
**Directeur d'Etablissement Sanitaire,
Social et Médico-Social**

Promotion : **2021-2022**

Date du Jury : **Novembre 2022**

EHPAD : nouvel acteur du virage domiciliaire ?

L'exemple du dispositif expérimental
« projet innovant de soutien renforcé
permettant de bien vieillir à domicile »
du CHU de Nîmes

Mathieu BLANC

Remerciements

Tous mes remerciements vont aux nombreuses personnes qui m'ont aidé de quelque façon que ce soit dans la rédaction de ce travail :

Tout d'abord, un grand merci à Monsieur Nicolas Best, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes, pour m'avoir accueilli durant ce stage qui s'est révélé riche en apprentissages,

A mes maîtres de stage, Madame Isabelle Arnal-Capdevielle, Directrice de la filière gériatrique territoriale du CHU de Nîmes et Monsieur Philippe Calvez, Directeur délégué des EHPAD autonomes du CHU de Nîmes, pour leur bienveillance et leurs conseils avisés pour appréhender le métier de directeur dans ses différentes facettes,

A l'ensemble des personnes avec lesquelles je me suis entretenu dans le cadre du mémoire, qu'il s'agisse de professionnels de l'Agence Régionale de Santé ou du Conseil Départemental du Gard, de directeurs d'établissements (Mesdames Anne Mensuelle-Ferrari et Anne Lenart), des équipes projets (Sandra, Patrick, Cécile et Isabelle), de bénéficiaires ou d'aidants. Vos contributions et la richesse de nos échanges ont été très bénéfiques dans l'élaboration de ce mémoire,

A l'ensemble des professionnels rencontrés lors de mon stage, pour leur accueil chaleureux et leur simplicité. Je remercie particulièrement : Nathalie, Agnès et Sophie pour leur bonne humeur quotidienne qui a rendu ce stage si agréable,

A Monsieur Jean-Luc Montagne, Directeur du Centre Hospitalier d'Uzès, pour ses conseils avisés et son accompagnement pendant la rédaction de ce mémoire,

A mon épouse, ma famille et mes proches pour leurs encouragements depuis la préparation de ce concours jusqu'à la finalisation de ce mémoire.

« La maison se présente et se représente à l'enfant. Quelques traits d'un seul élan sans fléchir font des lignes droites et les droites font naturellement des maisons assez approchantes, avec porte, fenêtres et toit. Ce n'est pas difficile. On y ajoute le chemin, sinueux de préférence, amusant à faire, si nécessaire, si parlant comme trajet, et aussi comme élément premier d'orientation – précaution à ne pas oublier. L'enfant en ses dessins évoque la maison, la pense pour y aller, pour y retourner quand il le faudra, répète son plaisir d'y revenir, établit ses repères ».

Les commencements, Henri Michaux (1983)

Sommaire

Introduction.....	1
1 Les autorités et pouvoirs publics : la volonté politique de promouvoir un virage domiciliaire	3
1.1 Une population vieillissante confrontée à l'aléa de la dépendance	3
1.1.1 Des politiques publiques du grand âge en mutation	3
1.1.2 Une hausse du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie	4
1.1.3 Une évolution des besoins de la personne âgée dépendante	4
1.1.4 Domicile ou EHPAD : Les enjeux du coût de la prise en charge	5
1.2 Le déploiement de l'approche domiciliaire par les autorités de tarification.....	6
1.2.1 L'arrivée aux âges avancés des générations du baby-boom en Occitanie.....	6
1.2.2 Les enjeux territoriaux de la politique du grand âge	7
1.2.3 Une approche domiciliaire impulsée par l'Agence Régionale de Santé.....	8
1.2.4 Une politique du Conseil Départemental axée sur le maintien à domicile	9
2 Le Centre de Gérontologie du CHU de Nîmes : le management stratégique d'un projet innovant	10
2.1 Un dispositif innovant porté par le CHU de Nîmes	10
2.1.1 Les caractéristiques du grand âge sur le territoire Grand Nîmes.....	10
2.1.2 Une filière gériatrique portée par le Centre de Gérontologie du CHU.....	11
2.1.3 Un appel à candidatures ARS sur le soutien renforcé à domicile	12
2.1.4 Un projet CASA porté et piloté par le Centre de Gérontologie.....	13
2.2 Une organisation humaine et financière contrainte	15
2.2.1 Un dispositif qui repose sur un financement fragile	15
2.2.2 Un dispositif qui propose des prestations d'accompagnement du quotidien .	18
2.2.3 Une équipe CASA composée de professionnels issus du domicile.....	19
2.2.4 Les difficultés liées à la conduite et au management de projet.....	20
3 L'équipe projet du dispositif CASA : la coordination renforcée des prestations médico-sociales	22
3.1 Une coordination médico-sociale renforcée	22
3.1.1 Une coordination permettant une individualisation de l'accompagnement	22
3.1.2 IDEC et ASG : un rôle pivot dans la coordination renforcée du dispositif.....	23
3.1.3 Une coopération du CASA avec les autres dispositifs du territoire nîmois	24
3.1.4 Les difficultés d'organisation dégradent la qualité de l'accompagnement	27
3.2 Un accompagnement axé sur la prévention de la perte d'autonomie.....	28
3.2.1 Un accompagnement qui s'appuie sur le parcours de vie de la personne.....	28

3.2.2	Des formes d'accueil permettant de limiter les risques de rupture.....	29
3.2.3	Des actions de prévention donnant accès aux ressources de santé	31
3.2.4	Les difficultés inhérentes à la mobilité renforcent l'isolement social	33
4	Les bénéficiaires du dispositif CASA : l'accompagnement dans le choix d'un	
	maintien à domicile	35
4.1	Le maintien à domicile : une notion de choix pour le bénéficiaire.....	35
4.1.1	Le choix du maintien à domicile est motivé par le désir de continuité.....	35
4.1.2	Un maintien à domicile lié au processus de vieillissement.....	36
4.1.3	La place de l'aidant dans le choix du maintien à domicile.....	37
4.1.4	Les difficultés liées au coût du dispositif freinent son accessibilité	39
4.2	L'adaptation et la connexion du domicile des bénéficiaires	40
4.2.1	Les innovations numériques au service de la personne âgée à domicile	40
4.2.2	Un accompagnement des bénéficiaires pour un domicile adapté	41
4.2.3	Un soutien des bénéficiaires pour un domicile connecté	42
4.2.4	Les difficultés liées à l'instabilité technologique génère de l'insatisfaction.....	43
	Conclusion.....	45
	Bibliographie	47
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AM	Assurance Maladie
APA	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
APA	Association Protestante d'Assistance
APS	Association Protestante de Services
ARS	Agence Régionale de Santé
ASG	Assistante de Soins en Gériatrie
CASA	Coordination Accompagnement Soutien des Aînés au domicile
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CD	Conseil Départemental
CDCA	Conseil Départemental de la Citoyenneté et l'Autonomie
CFPPA	Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODES	Comité Départemental d'Education pour la Santé
COFIL	Comité de Pilotage
CPTS	Communauté Professionnelles Territoriales de Santé
DRAD	Dispositif Renforcé de soutien A Domicile
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EGERI	Equipe Gériatrique de Réinsertion et d'Intervention
EGS	Evaluation Gériatrique Standardisée
FHF	Fédération Hospitalière de France
FIR	Fonds d'Intervention Régional
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GIR	Groupe Iso Ressources
HAD	Hospitalisation A Domicile
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IDEL	Infirmière Diplômée d'Etat Libéral
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MAMA	Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées

MSP	Maison de Santé Protestante
NOTRe	Nouvelle Organisation Territoriale de la République
PRS	Projet Régional de Santé
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
SSAD	Service de Soins et d'Aide à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile

Introduction

En 1962, le rapport Laroque, intitulé politique de la vieillesse, affirmait que le placement en hébergement devait demeurer exceptionnel et que « l'accent devait être mis sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, pour respecter le besoin qu'elles éprouvent de conserver leur place dans une société normale, d'être constamment mêlées à des adultes et à des enfants ». La conservation de cette place passait selon le rapport Laroque par le fait de préserver le choix des personnes âgées qui était de rester dans leur domicile habituel. Ceci donnera dans le 6^{ème} plan de développement économique et social en 1970, la politique de maintien à domicile grâce notamment à la mise en place, à cette époque, des premiers services d'aide à domicile puis des services de soins à domicile en 1981.

Le rapport Laroque définit le maintien à domicile des personnes âgées comme une orientation majeure des années à venir. Il s'agit de maintenir leur autonomie et leur insertion dans la société. Ces politiques centrées sur le domicile sont induites d'une part par les souhaits émis par la majorité des personnes concernées et d'autre part par la volonté de maîtrise des dépenses publiques.

