A ce propos, le rôle du psychomotricien est particulièrement intéressant. En effet, ce spécialiste évalue les capacités psychomotrices de son patient et recherche l'origine de ses problèmes. Il contribue ainsi à sa réhabilitation et à sa réinsertion psychosociale et l'accompagne, ainsi que son entourage, tout au long d'un projet thérapeutique. Avec les personnes âgées, le spécialiste privilégiera des activités d'équilibre et de mémoire. Chaque séance, individuelle ou collective, vise à réconcilier le patient avec son corps, à lui procurer une aisance gestuelle et à lui faire retrouver une

---

<sup>69</sup> BRANDIBAS G. et ELETA M., 2015, *Le projet personnalisé dans l'action sociale et médico-sociale – conception, démarche et clinique*, L'Harmattan, page 91.

<sup>70</sup> ANESM, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, page 21. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_projet.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf)

<sup>71</sup> ANESM, 2011, *Qualité de vie en EHPAD (volet 1 : De l'accueil de la personne à son accompagnement)*, page 46. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_qualite\\_de\\_vie\\_ehpad\\_v1\\_anesm.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_qualite_de_vie_ehpad_v1_anesm.pdf)

<sup>72</sup> *Ibid.* page 58.

<sup>73</sup> ANESM, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, page 16. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_projet.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf)

sensation de bien-être physique<sup>74</sup>. En ce sens, le psychomotricien pourra aider à « faire parler le corps »<sup>75</sup> de la personne âgée accompagnée et apporter des éléments importants pour la conception de son projet. Par ailleurs, le **rôle de l'entourage familial** revêt une importance particulière pour les personnes présentant des difficultés de communication. D'une part, les proches de la personne accompagnée peuvent fournir des informations sur son histoire de vie, ses goûts, ses habitudes, ses centres d'intérêt, sa vie affective, ses croyances, son environnement familial et socio-culturel qui sont autant d'éléments pris en compte dans l'élaboration du projet personnalisé<sup>76</sup>. D'autre part, l'entourage familial peut aider la personne âgée à exprimer ce qui est important pour elle, sans pour autant se substituer à elle. S'il existe un risque d'inhibition de l'expression auquel il faut être attentif, il convient, lorsque cela est possible, de savoir s'appuyer sur les familles pour encourager la participation des personnes accompagnées. Ainsi, nous donnerons l'exemple des « cafés familles » mis en place au sein de l'unité Alzheimer de l'EHPAD « Jean Villard » et cités à plusieurs reprises comme moyen permettant de faciliter l'expression de la personne lors des différents entretiens avec les professionnels. Les « cafés familles » sont des temps de rencontre entre un résident, son entourage familial et des professionnels de l'unité de vie protégée. Ce temps d'échange se veut rassurant pour la personne accompagnée comme pour son entourage et permet aux différentes parties d'apprendre à se connaître. De plus, les professionnels participant à ces réunions ont pu constater que les « cafés familles » étaient propices à l'établissement d'une relation de confiance et à l'expression de la personne âgée.

Enfin, si la définition de procédures semble indispensable à l'élaboration de projets personnalisés, leur application ne suffit pas toujours à garantir la participation des usagers à leur élaboration. Pour atteindre cet objectif, il est fondamental de faire preuve de souplesse dans leur mise en œuvre. Lors de la définition de la procédure pour le SSIAD, les professionnels avaient tendance à écarter certaines propositions en considérant qu'elles étaient utopiques ou que cela revenait à « mettre la barre trop haut ». Pour autant, il nous paraît important de **poser le cadre le plus favorable possible à la participation de la personne, tout en ayant à l'esprit qu'il pourra être adapté pour tenir compte des spécificités de chacun**. Ainsi, par exemple, la procédure de l'EHPAD prévoit l'invitation de la personne à la réunion de synthèse à l'occasion de laquelle des professionnels discutent de son projet personnalisé en équipe pluridisciplinaire.

---

<sup>74</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Psychomotricien*, [visité le 19.08.2016], disponible sur internet : <http://social-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/psychomotricien>

<sup>75</sup> Expression utilisée par la cadre de santé de l'EHPAD en entretien.

<sup>76</sup> ANESM, 2009, *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, page 17. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_accompagnement\\_maladie\\_alzheimer\\_etablissement\\_medico\\_social.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico_social.pdf)



Néanmoins, comme ont pu l'expliquer le médecin coordinateur et d'autres professionnels à l'occasion de ce type de réunion, la présence du résident peut être mal comprise et perturbante pour lui. Il en va de même pour la signature du projet personnalisé par la personne concernée. Si les textes prévoient la signature du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge, rien n'est dit en ce qui concerne le projet personnalisé. Par ailleurs, l'ANESM recommande la remise à la personne d'un exemplaire du projet personnalisé mais reste silencieuse quant à la signature du document. Cependant, instaurer une telle démarche permet de s'assurer que la personne accompagnée a bien été informée du contenu du projet et y a consenti. De ce fait, l'EHPAD « Jean Villard » a prévu la signature d'un contrat d'acceptation du projet dans sa procédure. Pour autant, il se peut, là encore, que cette étape semble inadaptée au résident. Si tel est le cas, il est important d'en tenir compte et de rechercher une alternative permettant de favoriser l'information, l'expression et le consentement de la personne. A ce propos, nous pouvons citer l'exemple de Madame P., résidente du rez-de-jardin de l'EHPAD, dont nous avons déjà parlé plus haut. Madame P. est atteinte d'une pathologie d'ordre psychiatrique générant d'importantes angoisses. Compte tenu de sa santé mentale, l'équipe de « Jean Villard » a estimé qu'il n'était pas dans son intérêt de l'inviter à sa réunion de synthèse. De plus, Madame P. ayant été perturbée par la signature d'un document administratif peu de temps auparavant, requérir sa signature pour son projet d'accompagnement ne semblait pas souhaitable. Les professionnels ont donc réfléchi à une manière plus adaptée d'associer Madame P. et lui ont finalement présenté le projet discuté en réunion pour laisser place au dialogue, sans signature de sa part. Ainsi, il est de la responsabilité du directeur d'établissement de poser un cadre favorisant la participation du résident à l'élaboration de son projet mais il incombe aux professionnels accompagnant la personne au quotidien d'évaluer si les différentes étapes peuvent être mises en œuvre au regard de sa situation. En ce sens, **aller au bout de la logique de personnalisation c'est aussi adapter l'application des procédures au cas par cas**. Il s'agira néanmoins de veiller à ce que le non respect de la procédure ne repose pas sur un *a priori* systématique selon lequel le résident n'est pas en capacité de comprendre ou risque d'être angoissé par la situation. Ici encore, la mise en œuvre régulière d'une évaluation des pratiques professionnelles par la direction apparaît nécessaire.