Plus récemment, l'article 47 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2022 a créé une nouvelle mission facultative de « centre de ressources territorial » pour les EHPAD, avec un volet lié aux missions d'appui aux professionnels de territoire et un volet relatif aux missions d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif. Le décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 modifie l'article D 312-155 du CASF pour mettre en œuvre cette nouvelle mission facultative de « centre de ressources territorial » et prévoir les coopérations avec les établissements de santé du territoire permettant de bénéficier de l'appui du secteur sanitaire. Une instruction ministérielle datée du 15 avril 2022 a été adressée aux ARS pour accompagner le déploiement des centres de ressources territoriaux. L'instruction n°DGCS/SD3A/2022/113 du 15 avril 2022 relative à l'appel à candidature portant sur le déploiement de la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées donne pour objectif le déploiement de 195 dispositifs à l'horizon 2025.

« EHPAD hors les murs », « EHPAD à domicile », « EHPAD plateforme ressources », « EHPAD de demain », « EHPAD nouvelle génération », depuis quelques années, les différentes dénominations des expérimentations renvoient à une pluralité des projets, mais aussi à leurs différents porteurs et financeurs. Toutes ces expressions tentent de traduire une même ambition : sortir de la mono-exploitation centrée sur la fonction d'hébergement permanent, s'ouvrir sur le territoire et devenir un « pôle ressources » capable de répondre aux besoins et aux attentes des personnes âgées fragiles et en

perte d'autonomie, quels que soient leurs lieux de vie et situations personnelles et familiales. Le Centre de Gériatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes, établissement auprès duquel je réalise mon stage de professionnalisation, s'est également engagé dans un projet d'expérimentation suite à un appel à candidature de l'Agence Régionale de Santé Occitanie de 2019 sur les projets innovants de soutien renforcé permettant de bien vieillir à domicile.

Pour les établissements d'hébergement, développer le maintien à domicile suppose une coordination du parcours de soins et du parcours de vie. Si on se réfère à la littérature sur la coordination et notamment l'ouvrage de Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut (2014), le champ de la coordination du parcours des aînés est l'un des plus complexes et qui joue par empilement. On a aujourd'hui une offre extrêmement fractionnée et pas toujours coordonnée des acteurs du maintien à domicile. **Dés lors, quelle est la place de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes dans un contexte d'empilement des acteurs et de mutation de l'offre d'accompagnement des personnes âgées ?**

Afin de rendre le travail de mémoire dynamique, il me semblait intéressant de répondre à cette problématique au regard de quatre prismes pour en dégager une analyse multidimensionnelle :

- **1^{ère} partie : Le prisme des pouvoirs publics** et la volonté politique du virage domiciliaire.
- **2^{ème} partie : Le prisme direction d'établissement** et la stratégie liée au management de projet innovant.
- **3^{ème} partie : Le prisme équipe projet** et la coordination de prestations médico-sociales.
- **4^{ème} partie : Le prisme bénéficiaire** et l'accompagnement dans le choix d'un maintien à domicile.

Le matériel d'enquête (annexes 1 à 3) essentiel de ce mémoire s'appuie sur des réunions de travail, des comités de pilotage et des entretiens formels réalisés auprès :

- Des autorités de tarification : Agence Régionale de Santé Occitanie et Conseil Départemental du Gard.
- Des directeurs d'EHPAD engagés dans des dispositifs type « EHPAD hors les murs » et d'équipes projets : CHU de Nîmes, EHPAD Croix Rouge de Nîmes et EHPAD Maison de Santé Protestante de Nîmes
- Des bénéficiaires des dispositifs : personnes âgées et aidants.

1 Les autorités et pouvoirs publics : la volonté politique de promouvoir un virage domiciliaire

1.1 Une population vieillissante confrontée à l'aléa de la dépendance

1.1.1 Des politiques publiques du grand âge en mutation

Depuis la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, la modernisation et le développement de la prise en charge des personnes âgées par un hébergement collectif (maisons de retraite, établissements pour personnes âgées dépendantes, logements-foyers) ont été privilégiés par l'État, la sécurité sociale et les collectivités territoriales. Ainsi, par exemple, le nombre de lits en maisons de retraite est passé entre 2006 et 2014 de 443 387 à 573 557, soit une progression de 30%. Cette priorité donnée à l'hébergement en établissement a relativement limité l'espace dévolu aux politiques menées en faveur du maintien à domicile.

Toutefois, la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées a créé l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et a favorisé le développement de Services de Soins et d'Aide à Domicile (SSAD), ainsi que de nouvelles formules intermédiaires tels que l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire. L'offre de prestations a ainsi connu une amélioration significative, tant en quantité qu'en qualité de prise en charge, notamment grâce aux moyens nouveaux apportés après la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est venue conforter cette évolution.

Le rôle de la solidarité familiale est resté majeur dans l'organisation du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Sur le plan juridique, ce rôle est fondé sur le code civil, dont l'article 205 relatif à l'obligation alimentaire confie leur prise en charge à la famille (enfants, petits-enfants, gendres et belles-filles pour les couples mariés). Ce principe explique l'importance du soutien apporté par les proches aidants, bien que les évolutions sociales actuelles tendent à fragiliser la capacité des familles à prendre en charge leurs aînés, mais aussi le caractère relativement récent des politiques publiques visant à accompagner la personne âgée dépendante dans la définition de son parcours de vie.

1.1.2 Une hausse du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie

Selon les projections de l'INSEE (Projections de population 2013-2070 pour la France, Insee Résultats n°187 Société, novembre 2016), au niveau national, le nombre de personnes de 75 ans ou plus augmenterait de 2,5 millions entre 2015 et 2030 (+42 %) et doublerait pour atteindre 6 millions à l'horizon 2050. Leur part dans la population totale passerait de 9,1 % en 2015 à 12,2 % en 2030 et 16,4 % en 2050.

Parallèlement, le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait d'environ 200 000 personnes (+15 %) entre 2015 et 2030 selon le scénario bas de la projection, 320 000 (+25 %) selon le scénario intermédiaire et 410 000 (+33 %) selon le scénario haut. La concertation « grand âge autonomie » a retenu le scénario intermédiaire comme scénario central : le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie passerait ainsi de 1 265 000 personnes en 2015 à 1 582 000 en 2030 et 2 235 000 en 2050. La hausse serait de l'ordre de +20 000/an jusqu'en 2030 mais accélérerait à près de +40 000/an entre 2030 et 2040 du fait de l'arrivée à un âge avancé des premières générations du Baby-Boom.

Pour les personnes concernées et leurs familles, la perte d'autonomie est psychologiquement difficile à vivre. Elle l'est aussi financièrement.

La notion d'autonomie désigne la capacité de se gouverner soi-même. Elle englobe les capacités cognitives et motrices et suppose la liberté et la capacité d'agir, d'accepter ou de refuser en fonction de son jugement. L'autonomie est un capital que chacun a à gérer tout au long de sa vie et à préserver au cours de l'avancée en âge. On distingue classiquement trois catégories de personnes âgées : celles qui ont un état de santé bien contrôlé, celles qui sont dites fragiles au plan physique et enfin celles qui sont touchées par une perte d'autonomie et dont l'état de dépendance est très difficile à inverser.

1.1.3 Une évolution des besoins de la personne âgée dépendante

Ce vieillissement de la population devrait s'accompagner d'une forte progression des situations de dépendance et des pathologies associées au grand âge : certaines de ces personnes ayant besoin d'aide pour effectuer des actes de la vie quotidienne ou nécessitant une surveillance régulière adaptée.

Pour affronter la réalité démographique en tenant compte du souhait de la population de « continuer à vivre chez soi » à l'arrivée aux grands âges, un changement profond du modèle d'accompagnement doit être engagé. Cela suppose d'affirmer résolument la nécessité de privilégier la vie au domicile de la personne, le plus longtemps possible, et

donc de diminuer la part de la population âgée en perte d'autonomie résidant en établissement (Rapport grand âge autonomie, Dominique Libault, Mars 2019).

Dans l'hypothèse de l'absence de création de places d'hébergement permanent d'ici 2040, à l'exception de l'installation des 1 000 places déjà programmées, le nombre de places pour 100 seniors dépendants passerait de 32 à 20 entre 2015 et 2040. Les seniors en EHPAD et USLD seraient plus souvent en situation de dépendance sévère en 2040, compte tenu de l'hypothèse de leur prise en charge prioritaire en institution. 82 % des personnes âgées dépendantes seront donc prises en charge à domicile en 2040. En 25 ans, on compterait ainsi 109 000 seniors dépendants de plus à domicile, dont 10 900 sévèrement dépendants.

Ce nouveau modèle suppose également, car la vie à domicile présente des risques, et en particulier des risques d'isolement, de sortir d'un choix binaire entre l'EHPAD et le domicile, en développant des formes alternatives et accessibles de prise en charge : résidences autonomie, accueil familial, accueil temporaire, accueil de jour, habitat intergénérationnel et inclusif.

Cela suppose enfin de repenser les EHPAD en les faisant s'ouvrir vers l'extérieur et constituer ainsi des centres de ressources du grand âge offrant des services à la population de leur bassin de vie et s'intégrant mieux aux structures d'accompagnement et de soin à domicile.

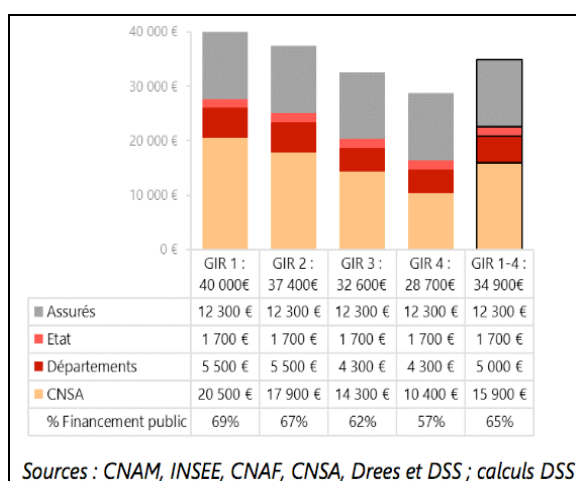
Ces quelques éléments donnent la mesure des enjeux du secteur et du défi que représente le vieillissement de la population pour notre société. Ils soulignent avec acuité le besoin de mettre en place des actions préservant l'autonomie des personnes âgées et de développer des réponses adaptées et évolutives.

1.1.4 Domicile ou EHPAD : Les enjeux du coût de la prise en charge

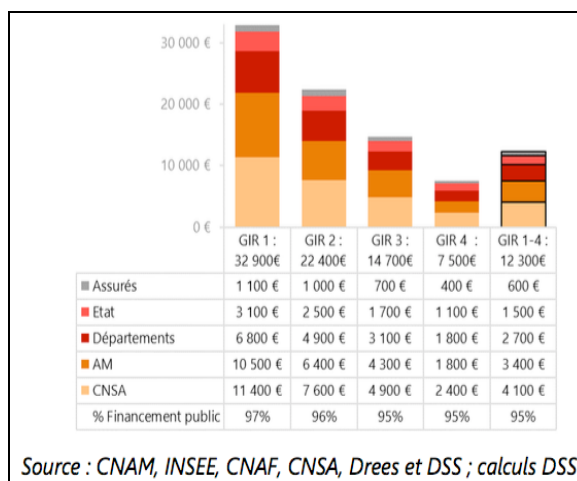
Les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie sont variables selon leur degré de perte d'autonomie et différents également selon leur lieu de résidence, à domicile ou en EHPAD. L'allocation personnalisée à l'autonomie couvre tout ou partie des dépenses nécessaires au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ou à leur accueil en établissement. Cette prestation est versée par les départements, et partiellement financée par la branche autonomie de la sécurité sociale. Les personnes âgées en perte d'autonomie requièrent également des soins de santé spécifiques, financés par les branches maladie et autonomie et doivent pouvoir bénéficier d'un hébergement adapté.

Les dépenses moyennes pour une personne âgée en perte d'autonomie s'établissent à 22 000 € par an en 2019, tous niveaux de dépendance confondus. Le coût des prises en charge est trois fois plus important en établissement qu'à domicile (respectivement 35 000 € et 12 000 €). Les dépenses publiques sont également plus élevées en établissement hormis pour le niveau de perte d'autonomie le plus sévère (GIR 1 : 32 000 € à domicile contre 28 000 € en établissement). Le coût supérieur en établissement s'explique en partie par la part plus élevée, parmi les résidents en EHPAD, de personnes les plus dépendantes, dont la prise en charge est la plus coûteuse.

**Coût annuel par personne, par GIR
et par financeur,
en établissement**



**Coût annuel par personne, par GIR
et par financeur,
à domicile**



1.2 Le déploiement de l'approche domiciliaire par les autorités de tarification

1.2.1 L'arrivée aux âges avancés des générations du baby-boom en Occitanie

En Occitanie, si les soldes naturels et migratoires actuels se prolongent jusqu'en 2030, la population ne va cesser d'augmenter et de vieillir. Ainsi, la population augmenterait de 17 % pour atteindre 6,5 millions en 2030.

Dans le même temps, la population des personnes âgées d'au moins 75 ans augmenterait de 52 % en cohérence avec les évolutions constatées au niveau national. Pour ces dernières, l'évolution serait particulièrement importante à partir de 2023, année correspondant à l'arrivée à ces âges des personnes nées après 1945 au moment du «

baby-boom ». Ainsi, chaque année, le nombre de personnes de plus de 75 ans augmenterait de près de 25 000, pour atteindre 875 000 en 2030 et 1 million en 2036.

Le vieillissement de la population s'accompagnerait d'une progression du nombre de seniors dépendants, la dépendance augmentant avec l'âge. En 2015, 191 000 seniors de 75 ans ou plus étaient dépendants en Occitanie. À l'horizon 2040, 306 000 seniors seraient dépendants, soit 115 000 de plus en 25 ans (+ 60%). Le taux de dépendance resterait sensiblement le même : 1 senior sur 3 serait en situation de dépendance.

La dépendance sévère avec besoin de prise en charge de la plupart des activités de la vie courante ou perte totale de l'autonomie motrice et/ou mentale, concernerait 86 000 seniors en 2040, soit 20 000 personnes sévèrement dépendantes de plus qu'en 2015. Le nombre de seniors sévèrement dépendants progresserait de 31 %. Toutefois le taux de dépendance sévère diminuerait mécaniquement, selon l'hypothèse d'amélioration de l'état de santé qui contribuerait à une espérance de vie sans incapacité, plus longue. Ce taux passerait de 11 % des seniors en 2015 à 8 % en 2040.

1.2.2 Les enjeux territoriaux de la politique du grand âge

Les autorités de régulation qui co-pilotent le secteur médico-social, en particulier celui des personnes âgées en perte d'autonomie, jouent un rôle important dans l'émergence et le développement de projets innovants. Les initiatives qu'elles accompagnent s'inscrivent dans les stratégies du Projet Régional de Santé (PRS) pour les Agences Régionales de Santé (ARS) ou du schéma de l'autonomie pour les Conseils Départementaux (CD), afin de faire face, notamment, aux enjeux suivants :

- L'accélération prévisible sur leurs territoires des effectifs des personnes âgées et en particulier celles en situation de fragilité et de perte d'autonomie nécessitera de lourds investissements en équipements et en services (EHPAD et domicile) hors de portée des finances publiques, en particulier locales. D'où la nécessité d'anticiper et de concentrer les ressources nouvelles sur le maintien à domicile, une priorité affirmée.
- Développer une logique proactive et globale en faveur du bien vieillir à domicile : prévention santé en intégrant les soins, les accompagnements et l'aide en continuité du parcours de vie de la personne, mais également en agissant en amont et en aval sur les autres déterminants de la santé et de l'autonomie : information, orientation, accès aux droits et aux services, adaptation et sécurisation de l'habitat, aides techniques, activités physiques, sociales et culturelles, aide aux aidants proches, coordination des services.

- Faire du vieillissement un levier d'aménagement et de développement économique des territoires : maintien et création de services, d'entreprises et d'emplois dans les territoires, innovation et soutien du marché de la Silver Economie grâce à une politique publique en faveur de la diffusion des solutions numériques dans les services à domicile et en établissements (achat public, subventions).

Ces démarches territoriales innovantes peuvent trouver un écho favorable dans certaines propositions et scénarios en matière de réforme de la gouvernance de la politique du grand âge.

1.2.3 Une approche domiciliaire impulsée par l'Agence Régionale de Santé

Les Agences Régionales de Santé jouent un rôle prépondérant en étant à l'origine de nombreux appels à projets en faveur du déploiement des services de l'EHPAD vers le domicile des personnes âgées dépendantes. Elles apportent un soutien financier au déploiement de ces initiatives via l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2018 et le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

Trois objectifs principaux s'inscrivent dans le cadre des orientations des politiques de santé publique que les ARS dressent dans leur Projet Régional de Santé :

- Renforcer l'offre de prise en charge à domicile des personnes âgées plus dépendantes et à la santé fragile, en particulier la nuit et le week-end, et lors de sorties d'hospitalisations ou d'absence de l'aidant.
- Éviter les situations de rupture des prises en charge par une meilleure coordination des services de soins et d'aide.
- Réduire les hospitalisations évitables ou inadéquates, ainsi que leurs conséquences sur la santé et l'autonomie des personnes âgées fragiles et les entrées précoces ou par défaut, en établissement médicalisé.