Si le projet personnalisé contribue à fournir un accompagnement adapté à chacun, les plateformes de services médico-sociaux peuvent aider à la réalisation du projet de vie de leurs bénéficiaires en accompagnant le parcours, au-delà de l'accueil dans un service.

## B) Le développement des plateformes en soutien au parcours des personnes âgées

En proposant des réponses graduées et adaptées aux besoins des personnes âgées de leur territoire, les plateformes de services contribuent à faciliter leurs parcours. L'accompagnement peut néanmoins être amélioré d'une part en renforçant la communication et la coordination entre les différents intervenants par le déploiement d'outils communs (1) et, d'autre part, en cherchant à améliorer l'offre de services pour fluidifier davantage le parcours des personnes âgées de leur territoire (2).

### 1) *L'indispensable déploiement d'outils partagés en interne et en externe*

Comme nous avons pu le voir dans le chapitre II de cette étude, le partage d'informations peut s'avérer insuffisant entre professionnels d'une même institution et, davantage encore, lorsqu'il s'agit d'échanger avec des partenaires extérieurs. Afin de surmonter cet obstacle à la mise en œuvre d'un accompagnement global et continu de la personne, il convient de réfléchir à des dispositifs facilitant ce partage d'informations.

En ce qui concerne l'amélioration de la communication entre les services relevant d'un même établissement, **le projet personnalisé lui-même peut constituer un outil intéressant**. En effet, l'élaboration de projets personnalisés avec chaque bénéficiaire correspond à un objectif légal et s'inscrit dans une logique d'adaptation de l'accompagnement au sein d'un établissement ou service. Néanmoins, dès lors que la personne est usager d'une plateforme et susceptible de recourir à plusieurs de ses services, la transmission du projet personnalisé ou de certains de ses volets s'avère pertinente. Cela peut permettre de limiter la perte d'éléments d'un service à l'autre et d'éviter les répétitions. Cependant, cette transmission entre professionnels ne sera possible qu'à condition que la personne âgée concernée y ait consenti, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 étant venue garantir le droit au secret des informations pour toute personne prise en charge par un professionnel du secteur médico-social ou social ou par un établissement et service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Par ailleurs, d'un point de vue technique, le partage d'informations sera facilité par l'utilisation d'un seul et même logiciel de soins par les différents services, ou par le recours à des logiciels compatibles les uns avec les autres. Pour reprendre l'exemple de « Jean Villard », l'EHPAD, les services d'accueil de jour et d'hébergement temporaire et le Pôle ressources et accompagnement travaillent avec le même logiciel de soins (Osiris) qui contient un volet « projet de vie ». En ce qui concerne le SSIAD, il utilise un autre logiciel (Menestrel) qui ne comprend pas le dossier du patient et ne permet pas, *a fortiori*, d'y intégrer son projet personnalisé. Le projet propre à chaque patient fait l'objet d'un travail

sur papier en attendant l'informatisation complète du SSIAD. Si Osiris n'est pas le système le plus développé pour les services à domicile, la direction veillera à ce que le logiciel choisi pour le SSIAD lui soit compatible pour faciliter les transmissions interservices.

S'agissant du partage d'informations avec d'autres professionnels intervenant dans l'accompagnement de la personne, il convient de dépasser le projet d'accueil et d'accompagnement et de développer des outils communs au service du projet de vie de la personne. A titre d'illustration, le Docteur SOUBIRON, médecin généraliste intervenant en EHPAD, nous a indiqué ne pas avoir connaissance des projets personnalisés des résidents dont il assure le suivi. Dès lors, **le Plan Personnalisé de Santé développé dans le cadre du Paerpa (voir *supra*) représente un levier intéressant pour les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social.** Le mode d'emploi du Plan Personnalisé de Santé élaboré par la HAS dispose que « ni l'initiation, ni la réalisation, ni la validation du PPS ne peuvent avoir lieu sans la participation du médecin traitant »<sup>77</sup>. Néanmoins, lorsque la personne âgée en situation de difficultés est repérée par un acteur quel qu'il soit, ce dernier peut être à l'origine de l'élaboration du PPS. Par ailleurs, si l'évaluation donnant lieu au PPS est réalisée sous la responsabilité du médecin traitant, elle peut être complétée par l'expertise gériatrique et par les préconisations de tout autre spécialiste ainsi que par les comptes rendus d'hospitalisation. Enfin, le médecin traitant s'entoure des aides et acteurs sanitaires et sociaux nécessaires à la construction du PPS. Il apparaît ainsi que **le PPS est un « plan d'action participatif de proximité » au développement duquel les plateformes de services médico-sociaux devront contribuer.** En effet, les professionnels de ces services pourront participer à la définition des objectifs d'une part, et à la mise en œuvre des actions du PPS, d'autre part. Le déploiement du PPS doit ainsi encourager les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social à travailler ensemble et à adopter un langage commun dans un objectif de cohérence globale de l'accompagnement pour la personne âgée. Comme a pu l'affirmer la HAS, « l'élaboration et le suivi du PPS sont l'occasion d'une progression des pratiques professionnelles supposant un renforcement des compétences de coopération ». Pour que cela fonctionne, il est nécessaire de former les professionnels des différents horizons à l'utilisation du PPS, et en particulier aux modalités du travail en équipe. Par ailleurs, il est intéressant de relever que l'accès au PPS pourrait à l'avenir être facilité par l'intégration du document au Dossier Médical Partagé de la personne.

---

<sup>77</sup> HAS, *Mode d'emploi du plan personnalisé de santé pour les personnes à risque de perte d'autonomie*, 2014, page 8. [visité le 09.06.2016], disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version\\_web\\_juillet2013.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version_web_juillet2013.pdf)

Les directeurs d'établissements multi-services pour personnes âgées devront aussi s'appuyer sur les récentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM pour améliorer le repérage des risques de perte d'autonomie en EHPAD, comme à domicile. Ces recommandations encouragent la mise en place d'un dispositif de veille permettant d'identifier l'émergence de nouveaux besoins (chapitre 1), le partage d'analyse des signes repérés de risque de perte d'autonomie ou d'aggravation (chapitre 2) ainsi que l'adaptation des réponses en cas d'identification des risques (chapitre 3). Elles sont accompagnées de « fiches repères » pour faciliter le repérage des risques ainsi que d'une grille des principaux champs à observer. Enfin, dans son volet « domicile », l'ANESM propose un outil de repérage de la perte d'autonomie et/ou de son aggravation qui pourra être diffusé auprès de l'ensemble des professionnels qui interviennent régulièrement au domicile. Il a pour objectif de signaler un changement observé pour la personne accompagnée et/ou son aidant pouvant conduire à une aggravation de la situation. Enfin, cet outil est gage de traçabilité de l'information transmise ainsi que de son suivi. En tant que directeur de plateforme de services, il sera nécessaire d'**utiliser ces recommandations comme support pour encourager la réflexion des équipes mais aussi pour faciliter le travail en collaboration avec les partenaires, notamment par la mise en place de pratiques communes avec les professionnels de santé et autres acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.**