L'impératif de fluidification des parcours de santé, notamment des personnes âgées à la santé fragile ou en perte d'autonomie, est au cœur de ces orientations. Une vision nouvelle de la place et du rôle de l'EHPAD apparaît sur le territoire. En effet, l'EHPAD de demain ne doit plus être enfermé sur ses missions traditionnelles centrées sur l'hébergement permanent. Il doit au contraire devenir un « centre de ressources territorial » agissant en renfort du maintien à domicile et de la fluidité des parcours de prise en charge des personnes âgées, en mettant à leur disposition des services adaptés quels que soient leurs lieux de vie, leurs situations personnelles et familiales.

Dans cette optique, l'EHPAD hors les murs doit apporter une amélioration tangible de la coordination des services à domicile en favorisant des partenariats et des coopérations externes avec d'autres opérateurs de services sur leurs territoires.

1.2.4 Une politique du Conseil Départemental axée sur le maintien à domicile

Conforté dans son rôle de chef de file de l'action sociale et médico-sociale par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, dite acte II de la décentralisation, le département est chargé de définir et de mettre en œuvre les politiques publiques en direction des publics vulnérables : enfance et familles en difficulté, handicap, insertion, dépendance.

La loi du 7 août 2015 portant Nouvelle Organisation Territoriale de la République (NOTRe) retient le principe de spécialisation des compétences. À ce titre, le département co-pilote avec l'ARS les politiques publiques en direction des personnes âgées en perte d'autonomie : autorisation, financement et contrôle des établissements et des services sociaux et médico-sociaux sur son territoire.

En outre, la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a créé un nouveau dispositif « Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie » (CFPPA) et a confié au département sa coordination avec l'ARS.

Ainsi, en partenariat avec les membres des CFPPA (caisses de retraite et de prévoyance, Mutualité Française, Agence nationale de l'habitat, communes et intercommunalités), le conseil départemental intervient désormais auprès des personnes âgées autonomes (GIR 6 et 5) qui ne relevaient pas de sa responsabilité et sur des aspects non strictement médico-sociaux : adaptation du logement, aides techniques, activités du bien vieillir, prévention, culture, citoyenneté ou lien social.

Mme B., Chef de service établissements PA/PH Conseil Départemental du Gard (entretien du 23.06.22)

« Le schéma départemental, qui est en cours de renouvellement, va sur les domaines de la santé et du soin. C'est la volonté de la Présidente, même s'il s'agit du domaine de compétence de l'ARS. On s'aperçoit que sur le département du Gard, il y a des personnes vulnérables qui n'ont pas accès aux soins et le Département est favorable à toutes les alternatives ou nouveaux dispositifs qui permettent aux gardois, notamment ceux qui sont à domicile, de pouvoir bénéficier des expertises du monde hospitalier ou de l'EHPAD. Le dispositif « EHPAD hors les murs », c'est quand même la mise à disposition d'expertises et de compétences médicales et paramédicales pour des personnes âgées encore à domicile avec un plan d'aide APA. »

Ainsi, le département, avec ses nouvelles missions élargies, est potentiellement en capacité d'assumer une fonction d'ensemblier des réponses de proximité, en lien et dans le respect des compétences de ses partenaires, notamment les communes et les caisses de retraite et de prévoyance. A ce titre, le Département dispose de plusieurs atouts :

- Une échelle territoriale suffisamment large pour générer et optimiser les moyens financiers et d'ingénierie, les mettre à la disposition des collectivités de son territoire,
- Une échelle territoriale suffisamment resserrée pour permettre une évaluation des besoins au plus près de la personne, et conduire une politique de proximité.

2 Le Centre de Gérontologie du CHU de Nîmes : le management stratégique d'un projet innovant

2.1 Un dispositif innovant porté par le CHU de Nîmes

2.1.1 Les caractéristiques du grand âge sur le territoire Grand Nîmes

Au 1er janvier 2019, le département du Gard compte 748 437 habitants selon les estimations de l'INSEE. A l'horizon 2030, la population gardoise s'élèverait à 861 000 si les comportements récents de migrations, de fécondité et d'espérance de vie se prolongeaient.

Depuis 15 ans, la population n'a cessé de progresser, 117 700 gardois supplémentaires soit de près de 7 300 de plus par an (+1,30%).

Toutefois, cette évolution n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire gardois avec un renforcement de la population urbaine autour de l'agglomération de Nîmes et à l'est du département, même si aucun canton n'a vu sa population diminuer.

La population gardoise est plus âgée qu'au niveau national, la part des 75 ans et plus étant supérieure aux valeurs nationales.

L'observatoire des situations de fragilité des personnes âgées de la CARSAT vise le repérage des seniors fragilisés pour promouvoir des actions de prévention adaptées à leurs besoins et l'identification des territoires à risque en vue de développer des actions concertées au niveau local. Nîmes figure parmi les 16 cantons du Gard considérés comme fragiles. Selon les projections démographiques, 226 800 personnes seront âgées

de 60 ans et plus en 2023, et 271 800 en 2030. Le nombre estimé à horizon 2023 pour le Gard est de 19 900 personnes dépendantes. Une augmentation importante de la population âgée gardoise dépendante est projetée entre 5 500 et 9 500 personnes supplémentaires d'ici 2030.

Les ruptures de parcours identifiées sur le territoire nîmois sont classiques : épuisement ou hospitalisation de l'aidant, défaillance du premier recours, isolement la nuit, isolement social, logement inadapté ou horaires d'intervention insuffisamment étalés tout au long de la journée.

2.1.2 Une filière gériatrique portée par le Centre de Gérontologie du CHU

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Cévennes-Gard-Camargue. Il copilote avec le Centre Hospitalier d'Uzès la filière gérontologique du GHT.

Le Centre de Gérontologie « Serre Cavalier » assure une contribution aux parcours de soins dans une logique de filière. L'intégration au sein du CHU de Nîmes lui permet de bénéficier des compétences et de l'expertise à travers les différentes spécialités. Cette situation facilite notamment la permanence et la continuité des soins ainsi que la prise en charge de l'urgence, et permet également un accompagnement en soins palliatifs pour la fin de vie. Le Centre de Gérontologie s'inscrit dans une logique de filière gériatrique. Ainsi, il constitue naturellement l'offre de soins et d'hébergement d'aval à l'hospitalisation de court et moyen séjour, et complète la filière animée par le CHU de Nîmes, comprenant en outre l'hôpital de jour.

Le site du Centre de Gérontologie comporte un secteur médico-social EHPAD (275 lits d'hébergement permanent, 20 lits d'hébergement temporaire et 10 places d'accueil de jour), ainsi que des unités d'hospitalisation (31 lits de soins de suite et réadaptation, 10 lits d'Unité Cognitivo-Comportementale et 190 lits de soins de longue durée).

Au-delà de Nîmes, la filière gériatrique territoriale gérée par le CHU de Nîmes s'étend de la Camargue aux Cévennes, puisque 5 EHPAD autonomes sont en direction commune avec le CHU, ainsi que l'hôpital de proximité Le Vigan. Cette filière gériatrique territoriale regroupe près de 1200 lits et places à vocation gériatrique et 7 entités juridiques différentes.

Le secteur médico-social s'inscrit pleinement au sein de la filière gériatrique du CHU de Nîmes, notamment à travers :

- La nécessaire adaptation du système hospitalier aux besoins spécifiques des personnes âgées poly pathologiques et fragiles.

- Le besoin d'une offre graduée sans rupture de prise en charge et d'une structuration territoriale par les filières gériatriques hospitalières, très fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et dans les EHPAD.

2.1.3 Un appel à candidatures ARS sur le soutien renforcé à domicile

En cohérence avec les conclusions de la concertation « grand âge et autonomie », une des priorités du parcours vieillissement du Projet Régional de Santé Occitanie 2018-2022 prévoit de favoriser un maintien à domicile choisi de la personne âgée en perte d'autonomie en promouvant l'émergence de « nouveaux modes de prise en charge alternatifs et séquentiels » (annexe 4) avec notamment la mise en œuvre de dispositifs innovants organisant des passerelles entre le domicile et son substitut.