Enfin, il convient de noter que les pouvoirs publics encouragent l'expérimentation de services et technologies innovants pour garantir une coordination optimale de tous les acteurs de santé (établissements de santé, EHPAD, maisons de santé, laboratoires, pharmacies, professionnels de santé...), par la mise en œuvre du **programme « Territoire de soins numérique »**. Concrètement, « il s'agit de tirer tous les bénéfices des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour aider le patient à s'orienter dans le système de santé et pour renforcer la coordination entre les professionnels de santé »<sup>78</sup>. Le Programme bénéficie d'un financement de 80 millions d'euros sur la période 2014-2017 dans le cadre du Programme pour les investissements d'avenir. Il s'appuie sur cinq projets lauréats développés sur quelques territoires et portés par les ARS (Aquitaine, Bourgogne, Ile-de-France, Rhône-Alpes, Océan Indien). En 2017, les solutions qui auront démontré leur efficacité pourront être proposées à la généralisation. De ce fait, **il appartiendra aux directions de structures pour personnes âgées et, a fortiori, de plateformes de services, d'être vigilantes à ces évolutions et de contribuer au développement de ces dispositifs innovants.**

---

<sup>78</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Le Programme Territoire de Soins Numérique*. [visité le 20.08.2016], disponible sur internet : <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/territoire-de-soins-numerique/article/le-programme-territoire-de-soins-numerique-tsn>

Au-delà de l'amélioration de la coordination par le travail autour d'outils commun aux différents acteurs, la personnalisation de l'accompagnement pourra venir d'un enrichissement des réponses proposées aux personnes âgées.

2) *La mise en place de dispositifs innovants : l'exemple du renforcement du Pôle de « Jean Villard »*

Si le panel de services à destination du public âgé s'est considérablement développé ces dernières années, « les objectifs de diversification de l'offre et de renforcement des services d'accompagnement permettant de respecter le choix de vie de chacun ne sont à ce jour que partiellement atteints » selon la Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie<sup>79</sup>. En effet, alors que la majorité des personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie expriment la volonté de rester chez elles, les établissements et services médico-sociaux peinent aujourd'hui encore à fournir un accompagnement complet et garantissant une bonne qualité de vie à domicile.

Bon nombre de situations à domicile atteignent leurs limites du fait d'un manque d'anticipation pour prévenir les risques de décompensation et d'aggravation de la dépendance et adapter à temps les solutions possibles. Ce défaut d'anticipation peut être dû à une insuffisance de l'offre de services ou encore à des problèmes d'accessibilité géographique ou financière aux prestations nécessaires au maintien à domicile. Cela peut également être le fait d'un manque de cohérence dans l'action des différents professionnels intervenant. L'optimisation des parcours passe par « une attention accrue à la prévention et à l'anticipation des moments charnières, des risques de ruptures et de dégradation de l'état de santé, à l'agencement des différents accompagnements entre eux et à leur capacité à évoluer dans le temps avec les besoins et les attentes de la personne »<sup>80</sup>. A ce propos, le Docteur SOUBIRON affirme qu'il serait intéressant de développer des dispositifs pour soutenir davantage les personnes repérées « à risque » à domicile. Par exemple, ce médecin généraliste a notamment pu regretter de ne pas disposer de ressources de proximité suffisantes pour orienter des patients présentant d'importants risques de chutes vers des ateliers préventifs adaptés. **Dans ce contexte, les établissements et services doivent faire preuve d'initiative et être force de proposition afin d'améliorer les réponses proposées aux personnes âgées.**

---

<sup>79</sup> CNSA, 2012, *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*, page 36. disponible sur internet :

[http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir\\_la\\_continuite\\_des\\_parcours\\_de\\_vie\\_2012.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf)

<sup>80</sup> *Ibid.*, page 33.

Dans cette optique, la Résidence Intercommunale « Jean Villard » a mis en place un Pôle Ressources et Accompagnement (présenté plus haut) afin d'assurer la transversalité entre les services et de proposer un accompagnement de proximité aux personnes bénéficiaires de la plateforme. Après quelques mois de fonctionnement, **la Résidence a développé un projet de renforcement de son Pôle afin de consolider et de mieux structurer l'accompagnement du parcours au long cours.** Ce projet prévoit d'une part l'implication du Pôle dans le développement des Plans Personnalisés de Santé des personnes dont il assure le suivi et, d'autre part, la création de programmes thérapeutiques et sociaux visant à limiter la survenance de risques de perte d'autonomie pouvant être à l'origine de ruptures dans le parcours. Les professionnels de « Jean Villard » ont imaginé plusieurs programmes distincts faisant intervenir des professionnels en psychomotricité, psychologie, ergothérapie, diététique et activités de loisirs et vie sociale, afin de faire face aux principaux facteurs de risque de perte d'autonomie ou de son aggravation. Le Pôle renforcé s'adresserait aux personnes âgées en situation de difficulté plus ou moins complexe ou en situation de perte d'autonomie, uniquement si elles font appel ou utilisent les services de la plateforme. En cas de repérage de risques par le médecin du Pôle, une évaluation gériatrique pluridisciplinaire serait proposée par l'infirmière coordinatrice à la personne accompagnée. A l'issue de cette évaluation, un PPS serait élaboré en équipe pluridisciplinaire et proposé au médecin traitant. Une fois le PPS validé par les différents acteurs, le projet prévoit l'élaboration d'un « plan de prise en charge » mentionnant les différents programmes thérapeutiques et sociaux adaptés à la personne et précisant les objectifs, actions afférentes, dates d'échéances et modes d'évaluation. Après présentation et signature du plan de prise en charge par la personne accompagnée, chaque professionnel responsable d'un programme interviendrait et validerait les soins réalisés au fur et à mesure dans un livret de suivi remis à la personne. Tout au long de la mise en œuvre du programme, le suivi et la coordination de l'accompagnement serait assurée par l'infirmière coordinatrice. Une fois le programme arrivé à son terme, un bilan est écrit par le professionnel, restitué à la personne et transmis au médecin traitant. Le Pôle pourrait alors proposer l'entrée dans de nouveaux programmes si cela s'avère nécessaire (1<sup>er</sup> niveau d'action), ou effectuer un travail de suivi et de veille la situation (2<sup>ème</sup> niveau d'action).

La mise en œuvre de ce projet nécessiterait non seulement le renforcement des compétences présentes mais également l'octroi de nouvelles compétences au Pôle ressources et accompagnement de « Jean Villard ». Ainsi, la Résidence souhaiterait augmenter le temps de l'infirmière coordinatrice (+ 0,25 ETP) et du médecin coordonnateur (+ 0,10 ETP) du Pôle mais également ajouter des temps d'administration (+ 0,25), d'animation (+ 0,05), de psychologue (+ 0,30), d'ergothérapeute (+ 0,30), de

psychomotricien (+ 0,30) et de diététicien (+ 0,30). La Résidence espère obtenir des crédits de l'ARS et éventuellement une autorisation du Département pour intégrer les temps d'administration et d'animation sur le tarif hébergement du service d'hébergement temporaire. L'idée sous-jacente est que le recours aux soins diététiques, psychologiques mais aussi de psychomotricité, et d'ergothérapie, soit accessible à tous financièrement en garantissant la gratuité des différents programmes à leurs bénéficiaires.

Le projet de renforcement du Pôle ressources et accompagnement est issu d'un travail en équipe pluridisciplinaire mené au long de l'année 2015 et piloté par la direction de la Résidence. Parallèlement, l'EHPAD de Mornant (situé à une vingtaine de kilomètres), a également mis en place un Pôle comprenant une infirmière coordinatrice et un médecin coordonnateur, un psychomotricien et un psychologue. Pour aller plus loin, l'EHPAD de Mornant souhaiterait qu'une permanence hebdomadaire puisse être assurée par un travailleur social dans son établissement, sur rendez-vous. L'idée de ce Pôle est de proposer une évaluation pluridisciplinaire et formuler des recommandations à la personne et à son médecin traitant. Présentés à la filière gériatrique et aux autorités dont relèvent les deux établissements, **les Pôles de « Jean Villard » et de Mornant ont reçu un accueil très positif du fait de la recherche d'une plus grande adaptation des réponses proposées aux besoins et attentes des personnes âgées du territoire.** Ainsi, le Pôle de Mornant a obtenu des crédits non reconductibles de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes pour assurer le financement de ses postes. L'ARS a également manifesté un vif intérêt pour le projet de Pôle renforcé de « Jean Villard » et cherche à le soutenir en octroyant à l'établissement les financements nécessaires.

Certains partenaires de la Résidence ont pu se montrer réticents au développement de ces projets de Pôle au motif que de tels dispositifs viendraient se superposer à l'existant et complexifier un système déjà peu lisible pour les usagers. S'il est vrai que la multiplication des dispositifs peut contribuer à l'opacité du secteur pour les personnes âgées, le développement de telles initiatives répond à un réel besoin identifié par les acteurs de terrain. Ainsi, **le Pôle renforcé « Jean Villard » viendrait compléter les dispositifs de repérage existants par la mise en œuvre d'évaluations cliniques** dépassant l'évaluation de la seule dépendance pour les personnes qui s'adressent à l'un des services de la plateforme. Par ailleurs, **il faciliterait la coopération avec les acteurs de ville et en particulier avec le médecin traitant pour un accompagnement plus global et efficient du parcours de la personne.** En ce sens, il contribuerait à améliorer la prévention de la perte d'autonomie et aiderait à la coordination des différents

intervenants, conformément aux dernières recommandations de l'ANESM<sup>81</sup> et à la dynamique Paerpa.

Le renforcement du Pôle de « Jean Villard » est un exemple d'initiative locale particulièrement intéressante en terme de personnalisation de l'accompagnement des personnes âgées. En effet, anticipant une procédure d'appel à projets, l'équipe de « Jean Villard » a développé son projet de Pôle renforcé conformément à la réglementation et aux recommandations actuelles, et a ainsi retenu l'attention de l'ARS comme du Département. Le rôle du directeur d'établissement apparaît ici primordial pour permettre l'aboutissement de tels projets. **Attentif aux besoins identifiés par les professionnels, le directeur doit savoir piloter le travail des équipes pour faire émerger des réponses innovantes, les formaliser et les valoriser.** Il concourt ainsi à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques médico-sociales au sein de son territoire et favorise l'intégration de l'établissement dans son environnement en permettant une prise en charge globale et coordonnée des personnes accueillies ou accompagnées et de leurs familles<sup>82</sup>.

---

<sup>81</sup> ANESM, 2016, *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées* (volets EHPAD et domicile).

<sup>82</sup> DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS et CENTRE NATIONAL DE GESTION, *Référentiel métier de directeur d'établissement social et médico-social* [visité le 03.09.2016], disponible sur internet : [http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_D3S\\_Mission\\_DGOS-CNG.pdf](http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_D3S_Mission_DGOS-CNG.pdf)



## Conclusion

La personnalisation de l'accompagnement est une condition *sine qua non* à la réalisation du projet de vie des personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes. En ce sens, elle constitue un enjeu majeur pour la qualité de vie des personnes âgées, accompagnées à domicile, comme en institution. Dès lors, les établissements et services médico-sociaux intervenant auprès du public âgé doivent s'inscrire dans cette dynamique en recherchant une plus grande adaptation des prestations à chacun de leurs bénéficiaires, et en s'engageant dans le soutien de leurs parcours.

Quels que soient son âge et son état de santé, toute personne a des souhaits et des attentes propres qui doivent être entendus et pris en compte par les différents professionnels amenés à fournir une aide à un moment de leur vie. Les projets personnalisés sont complexes à élaborer et à faire vivre. La mise en œuvre de la démarche amène les équipes à repenser la place de la personne accompagnée et à s'intéresser à ses aspirations. Le projet formalisé est le fruit d'un travail en équipe pluridisciplinaire auquel la personne âgée doit être associée, tant pour son élaboration initiale que pour sa réactualisation. Dans ce cadre, les équipes cherchent à connaître au mieux la personne en effectuant des évaluations et observations comportementales. Bien appliquée, la logique du projet personnalisé doit ainsi permettre le repérage des risques gériatriques chez la personne accompagnée. La survenance de ces risques peut générer des ruptures dans le parcours et accélérer la perte d'autonomie. Dès lors, adopter une démarche préventive contribue à soutenir le parcours de la personne âgée et, plus largement, à garantir une meilleure qualité de vie. Néanmoins, le travail de prévention ne permet pas à lui seul d'assurer à la personne un parcours continu et respectueux de son projet de vie. Pour cela, il est nécessaire d'accompagner les personnes âgées tout au long du parcours, notamment en assurant la meilleure coordination possible entre les différents intervenants et en orientant la personne afin qu'elle bénéficie de prestations adaptées à ses besoins et à ses choix de vie.