Dans ce contexte, l'offre médico-sociale et notamment « l'EHPAD de demain » doit aller vers davantage de souplesse et de personnalisation, et nécessairement s'inscrire en complémentarité avec le domicile. Elle devra intervenir en amont et en soutien au maintien à domicile en proposant des solutions et des services divers aux personnes âgées et à leurs aidants afin de favoriser un parcours de soins adapté et évolutif.

Au regard de ces éléments, l'ARS Occitanie a lancé un appel à candidatures (annexe 5) à l'automne 2019 pour accompagner à titre expérimental des projets innovants de soutien renforcé permettant de bien vieillir à domicile.

Dans ses objectifs, le cahier des charges de l'appel à candidatures précise que *« l'offre de services doit s'ouvrir au-delà de sa fonctionnalité traditionnelle. L'EHPAD par exemple doit déconnecter en partie ses missions de son activité centrée sur l'hébergement permanent, en développant des services en interne et externe, dédiés aux personnes âgées vivant à domicile (ou dans des lieux de vie collectifs non médicalisés) et à leurs aidants proches. En effet, de par leur densité géographique, leur expertise en gériatrie et les ressources humaines dont ils disposent, les EHPAD ont un rôle important à jouer dans l'évolution des modalités d'accompagnement du vieillissement de la population. »*

Après examen des candidatures par l'Agence Régionale de Santé, le dispositif porté par le CHU de Nîmes intitulé « Coordination Accompagnement et Soutien des Aînés à domicile » CASA a été retenu.



Le Centre de Gérontologie du CHU de Nîmes souhaite, par ce dispositif, faire évoluer ses prestations, en devenant un des acteurs pivots des politiques gérontologiques sur son territoire et passer ainsi d'une logique de « structure » à une logique de « prestations de services coordonnées ».

Enfin, l'ouverture du Centre de Gérontologie sur son environnement extérieur à travers la mise en œuvre d'un dispositif innovant tel que le CASA est une opportunité pour le CHU de Nîmes de permettre aux professionnels d'enrichir leurs connaissances, de renouveler leurs modalités d'intervention et ainsi favoriser l'attractivité des métiers du grand âge et la qualité de vie au travail dans un souci d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge.

2.1.4 Un projet CASA porté et piloté par le Centre de Gérontologie

L'équipe de direction du pôle Gérontologie Médico-Sociale (GMS) du CHU de Nîmes compose le comité de pilotage du dispositif CASA :

- Directrice de la filière gériatrique territoriale du CHU de Nîmes
- Chef de pôle – Chef de projet du dispositif CASA
- Cadre supérieur de pôle
- Cadre administratif de pôle

Le comité de pilotage s'est attaché à définir l'objectif général du dispositif CASA, en le faisant notamment reposer sur le respect des droits et libertés des personnes, à savoir le libre choix de leur lieu de vie conformément à leur projet de vie.

Au delà de l'élaboration du projet en lui même, concevoir cette nouvelle offre de services pour répondre à l'objectif général suppose pour le CHU de Nîmes des étapes incontournables liées au management de projet : mobilisation des professionnels, planification temporelle et budgétaire, négociation avec les autorités, opérationnalité dans les domaines des ressources humaines et du management, coopération et inscription de l'offre sur le territoire, déploiement des moyens technologiques nécessaires et enfin,

évaluation indispensable pour mesurer la qualité de ce nouveau dispositif et son impact sur les personnes âgées dépendantes (annexe 6).

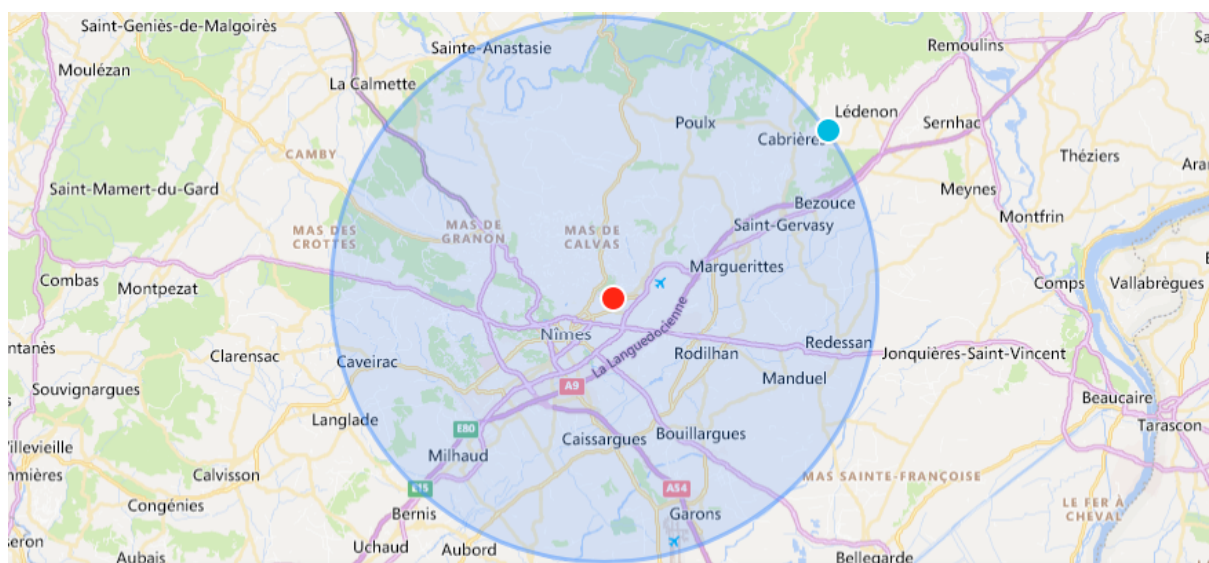
Le public visé par le dispositif CASA est initialement défini par l'appel à candidature de l'ARS. Il s'agit des personnes âgées vivant à domicile en risque de perte d'autonomie ou dépendantes susceptibles d'être admises en EHPAD et dont la volonté est de rester vivre à leur domicile. Sont également concernées les personnes dont les critères de vulnérabilité ne permettent pas un maintien à domicile sans une intervention coordonnée des services d'accompagnement (SSIAD, IDE libéraux, kinésithérapeutes).

Si tous les GIR peuvent être concernés il est plus généralement admis de prendre en charge au domicile les GIR 1 à 4. Un travail sera mis en place avec des recherches d'alternatives par rapport aux troubles du comportement légers ou sévères.

L'objectif territorial de prise en charge par le CASA nécessite de délimiter un secteur jouxtant le Centre de Gérontologie afin de proposer une offre de proximité efficiente. De plus, le projet nécessite des déplacements pluriquotidiens de personnel vers les domiciles et vers le Centre de Gérontologie. Un équilibre a donc dû être trouvé pour que les temps de déplacements soient optimisés, et pour que la zone d'activité ait un potentiel d'accueil important pour être viable.

Le territoire d'intervention est donc acté dans un rayon de 10 km autour du Centre de Gérontologie de Serre Cavalier, couvrant ainsi une dizaine de communes.

Selon les données communiquées par la MAIA Grand Nîmes, le nombre de personnes en file active pour la gestion de cas complexe est de 162, dont 131 personnes suivies sur Nîmes et 32 personnes dans les communes avoisinantes (soit 20%).



Le contrat de prise en charge (annexe 7) qui a été élaboré a vocation à définir les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement de la personne, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement et de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

Le développement d'une nouvelle offre de services sur le territoire nîmois passe nécessairement par des stratégies de coopération et de lisibilité. Le Centre de Gériatrie du CHU de Nîmes bénéficie d'une bonne notoriété et entretient déjà de nombreux partenariats, dont certains sont à renforcer et formaliser dans le cadre du dispositif CASA.

Le concept d'EHPAD hors les murs est relativement novateur sur le département du Gard. Les portes d'entrée avec les partenaires potentiels sont multiples. Un important travail de communication et d'information a été fait, tant par les membres du COPIL que par l'équipe projet (Chef de pôle, IDEC et ASG) afin de promouvoir le dispositif CASA et faire connaître l'offre de service. Dans le cadre de cette campagne de communication, un support de présentation Powerpoint a été préparé par l'équipe projet et une plaquette de présentation en format triptyque a été réalisée par le service communication du CHU de Nîmes (annexe 8) :

- Présentation du dispositif par la Directrice lors de différentes rencontres avec les partenaires : Agence Régionale de Santé, Conseil Départemental, Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA), Schéma départemental des solidarités sociales, Fédération Hospitalière de France (FHF), Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).
- Présentation du dispositif par l'équipe projet après prise de rendez-vous auprès des acteurs du territoire concernés par le champ gériatrique au sens large : professionnels (médecins traitants, IDE libéraux, pharmacies, CPTS), services (CLIC, MAIA), établissements (EHPAD, HAD), associations (SSIAD) et collectivités (CCAS) des champs sanitaire, social et médico-social.