L'évolution des structures « traditionnelles » en établissements multi-services s'inscrit d'ores et déjà dans une logique d'adaptation de l'accompagnement médico-social grâce à une plus grande diversification de l'offre à destination des personnes âgées. Dans le prolongement de cette démarche, les plateformes de services doivent garantir la mise en œuvre de projets personnalisés co-construits dans chaque service et accompagner le parcours de leurs bénéficiaires, en interne comme en externe. Les chefs d'établissement ont alors un rôle fondamental à jouer afin d'atteindre ces objectifs. Conduisant la politique

générale de l'établissement dans le cadre des politiques médico-sociales définies au plan national et territorial, le directeur doit donner une place centrale à la personnalisation de l'accompagnement et assurer le développement de projets en ce sens. Pour cela, il impulse et soutient la dynamique au sein de son établissement, notamment en terme d'organisation interne et de management des équipes. Il veille également à l'intégration de ses différents services dans leur environnement et favorise les liens avec les partenaires locaux. Le directeur étant chargé d'assurer l'adaptation des prestations et de veiller à la cohérence et à la coordination des activités de son établissement avec celles des différents réseaux<sup>83</sup>, la personnalisation relève pleinement de ses missions.

---

<sup>83</sup> DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS et CENTRE NATIONAL DE GESTION, *Référentiel métier de directeur d'établissement social et médico-social* [visité le 03.09.2016], disponible sur internet : [http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_D3S\\_Mission\\_DGOS-CNG.pdf](http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_D3S_Mission_DGOS-CNG.pdf)

---

# Bibliographie

---

## - Textes législatifs et réglementaires

LOI n°2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel du 3 janvier 2002. [visité le 22.06.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 [en ligne]. Journal officiel, n°0294, du 18 décembre 2012. [visité le 09.06.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026785322&categorieLien=id>

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement [en ligne]. Journal officiel, n°0301, du 29 décembre 2015. [visité le 24.08.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [en ligne]. Journal officiel, n°0022, du 27 janvier 2016. [visité le 24.08.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. [visité le 18.08.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000395786>

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal officiel, n°234, du 9 octobre 2003. [visité le 05.08.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000244248&dateTexte=&categorieLien=id>

## - Ouvrages

ASSOCIATION RÉSEAU DE CONSULTANTS EN GÉRONTOLOGIE, 2013, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, 2<sup>ème</sup> édition : DUNOD, Santé Social, 243 p.

BOUQUET B., DRAPERI J-F., JAEGER M., 2009, *Penser la participation en économie sociale et en action sociale* : DUNOD, Santé Social, 288 p.

BRANDIBAS G. et ELETA M., 2015, *Le projet personnalisé dans l'action sociale et médico-sociale – conception, démarche et clinique* : L'Harmattan, 188 p.

DELAMARRE C., 2015, *Démence et projet de vie, accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée* : DUNOD, Santé Social, 240 p.

ENNUYER B., 2014, *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation* : DUNOD, Santé Social, 320 p.

LOUBAT JR., 2013, *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale* : DUNOD, Santé Social, 224 p.

VERCAUTEREN R., 2009, *Directeur d'établissement pour personnes âgées – Rôles et exercice* : Professionnels en gérontologie, 143 p.

## - **Articles**

CRISTOL D., 2012, « Le droit à la participation dans les lois des 2 janvier et 4 mars 2002 », *RDSS*, page 460.

## - **Rapports et recommandations**

AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_projet.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf)

AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX, 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_bientraitance.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf)

AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX, 2009, *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_accompagnement\\_maladie\\_alzheimer\\_etablissement\\_medico\\_social.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico_social.pdf)

AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX, 2010, *Synthèse de la Recommandation Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm\\_synthese-bleu-PE-PS.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_synthese-bleu-PE-PS.pdf)

AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX, 2011, *Qualité de vie en EHPAD (volet 1 : De l'accueil de la personne à son accompagnement)*. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_qualite\\_de\\_vie\\_ehpad\\_v1\\_anesm.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_qualite_de_vie_ehpad_v1_anesm.pdf)

AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX, 2016, *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées (volet domicile)*. disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP\\_Reperage\\_des\\_risques\\_personnes\\_agees\\_A5-BAT\\_-\\_PDF\\_Interactif.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP_Reperage_des_risques_personnes_agees_A5-BAT_-_PDF_Interactif.pdf)

AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX, 2016, *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées* (volet EHPAD). disponible sur internet :

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP\\_Reperage\\_des\\_risques\\_personnes\\_agees-EHPAD-Interactif.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP_Reperage_des_risques_personnes_agees-EHPAD-Interactif.pdf)

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE, 2012, *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*. disponible sur internet :

[http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir\\_la\\_continuite\\_des\\_parcours\\_de\\_vie\\_2012.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf)

TERRASSE P., *Rapport d'information sur la réforme de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales*, n° 2249, 15 mars 2000.

HAUT COMITÉ CONSULTATIF DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE, 1962, *Politique de la vieillesse, Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre LAROQUE* : Paris, La documentation française, page 255.

#### - **Thèses et mémoires**

BADET E., 2008, *Le développement des projets de vie personnalisés en EHPAD : un défi managérial pour le directeur*, Formation DESSMS : EHESP, 54 pages

BERENGUIER E., 2010, *Le projet d'accompagnement personnalisé des personnes âgées prises en charges par un service de soins infirmiers à domicile : un enjeu social, stratégique et managérial pour le directeur*, Diplôme d'Etablissement « Directeur d'EHPAD et droits des usagers : enjeux, outils, méthodes » : EHESP, 20 pages.

MARRIN-LAFLECHE E., 2014, *Atout et limites du processus de construction du projet d'accompagnement personnalisé au regard de la bientraitance en EHPAD*, Diplôme d'Etablissement « Directeur d'EHPAD et droits des usagers : enjeux, outils, méthodes » : EHESP, 27 pages.

PERRIN C., 2010, *Promouvoir la démarche du projet personnalisé d'accompagnement en EHPAD : une stratégie managériale au service de la qualité de vie des résidents*, Formation DESSMS : EHESP, 58 pages.

#### - **Conférences**

POLTON D., *Parcours de santé des patients - Quelques réflexions à partir de l'expérience de l'assurance maladie*. Intervention du 26 mars 2015 dans le cadre du Master Parcours de santé de Science Po Paris.

#### - **Sites Internet**

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ CENTRE VAL DE LOIRE, *Le DMP : Dossier Médical Personnel*. [visité le 19.08.2016], disponible sur internet : <http://ars.sante.fr/Le-DMP-Dossier-medical-perso.125296.0.html>

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE, *MAIA*. [visité le 09.06.2016], disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>

COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTÉ, *Dossier médical personnel – Le DMP en question* [visité le 20.08.2016], disponible sur internet :  
[http://www.leciss.org/sites/default/files/110606\\_Dossier-medical-personnel.pdf](http://www.leciss.org/sites/default/files/110606_Dossier-medical-personnel.pdf)

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS et CENTRE NATIONAL DE GESTION, *Référentiel métier de directeur d'établissement social et médico-social* [visité le 03.09.2016], disponible sur internet :  
[http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_D3S\\_Mission\\_DGOS-CNG.pdf](http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_D3S_Mission_DGOS-CNG.pdf)

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2012, *Parcours de soins – Questions / Réponses*. [visité le 10.06.2016], disponible sur internet :  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep\\_parcours\\_de\\_soins.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf)

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2014, *Mode d'emploi du plan personnalisé de santé pour les personnes à risque de perte d'autonomie*, [visité le 09.06.2016], disponible sur internet :  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version\\_web\\_juillet2013.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version_web_juillet2013.pdf)

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Le dispositif Paerpa*. [visité le 09.06.2016], disponible sur internet :  
<http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Allocation personnalisée d'autonomie*. [visité le 11.08.2016], disponible sur internet :  
<http://social-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/apa-allocation-personnalisee-d-autonomie/article/apa-a-domicile>

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Le Programme Territoire de Soins Numérique*. [visité le 20.08.2016], disponible sur internet :  
<http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/territoire-de-soins-numerique/article/le-programme-territoire-de-soins-numerique-tsn>

SECRETARIAT GENERAL DES MINISTÈRES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie – Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers – Lexique de A à Z*. [visité le 05.06.2016], disponible sur internet :  
[http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Actu\\_2/Lexique\\_parcours\\_def.pdf](http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Actu_2/Lexique_parcours_def.pdf)

SERVICE PUBLIC, *Aide sociale aux personnes âgées : aide ménagère à domicile*. [visité le 11.08.2016], disponible sur internet :  
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F245>

### **Autres :**

Support de la formation sur le Paerpa dispensée par le GRIEPS (Organisme de formation et conseil en santé) aux professionnels de la Résidence Intercommunale « Jean Villard », juin 2016.

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : Liste des entretiens réalisés

**Annexe 2** : Grille d'entretien pour les résidents de l'EHPAD « Jean Villard »

**Annexe 3** : Grille d'entretien pour les professionnels de l'EHPAD « Jean Villard »

**Annexe 2** : Exemple de Plan personnalisé de santé

## ANNEXE 1 : LISTE DES ENTRETIENS RÉALISÉS

### Entretiens avec des résidents de l'EHPAD « Jean Villard » :

- Madame L, 89 ans, résidente du deuxième étage. Entretien réalisé le 03/06/2016.
- Madame LB., 92 ans, résidente du premier étage. Entretien réalisé le 13/06/2016.
- Monsieur F., 93 ans, résident du deuxième étage. Entretien réalisé le 14/06/2016.
- Madame P., 63 ans, résidente de l'Unité de Vie Protégée. Entretien réalisé le 15/06/2016.
- Monsieur D., 71 ans, résident du deuxième étage. Entretien réalisé le 16/06/2016.

### Entretiens avec des professionnels de la Résidence « Jean Villard » :

- Madame Anne-Marie ROZIER, Infirmière coordinatrice du service d'Hébergement temporaire et du Pôle ressources et accompagnement. Entretien réalisé le 15/12/2015.
- Madame Corinne CHEVALIER, aide-soignante à l'EHPAD travaillant sur le pôle d'activités et de soins adaptés. Entretien réalisé le 24/05/2016.
- Madame Stéphanie POULENARD, psychologue sur l'EHPAD et les services hébergement temporaire et accueil de jour. Entretien réalisé le 27/05/2016.
- Madame Céline MARMAGNE, cadre de santé responsable de l'EHPAD et du service d'accueil de jour. Entretien réalisé le 02/06/2016.
- Madame Corinne BENIER, infirmière de l'EHPAD référente de l'Unité de Vie Protégée. Entretien réalisé le 07/06/2016.

### Entretien avec des professionnels extérieurs à la Résidence « Jean Villard » :

- Docteur Pierre-Médéric SOUBIRON, médecin généraliste spécialisé en gériatrie et intervenant en EHPAD (37). Entretien réalisé le 12/05/2016.



**ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES RÉSIDENTS DE L'EHPAD « JEAN VILLARD »**

- Quelles sont vos envies et attentes dans l'établissement ?
  
- Avez-vous le sentiment de pouvoir exprimer vos besoins et vos souhaits auprès des professionnels de l'établissement ?
  
- Pensez-vous bénéficier d'un accompagnement personnalisé malgré les contraintes inhérentes à la vie en collectivité ?
  
- Connaissez-vous votre référent soignant ? Si oui, quel rôle lui attribuez-vous ?
  
- Avez-vous participé à la réunion de synthèse vous concernant ?
  - Si oui, qu'avez-vous pensé de cet échange avec les professionnels ?
  - Si non, auriez-vous souhaité y assister ?
  
- Souhaitez-vous que vos proches soient informés du projet qui vous est propre au sein de la Résidence ?

<b>ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES PROFESSIONNELS DE L'EHPAD « JEAN VILLARD »</b>
--

- Comment définiriez-vous le « projet de vie » de la personne accompagnée ?
  
- Quelles sont, selon vous, les difficultés dans la démarche de construction d'un projet personnalisé ?
  
- Quelle participation du résident à l'élaboration du projet qui le concerne ?
  
- Comment pouvez-vous faciliter l'expression de la personne ?
  
- Les familles sont-elles associées dans l'élaboration des projets personnalisés ? Si oui, comment ?
  
- Quel est, selon vous, le rôle des différents professionnels dans l'élaboration du projet personnalisé ?
  
- Pensez-vous que les procédures et fiches de recueil de données sont suffisamment connues des équipes ? Quid du rôle du référent ?
  
- Quel est votre point de vue sur le projet personnalisé pour les personnes vivant à domicile ?