2.2 Une organisation humaine et financière contrainte

2.2.1 Un dispositif qui repose sur un financement fragile

La mise en œuvre du dispositif CASA repose sur la création de 30 places avec un délai total de réalisation de l'expérimentation s'étendant sur 3 années. La crise sanitaire liée au

Covid-19 et les difficultés que cela a engendré sur le personnel soignant ont fait reporter le lancement du dispositif. L'année 2021 a donc été consacrée à la phase préparatoire du projet. La prise en charge effective des premiers usagers s'est faite à compter de janvier 2022 et la montée en charge a été progressive avec en moyenne, 2 admissions de bénéficiaires par mois sur les 7 premiers mois. Fin juillet 2022, à la fin de ma période de stage, le CASA prenait en charge 14 bénéficiaires.

Dans son rapport du 31 juillet 2020 sur l'évaluation de l'expérimentation Ehpad@dom Croix-Rouge Française, Louis Braverman présente une modélisation du financement du dispositif EHPAD Hors les murs avec une répartition du coût à la place basée sur la clé de répartition EHPAD : *« Pour déterminer une répartition possible du coût à la place selon les parts revenant aux trois principaux financeurs, nous proposons une modélisation qui repose sur l'extrapolation, dans le budget Ehpad@dom, de la clé de répartition des coûts en ressources humaines entre l'Assurance Maladie, le Conseil Départemental et le résident qui a cours en EHPAD (tarif soins, tarif dépendance, tarif hébergement). Ainsi, les salaires des personnels AS sont supposés répartis à 70% pour l'Assurance Maladie et 30% pour le Conseil Départemental ; le psychomotricien, le Médecin coordonnateur, le cadre de santé IDEC sont supposés financés à 100% par l'Assurance Maladie. Les autres postes du budget sont supposés financés par le Reste à Charge. Au total, selon notre modélisation définie à partir du budget dédié au dispositif auquel on applique la clé de répartition des EHPAD, les **1275 euros / mois / place** seraient répartis comme suit :*

- 70% du prix de la place serait financé par l'AM (soit 893 euros)
- 15% par le CD (soit 191 euros)
- 15% par le bénéficiaire (soit 191 euros) »

En ce qui concerne le dispositif CASA du CHU de Nîmes, il a obtenu un financement de 100 000€ dans le cadre de l'appel à candidature ARS, soit 277,78€ / mois / place.

Ce financement ne correspondait toutefois pas au dossier de 150 000€ initialement déposé par le CHU, obligeant ce dernier à revoir son budget d'exploitation, à mettre en place un reste à charge de 28€ par mois pour les bénéficiaires et à présenter un budget prévisionnel CASA en déficit pour un montant de -48 084€.

- Sur les recettes

RECETTES	MONTANT
ARS - Financement ARS	100 000€
Bénéficiaire - Reste à charge mensuel de 28€	10 080€
TOTAL	110 080€

- Sur les dépenses

DEPENSES	MONTANT
Charges de personnel	126 155€
Charges à caractère hôtelière et générales	7 379€
Charges d'amortissement et provisions	906€
Charges indirectes	23 725€
TOTAL	158 164€

Soit un financement de **305,78€ / mois / place** sur la base d'une clé de répartition EHPAD et d'un taux d'occupation à 100%:

- 91% du prix de la place serait financé par l'AM (soit 277,78 euros)
- 0% par le CD (soit 0 euros)
- 9% par le bénéficiaire (soit 28 euros)

Mme A.C., Directrice de la filière gériatrique territoriale du CHU de Nîmes (entretien du 05.04.22)

« Sur le dispositif CASA, l'équipe fait des miracles tous les jours avec les moyens dont on dispose. Ça fonctionne, mais c'est extrêmement fragile et ça peut casser à tout moment si l'ARS ne nous accompagne pas plus. Il est indispensable que les financements soient à la hauteur des ambitions affichées. Le Département est très intéressé par le dispositif mais n'apporte aucun financement pour l'instant. Pour autant, nous avons de bonnes relations avec nos autorités de tarification. Le CD et l'ARS participent tous les deux au comité de pilotage que nous avons mis en place avec les deux autres dispositifs nîmois. »

Le dispositif CASA est à ce jour extrêmement fragile et non stabilisé. Il soulève de nombreuses interrogations, notamment quant à son coût et son modèle économique.

Dans son rapport de septembre 2019 sur le maintien à domicile, la Banque des Territoires affirme en effet que le modèle de l'EHPAD « hors les murs » n'est pas économiquement viable sans financements dérogatoires d'Agences Régionales de Santé, de collectivités territoriales, de mutuelles ou de mécènes.

2.2.2 Un dispositif qui propose des prestations d'accompagnement du quotidien

Le dispositif CASA propose l'accès à différentes prestations à domicile ou au Centre de Gériatrie. Certaines de ces prestations sont comprises dans un forfait socle de 28€/mois, d'autres sont à la charge du bénéficiaire selon ses utilisations. Autrement dit, les bénéficiaires du dispositif CASA doivent s'acquitter du forfait de 28€/mois, mais aussi du montant des prestations qui ne sont pas comprises dans ce forfait.

Les prestations comprises dans le forfait socle CASA (28€/mois) :

- Coordination médicale et paramédicale pour mettre en place un projet de soins personnalisé et adapté en lien avec le médecin traitant et les intervenants du domicile
- Accès facilité aux consultations spécifiques : mémoire, évaluation gériatrique, plaies et cicatrisation, odontologie
- Visite à domicile réalisé par l'équipe soignante afin de cerner les besoins
- Actions de prévention en santé par l'équipe pluridisciplinaire : chutes, dénutrition, troubles du comportement, accompagnement des aidants
- Accompagnement à l'installation d'outils de gérontechnologie pour optimiser le suivi et sécuriser le domicile
- Accompagnement psychologique pour le bénéficiaire et son aidant
- Evaluation et adaptation du domicile par l'ergothérapeute
- Conseil social et aide administrative
- Accès à la bibliothèque du Centre de Gériatrie
- Tablette Ardoiz
- Animations culturelles et fêtes proposées par le Centre de Gériatrie

Les prestations non comprise dans le forfait socle CASA (facturation à la prestation) :

- Accueil de jour (une journée par semaine est offerte au bénéficiaire et les journées suivantes à 34,54€ Hébergement + 3,45€ Dépendance)
- Hébergement temporaire (59,64€ Hébergement + 5,89€ Dépendance)
- Chambre d'accueil d'urgence (la première nuitée est offerte au bénéficiaire et les nuits suivantes sont facturées au tarif de l'HT))
- Pack actimétrie Télégrafik (de 43€ à 91€)
- Salon de coiffure
- Restaurant des familles

2.2.3 Une équipe CASA composée de professionnels issus du domicile

Pour répondre aux missions fixées par l'appel à projet ARS, le dispositif CASA a mobilisé en interne les compétences de professionnels. L'équipe du CASA est composée de professionnels permanents (équipe dédiée au dispositif) et de professionnels mutualisés avec certains services du Centre de Gérontologie : service social, rééducation, animation, accueil de jour, sans augmentation de leur temps de travail.

Sur les dépenses de personnel, le dispositif mobilise des ressources dont le coût salarial est financé par l'enveloppe de 100 000€ prévue pour l'expérimentation.

PERSONNEL	ETP	COUT
Médecin coordonnateur	0,2	25 341€
Infirmière en Pratique Avancée de Gérontologie	0,5	27 234€
Assistante de Soins en Gérontologie	1,0	46 959€
Psychologue	0,5	26 621€
TOTAL	2,2	126 155€

- **0,2 ETP Médecin coordonnateur**

Il participe à l'évaluation pour l'admission dans le dispositif et assure des missions d'expertise et de coordination de second niveau, en lien avec le médecin traitant qui garde un rôle central dans le parcours de soins de la personne âgée.

- **0,5 ETP Infirmière Coordinatrice (IDEC).**

Elle coordonne le dispositif CASA et évalue les situations des personnes âgées pour identifier leurs besoins, et recueillir leurs souhaits. Elle élabore également le plan d'accompagnement, s'assure de son effectivité, de son suivi régulier et de son adaptation si nécessaire. Enfin, elle coordonne les interventions des professionnels au domicile (soins, accompagnements, activités de la personne, droits) en lien avec les professionnels concernés, les personnes accompagnées et leurs aidants. Des expertises complémentaires peuvent être mobilisées si nécessaire.