## ANNEXE 4 : EXEMPLE DE PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ

### IDENTIFICATION PERSONNE

Nom :  Prénom(s) :  Profession :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :  Age :

Sexe :  Homme  Femme Poids :

Numéro Sécurité Sociale :

### PPS PAERPA

Référent PPS (Nom Introné):

Date de rédaction du PPS (jj/mm/aaaa) :

## LA PERSONNE

**Consentement de la personne à l'échange d'informations contenues dans le PPS:**  Oui  Non

### Information sur la personne

Coordonnées: Voie:  CP:  Commune:  Téléphone:  Courriel:

Aidant(s)/Référénts familiaux  Oui  Non  Ne Sait Pas Si oui, Nom(s):  Téléphone:  Courriel:

Tutelle/couratelle  Oui  Non  Ne Sait Pas Si oui, Nom(s):  Téléphone:  Courriel:

Personne de confiance  Oui  Non  Ne Sait Pas Si oui, Nom(s):  Téléphone:  Courriel:

ALD  Oui  Non Motif(s) d'ALD:  Mutuelles  Oui  Non  Ne Sait Pas

Recherche d'hébergement en cours  Oui  Non  En cours Dispositif de sortie d'hospitalisation  Oui  Non  Ne Sait Pas

Existence d'aides  Oui  Non  Ne Sait Pas Directives anticipées  Oui  Non  Ne Sait Pas

Existence de pensions  Oui  Non  Ne Sait Pas  Caisse de retraite  Pension(s) de réversion  Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA)

### Contacts Utiles

	Nom Prénom	Téléphone	Courriel	Membre de la CCP	Nom Prénom	Téléphone	Courriel	Membre de la CCP
Médecin traitant:				<input type="checkbox"/>	Coordonnateur SSAD			<input type="checkbox"/>
Infirmier libéral				<input type="checkbox"/>	Gérisaire			<input type="checkbox"/>
Pharmacien d'officine				<input type="checkbox"/>	SAD			<input type="checkbox"/>
Kinésithérapeute				<input type="checkbox"/>	Travailleur social			<input type="checkbox"/>
Autres Professionnels (Neurologue, psychologue, dentistes, ...)				<input type="checkbox"/>	Structure en charge de ETP			<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	Coordonnateur d'appui (ressources, groupes, ...)			<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	Autres acteurs			<input type="checkbox"/>

La Personne
Check-List 1
Check-List 2
Check-List 3
PPS
Conclusion

### IDENTIFICATION PERSONNE

Nom :  Prénom(s) :  Age :  Profession :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :  Sexe :  Homme  Femme Poids :

Numéro Sécurité Sociale :

### PPS PAERPA

Référent PPS (Nom Prénom) :

Date de rédaction du PPS (jj/mm/aaaa) :

## CHECK-LIST 1/3

**3. Problèmes d'incapacité dans les activités de base de la vie quotidienne:**  Oui  Non  Ne sait pas

**Identification des Problématiques:**

- 3.1. Soins personnels/toilette
- 3.2. Habillage
- 3.3. Aller aux toilettes
- 3.4. Contenance
- 3.5. Locomotion
- 3.6. Repas
- 3.7. Autre

**Actions retenues:**

- Aide à la préparation des repas
- Aide à la personne non médicalisée (auxiliaire de vie, famille ...)
- Aide au transport
- Aide à la personne sur prescription médicale (SSIAO, MAO, Visite de l'IDE à domicile, ESA, ...)
- Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile
- Aide technique
- Aide aux courses
- Portage de repas

**2. Trouble de l'humeur et du comportement**  Oui  Non  Ne sait pas

**Identification des Problématiques:**

- 2.1. Agressivité
- 2.2. Dépression
- 2.3. Addiction
- 2.4. Comportement inadapté
- 2.5. Autre

**Actions retenues:**

- Intervention psychiatrique
- Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile
- Intervention (équipe mobile gériatrique)
- Intervention de l'IDEL au domicile
- Orientation vers une structure adaptée soutien psychomédicamentaire

**4. Douleurs non soulagées (persistantes):**  Oui  Non  Ne sait pas

**Identification des Problématiques:**

- 4.1. Ressenties
- 4.2. Autre

**Actions retenues:**

- Diagnostic de l'origine de la douleur
- Evaluation de la douleur
- Soins de support: intervention réseau EMERALUDE

La Personne

Check-List 1

Check-List 2

Check-List 3

PPS

Conclusion

### IDENTIFICATION PERSONNE

Nom :  Prénom(s) :  Profession :   
 Date de naissance (jj/mm/aaaa) :  Age :   
 Sexe :  Homme  Femme   Autre  
 Numéro Sécurité Sociale :  Poids :

### PPS PAERPA

Référent PPS (Nom Prénom) :   
 Date de rédaction du PPS (jj/mm/aaaa) :

## CHECK-LIST 2/3

**5. Troubles nutritionnels/difficultés à avoir une alimentation adaptée:**  Oui  Non  Ne sait pas

**Identification des Problématiques:**

- 5.1. Troubles bucco-dentaires
- 5.2. Dénutrition
- 5.3. Précarité
- 5.4. Dépression
- 5.5. Démence
- 5.6. Isolement
- 5.7. Autre

**Actions retenues:**

- Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile
- Intervention de l'IDEL pour hydratation sous cutanée
- Orientation vers une diététicienne, une psychologue, une psychiatre
- Orientation vers un programme d'action bucco-dentaire : en EHPAD ou au domicile
- Mise en place/adaptation des aides au domicile
- Surveillance du contenu du frigo et gestion des périmés
- Surveillance du poids
- Si la cause est de l'ordre de l'isolement ou de la précarité => veuille remplir les onglets 6 et 8

**6. Problèmes liés à la précarité:**  Oui  Non  Ne sait pas

**Identification des Problématiques:**

- 6.1. Financière
- 6.2. Habitat
- 6.3. Énergétique
- 6.4. Autre

**recherche d'une résidence autonome**

**Actions retenues:**

- Accompagnement social
- Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile
- Recherche d'aides financières
- Soutien par association caritative
- Diagnostic énergétique ou conseil
- Adaptation du logement
- Aides à l'entretien du logement
- Diagnostic d'insalubrité
- Aide pour habitat indigne

**7. Problèmes de mobilité**  Oui  Non  Ne sait pas

**Identification des Problématiques:**

- 7.1. Risque de chute
- 7.2. Chute(s)
- 7.3. Phobie post-chute
- 7.4. Problème de mobilité à domicile
- 7.5. Problème de mobilité à l'extérieur
- 7.6. Autre

**Actions retenues:**

- Bilans podologiques/soins par un podologue-podologue
- Activités physiques adaptées (type SEE, BLEU,...)
- Adaptation du logement : visite à domicile de l'ergothérapeute (libéral, CAISSAT, CG, d'hôpital de jour...)
- Aide technique adaptée sans prescription
- Correction des troubles sensoriels
- Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile
- Matériels médicaux sur prescription médicale
- Mise en place d'aides (pour les courses et le ménage)
- Rééducation par masseur-kinésithérapeute à domicile, en hôpital de jour,...