- **1 ETP Assistante de Soins en Gérontologie (ASG).**

Elle assure la mise en œuvre et la bonne coordination du volet soignant de l'accompagnement médico-social. Elle effectue une surveillance à domicile dans le cadre de visites et assiste la réalisation des actes de téléconsultation et d'expertise à domicile. Enfin, elle aide au suivi des programmes d'éducation thérapeutique.

- **0,5 ETP Psychologue.**

Elle accompagne les personnes âgées et leurs aidants, repère les situations de risque d'épuisement pouvant nécessiter un accompagnement spécifique de répit.

Certains personnels effectuent des interventions à la demande et en fonction des besoins, en appui à l'équipe CASA. Ils n'émargent toutefois pas sur le budget du CASA.

- **Assistant Socio Educatif**

Elle informe la personne âgée et ses proches aidants des démarches administratives à effectuer et aide à l'ouverture des droits en lien avec l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), les prestations des mutuelles ou des caisses de retraites.

- **Ergothérapeute**

Il participe à l'évaluation des besoins des personnes âgées en termes d'aides techniques et d'aménagement du logement. Il accompagne l'appropriation des équipements et suit leur usage pour adapter si nécessaire.

Le mode d'intervention « hors les murs » requiert une attention particulière. Les agents faisant parti du dispositif CASA ont tous une expérience professionnelle antérieure sur l'accompagnement à domicile : MAIA, SSIAD ou ESA.

2.2.4 Les difficultés liées à la conduite et au management de projet

La principale difficulté rencontrée par l'équipe projet réside dans l'autonomie relative que lui a laissé le COPIL. En effet, l'équipe projet a travaillé en concertation avec le COPIL durant l'année 2021 dans un contexte de crise sanitaire Covid-19 important sur le Centre de Gériatrie. Bien qu'ayant fait preuve de force de proposition et d'intérêt durant cette période, l'équipe était accompagnée par le COPIL sur la définition de la stratégie et les grandes lignes du dispositif.

Or, à compter de janvier 2022, l'équipe projet a fait face à certaines difficultés inhérentes aux grands établissements tels que les CHU qui disposent de nombreuses directions fonctionnelles : lourdeurs administratives et lenteurs dans les circuits de décisions.

Un véritable « parcours du combattant » pour des professionnels soignants non aguerris à la démarche projet qui nécessite une certaine autonomie et un réseau administratif interne.

Happée par ses fonctions de médecin coordonnateur et les consultations externes, la chef de pôle a été peu disponible sur cette phase de déploiement. L'IDEC et l'ASG ont ressenti de l'abandon vis à vis du COPIL, notamment en se trouvant face à certaines difficultés organisationnelles et matérielles, sans apport de réponses : Absence de fiche de poste,

absence de bureau dédié CASA, absence de fournitures de papeterie, absence d'accès aux logiciels.

Sur la notion de soutien, Le Lan et Baubeau (2004, p.10) précisent que « *la possibilité d'obtenir du soutien au sein du collectif de travail, voire à l'extérieur, constitue un élément susceptible de contrebalancer une charge mentale élevée. L'aide apportée par la hiérarchie, le personnel médical et les collègues ainsi que la fréquence des situations difficiles où l'on est obligé de se débrouiller seul, reflètent l'existence ou non de ce soutien* ». Le comportement de soutien apparaît déterminant au sein des collectifs soignants.

Mme C. et Mme F., Equipe CASA du CHU de Nîmes (entretien du 09.02.22)

« Nous sommes à la fois très motivées et extrêmement stressées. On a parfois l'impression d'être livrées à nous-mêmes dans le déploiement du dispositif. On ne sait pas toujours ce que l'on attend de nous mis à part qu'il faut que nous fassions des admissions. Mais comment on fait rentrer des personnes dans un dispositif qui n'est pas complètement fini ? Qui nous aide quand on fait face à des difficultés ? Par exemple, le projet comprend une chambre d'urgence disponible 24h sur 24. Mais si la famille du bénéficiaire nous appelle un samedi soir à 23h ? Comment ca se passe concrètement ? On n'a pas d'astreinte le week-end ou la nuit... ».

Un attachement émotionnel fort des individus peut apparaître vis-à-vis d'un nouveau dispositif, auquel ils sont associés. C'est le cas pour l'équipe du dispositif CASA.

L'IDEC et l'ASG notamment, croient passionnément en ce projet, parfois même de façon excessive. A partir du moment où leur investissement en temps et en énergie est substantiel, leur identité devient ainsi étroitement liée à cette mission.

J'ai pu constaté à l'occasion de nos différents échanges qu'il s'agit de professionnelles passionnées, qui s'identifient de façon étroite à ce projet et s'investissent émotionnellement dans celui-ci. Dès lors, on peut comprendre que la peur de l'échec professionnel puisse être vécu comme une véritable épreuve sur le plan psychologique.

3 L'équipe projet du dispositif CASA : la coordination renforcée des prestations médico-sociales

3.1 Une coordination médico-sociale renforcée

3.1.1 Une coordination permettant une individualisation de l'accompagnement

Ces dernières années ont vu le développement de services de plus en plus nombreux et diversifiés dédiés aux personnes âgées et à leur maintien à domicile. Pour le dispositif CASA, le défi à relever sur les trois années d'expérimentation est de parvenir à mettre en cohérence tous les acteurs qui œuvrent pour les personnes âgées, provenant du monde sanitaire, social et médico-social, avec leurs logiques professionnelles et leurs cultures différentes :

- Les professionnels de santé qui prescrivent : médecins traitants, spécialistes, hôpital
- Les professionnels qui délivrent les soins et les services : SAAD, SSIAD, HAD, SPASAD, infirmières libérales, kinésithérapeutes,
- Les agents de l'Etat et des collectivités qui conçoivent, mettent en œuvre et évaluent les dispositifs découlant des politiques publiques de santé et d'aide.

L'objectif étant que maintien à domicile puisse être synonyme de coordination des interventions, dans une logique d'accompagnement global et individualisé du bénéficiaire.

Pour lutter contre le risque de rupture, le dispositif CASA propose un accompagnement individualisé, c'est-à-dire répondant aux besoins singuliers de la personne. Cet accompagnement individualisé repose sur une évaluation personnalisée au moment de l'entrée dans le dispositif (annexe 9). En effet, en amont de l'adhésion au dispositif, une évaluation personnalisée des besoins est réalisée par les professionnels du Centre de Gériatologie en concertation avec le futur bénéficiaire et ses proches. Ce diagnostic gériatrique, réalisé par le médecin coordonnateur du Centre de Gériatologie du CHU de Nîmes, constitue le socle de l'accompagnement individualisé.

Par ailleurs, les bénéficiaires disposent d'une importante marge de liberté dans le choix des services disponibles, de leur dosage et de leur évolution tout au long de l'accompagnement. Le périmètre et le niveau de coordination s'adaptent aux besoins définis au moment de l'entrée dans le dispositif, mais aussi aux attentes formulées par les personnes âgées et leurs proches.

Les modalités de l'accompagnement sont donc largement définies par les personnes âgées et leurs proches. Ainsi, les services du dispositif CASA ne sont pas imposés et viennent en complément d'autres services ou dispositifs déjà mis en place au domicile de la personne âgée.

L'accompagnement est aussi de nature évolutive. Le plan d'aide peut évoluer selon le souhait des bénéficiaires, tout comme la coordination qui s'y rapporte. Il peut être renforcé, notamment suite à la dégradation de l'état de santé ou à la survenue d'un événement quelconque qui affecte l'aide apportée par les proches.

3.1.2 IDEC et ASG : un rôle pivot dans la coordination renforcée du dispositif

Le sens donné au travail se traduit par deux éléments majeurs : la responsabilisation du personnel dans l'analyse des besoins de la personne et la reconnaissance de la personne âgée dans un parcours où chacun peut intervenir comme un maillon indispensable. Le CASA n'est donc pas seulement un processus d'accueil et d'accompagnement : il est aussi un support managérial du personnel en l'impliquant dans la vie du résident.

La coordination renforcée permet aux bénéficiaires de trouver des soutiens dans l'organisation de l'accompagnement. L'infirmière coordinatrice et l'assistante de soins en gériatrie du CASA possèdent un rôle central dans cette mission. Ces dernières sont perçues par une partie des personnes âgées et des proches comme des ressources qu'ils n'hésitent pas à mobiliser pour tout ce qui a trait à la coordination du dispositif. Elles sont sollicitées pour un large éventail de sujets qui relèvent aussi bien de la communication et de l'information, que de l'organisation de l'accompagnement ou de la gestion de l'équipe. Elles sont, par exemple, le lien privilégié pour organiser une hospitalisation ou un retour au domicile. Elles peuvent aussi intervenir lors de conflits entre une personne âgée et un professionnel du domicile. Enfin, elles sont un relais privilégié pour obtenir une information sur l'accompagnement au quotidien.