**8. Problèmes d'isolement:**  Oui  Non  Ne sait pas

**Identification des Problématiques:**

- 8.1. Faiblesse du réseau familial ou social
- 8.2. Isolement géographique
- 8.3. Isolement ressenti
- 8.4. Isolement culturel
- 8.5. Autre

**soutien aux aidants**

**Actions retenues:**

- Actions de socialisation : orientation vers les actions de loisirs...
- Adaptation/mise en place d'aides
- Avis géronto-psychiatrique
- Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile
- Correction des troubles sensoriels
- Mise en place d'un accompagnement social
- Prise en charge d'une dépression

La Personne > Check-List 1 > **Check-List 2** > Check-List 3 > PPS > Conclusion

### IDENTIFICATION PERSONNE

Nom :  Prénom(s) :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :  Age :

Sexe :  Homme  Femme Poids :

Numéro Sécurité Sociale :

### PPS PAERPA

Référent PPS (Nom Prénom) :  Profession :

Date de rédaction du PPS (jj/mm/aaaa) :

## CHECK-LIST 3/3

9. Problèmes d'organisation du suivi:  Oui  Non  Ne sait pas

**Identification des Problématiques:**

9.1. Pas de déplacement au domicile du médecin traitant

9.2. Multiples intervenants

9.3. Investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes

9.4. Autre

**Actions retenues:**

Coordination des intervenants (réseaux, groupement...)

Education thérapeutique sur la prise en charge (situations à risque/signes d'alerte/stratégie pour diminution du risque)

Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile

Hôpital de jour : (laboratoire, accompagnement projet de vie)

Révision des plans d'aides (APA, CASSAT, ...)

Visite à domicile régulière par le médecin traitant

Intervention d'une IDE libéral au domicile

10. Aidant en difficulté (fragilité, épuisement):  Oui  Non  Ne sait pas

**Identification des Problématiques:**

Groupe de parole : association Alzheimer, Parkinson...

Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile

Soulagement de l'aidant : baluchonnage, plateforme de nuit, hébergement temporaire, hôpital de jour

**Actions retenues:**

11. Difficultés à prendre soin de soi:  Oui  Non  Ne sait pas

**Identification des Problématiques:**

11.1. Difficultés à utiliser le téléphone

11.2. Difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments

11.3. Difficultés à voyager seul

11.4. Difficultés à gérer son budget

11.5. Refus de soins et d'aide

11.6. Situation de maltraitance, quelle qu'en soit la cause

11.7. Autre

**Actions retenues:**

Accompagnement social dont mesure de protection juridique

Alerte via n° d'appel national 3977

Evaluation médecin psycho-social (EGS) en hôpital de jour ou à domicile

Intervention Equipe mobile gériatrique

Intervention de l'IDE au domicile

Orientation vers un dispositif d'accompagnement adapté : gestion des cas complexes

La Personne

Check-List 1

Check-List 2

Check-List 3

PPS

Conclusion

### IDENTIFICATION PERSONNE

Nom :  Prénom(s) :  Profession :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :  Age :

Sexe :  Homme  Femme Poids :

Numéro Sécurité Sociale :

### PPS PALERPA

Référent PPS (Nom Prénom) :

Date de rédaction du PPS (jj/mm/aaaa) :

## PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ

Projet de vie:

Priorités de la personne :

### Plan de Soins

	Critères d'atteinte des résultats :	Date bilan (jj/mm/aaaa):
1 Objectif partagé: Libellé de l'action: Intervenant:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Bilan: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
2 Objectif partagé: Libellé de l'action: Intervenant:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Bilan: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
3 Objectif partagé: Libellé de l'action: Intervenant:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Bilan: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

### Plan d'aides

	Critères d'atteinte des résultats :	Date bilan (jj/mm/aaaa):
1 Objectif partagé: Libellé de l'action: Intervenant:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Bilan: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
2 Objectifs partagés: Libellé de l'action: Intervenant:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Bilan: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
3 Objectifs partagés: Libellé de l'action: Intervenant:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Bilan: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

La Personne > Check-List 1 > Check-List 2 > Check-List 3 > PPS > Conclusion

### IDENTIFICATION PERSONNE

Nom :  Prénom(s) :   
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :  Age :   
Sexe :  Homme  Femme Poids :   
Numéro Sécurité Sociale :

### PPS PAERPA

Réfèrent PPS (Nom Prénom) :  Profession :   
Date de rédaction du PPS (jj/mm/aaaa) :

## CONCLUSION PPS

### Retour d'expérience

Difficultés de mise en oeuvre des plans d'action et dysfonctionnements:

### Evaluation finale du PPS

Date de l'évaluation:  jj/mm/aaaa  
Objectif(s) Atteint(s):  Oui  Non Préd(sions):   
Objectif(s) non Atteint(s):  Oui  Non Préd(sions):   
Conclusion PPS:  Nouveau PPS à initier  
 Clôture du PPS

La Personne

Check-List 1

Check-List 2

Check-List 3

PPS

Conclusion

Imprimer

Enregistrer



LE MARCHAND	Léa	Décembre 2016
<b>DESSMS</b> Promotion 2015-2016		
<b>La personnalisation de l'accompagnement de la personne âgée :  projet personnalisé et soutien du parcours dans un contexte de plateforme de  services médico-sociaux</b>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Le cadre législatif et réglementaire met l'accent sur un accompagnement global et adapté à la personne en incitant les établissements et services sanitaire, social et médico-social à diversifier l'offre de services, à élaborer des projets d'accueil et d'accompagnement personnalisés avec la personne concernée, et à soutenir le parcours de leurs bénéficiaires. Dans ce contexte, les plateformes de services médico-sociaux doivent poursuivre un objectif de personnalisation de l'accompagnement des personnes âgées relevant de leur territoire. Comme les établissements traditionnels, les plateformes sont exposées à des difficultés dans l'élaboration de projets personnalisés, tenant tant aux spécificités des personnes âgées accompagnées qu'aux pratiques professionnelles. De plus, la réalisation d'un parcours respectueux du projet de vie est trop souvent mise à mal par une insuffisance de repérage des risques gériatriques et un manque de coordination entre les différents acteurs, générant des ruptures préjudiciables pour la personne.</p> <p>Fortes de ces constats, les plateformes de services médico-sociaux doivent chercher à surmonter les obstacles pour permettre à la personne âgée de mener une vie de qualité conforme à ses besoins et à ses attentes. En proposant différents services, les plateformes favorisent l'adaptation de l'accompagnement aux personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes. Le directeur de ce type d'établissement peut actionner divers leviers pour aller plus loin dans la dynamique de personnalisation. Il doit notamment garantir la mise en œuvre des projets personnalisés dans les services d'hébergement permanent comme dans les services de soutien du domicile, en travaillant sur l'implication des équipes et en encourageant la participation réelle des personnes concernées. Il doit aussi mettre en place une organisation permettant de fluidifier le parcours de la personne âgée au sein de la plateforme, et plus largement au sein de la filière gériatrique. Des évolutions techniques et la création de dispositifs innovants et transversaux contribuent à améliorer la cohérence des différents accompagnements et à aider les personnes dans la réalisation de leurs projets personnels, quel que soit le lieu de vie.</p>		
<p><b>Mots clés :</b>  Accompagnement, coordination, parcours, personnalisation, personne âgée, plateforme, projet de vie, projet personnalisé.</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>		