Ainsi, l'infirmière coordinatrice du CASA, mais aussi l'assistante de soins en gériatrie intervenant à domicile, servent de ressources aux bénéficiaires et leur permettent de garder prise sur l'organisation de l'accompagnement. L'expérience gériatrique de ces professionnels est aussi parfois mobilisée pour développer la capacité d'agir des bénéficiaires sur leur environnement, par exemple en les mettant en relation avec d'autres acteurs pouvant intervenir au domicile, que ce soit un pédicure, un médecin traitant ou un autre professionnel du secteur médical ou paramédical.

Par leur expérience et leur réseau, les professionnels du CASA permettent aux bénéficiaires d'accéder à des ressources spécifiques en cas d'urgence ou face à une

situation imprévue. La mise en relation avec un médecin généraliste peut, par exemple, être facilitée par l'intermédiaire de l'équipe qui dispose d'un réseau de contacts permettant de pallier une indisponibilité.

3.1.3 Une coopération du CASA avec les autres dispositifs du territoire nîmois

Parallèlement au dispositif CASA du CHU de Nîmes, deux autres dispositifs ont vu le jour sur le territoire nîmois : Le dispositif SENES DOMI de la Maison de Santé Protestante et le dispositif VIVRE@LAMAISON du pôle gériatrique nîmois Croix Rouge Française (annexe 10).

En 2021, les directrices de ces trois dispositifs ont décidé de mettre en place un comité de pilotage, en lien avec l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental du Gard afin d'échanger sur les objectifs stratégiques des expérimentations, sur leur suivi et leur évaluation. Ce COPIL, qui se réunit deux fois par an, a pour objectif d'apporter des éléments sur les impacts des expérimentations :

- Impact en termes de services rendu aux patients.
- Impact en termes de pratiques professionnelles pour les équipes.
- Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé.

En parallèle, et suite aux réunions que j'ai organisé avec l'ensemble des équipes projets des 3 dispositifs, les médecins coordonnateurs, les IDEC et les ASG ont émis le souhait de se rencontrer une demi-journée 2 fois par an afin d'échanger sur leurs pratiques, sur leurs réussites, mais également sur leurs difficultés dans l'accompagnement des personnes âgées à domicile.

Si leurs objectifs sont proches en terme d'accompagnement renforcé pour un maintien à domicile, leurs organisations, leurs fonctionnements et leurs financements sont en revanche différents.

Porteur : Maison de Santé Protestante (MSP) de Nîmes, privé à but non lucratif (4 EHPAD).



Service : SENES DOMI

Le dispositif porté par la MSP résulte de la collaboration de 4 associations : l'Association Protestante d'Assistance (APA), l'Association Protestante de Services (APS), le Comité Départemental d'Education pour la Santé (CODES) et la MSP pour proposer à domicile les expertises présentes sur les EHPAD et les Résidences Autonomie.

Autorisation : 25 places

Financement : Appel à candidature 2019 ARS Occitanie – Projets innovants de soutien renforcé permettant de bien vieillir à domicile.

La durée de l'expérimentation est fixée à 3 ans avec un financement de 150 000€/an.

Soit 500€ / mois / place

Mme L., Directrice de la MSP (entretien du 27.06.22)

« Le dispositif de 25 places consiste à optimiser le projet médical et paramédical des bénéficiaires, proposer un programme de prévention, assurer une coordination administrative facilitant la prise de décision et l'accès aux droits, évaluer le domicile pour aider à son adaptation, renforcer les liens sociaux par la participation aux activités des établissements, et la mise en relation avec des bénévoles et enfin proposer une permanence médicale en cas d'impossibilité des médecins traitants par un dispositif de télé médecine ».

Porteur : Pôle gériatrique nîmois de la Croix Rouge, privé à but non lucratif (2 EHPAD et 1 SSIAD)



Service : VIVRE@LAMAISON

L'expérimentation Vivre@lamaison, portée par le Pôle gériatrique Nîmois, et un dispositif renforcé d'accompagnement à domicile (DRAD). Il est financé dans le cadre de l'article 51 pour 6 établissements de la CRF pour 25 places à Nîmes sur une durée de 4 ans.

Autorisation : 25 places

Financement : Article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018 – Arrêté du 5 octobre 2020 relatif à l'expérimentation de dispositifs renforcés de soutien au domicile (DRAD) pour les personnes âgées.
La durée de l'expérimentation est fixée à 3 ans avec un financement de 301 200€/an. **Soit 1004€ / mois / place → 1096€ / mois / place** (revalorisation Ségur)

Mme MF., Directrice du Pôle Gériatrique Nîmois (entretien du 20.06.22)

« Le dispositif vise à permettre un maintien à domicile de personnes âgées de plus de 60 ans en coordonnant et en renforçant les services autour du bénéficiaire concerné. A ce titre, une coordinatrice assure la coordination des différents services déjà en place et les complète si besoin par ailleurs. Le service met également en place de la domotique pour faciliter ce maintien à domicile. Des passages à l'EHPAD sont possibles en fonction du projet personnalisé établi avec le bénéficiaire sur la base du diagnostic réalisé par la coordinatrice en lien avec Gard et Autonomie. »

3.1.4 Les difficultés d'organisation dégradent la qualité de l'accompagnement

Éviter les ruptures auxquelles peuvent être confrontées les personnes âgées apparaît toutefois freiné par des difficultés d'ordre matériel ou liées à l'organisation du travail. Trois principales contraintes organisationnelles peuvent être distinguées.

Tout d'abord, les aides-soignantes et les aides à domicile doivent suivre un planning serré qui, par conséquent, n'entre pas toujours en résonnance avec les souhaits des bénéficiaires. La durée, mais aussi le créneau d'intervention des professionnels sont parfois critiquables. Ainsi, la coordination demeure perfectible et la possibilité d'assurer un accompagnement personnalisé pertinent au regard des besoins des personnes âgées, se heurte aux contraintes liées à l'organisation du travail.

Ensuite, la standardisation des technologies utilisées pour assurer le maintien à domicile des personnes âgées limite l'effectivité de la coordination.

Tous les professionnels disposent d'outils dans lesquels ils renseignent des informations relatives aux personnes accompagnées. Les applications sont différentes selon la nature des interventions et ne sont pas interopérables entre elles, ce qui pèse sur la coordination et la traçabilité de l'accompagnement.

Enfin, le déploiement de la coordination se heurte à des difficultés qui relèvent des ressources humaines. Le passage à domicile d'un professionnel serait souhaité la nuit par certains bénéficiaires, mais n'est pas prévu par le dispositif.

Mme M., Equipe VIVRE@LAMAISON du pôle gériatrique nîmois Croix Rouge Française (réunion du 21.06.22)

« Le problème de la nuit, c'est un des problèmes les plus importants. Il y a souvent des signalements de la part des pompiers ou de la part des aidants au sujet de chutes qui se sont produites la nuit ou en week-end. Avec notre SSIAD, on a une présence en week-end, donc le lien est fait. Mais la nuit reste problématique. Les pompiers nous disent qu'ils ont « leurs clients ». Ce sont des personnes âgées qui les sollicitent pour des chutes une fois par semaine. Il faudrait trouver des solutions pour ces personnes. Il n'y a pas de réponses la nuit actuellement. »

Dans le cadre de leur COPIL, les trois opérateurs de la ville de Nîmes qui portent chacun une expérimentation d'EHPAD Hors les Murs pour un total de 80 bénéficiaires, soit l'équivalent d'un EHPAD, ont fait part aux autorités tarifaires du besoin d'assurer une couverture de nuit, notamment par une astreinte IDE de nuit. Les financements des dispositifs actuellement alloués ne le permettent pas.

3.2 Un accompagnement axé sur la prévention de la perte d'autonomie

3.2.1 Un accompagnement qui s'appuie sur le parcours de vie de la personne

Le risque est élevé de connaître des ruptures brutales dans les parcours de vie de la personne âgée suite à une dégradation de l'état de santé, à une chute ou à la disparition de l'aidant principal.

Ces moments de crises se traduisent généralement par l'interruption brutale des prises en charge et par des orientations dans l'urgence bien souvent vers un hébergement définitif en EHPAD. Le CASA souhaite agir ainsi comme une « zone tampon » par l'anticipation de ce type de risques.

La logique de parcours, pour être efficiente, doit donc s'orienter sur la prévention de ces fatalités de parcours. Le CASA se donne donc comme moyen anticipatif de faire une évaluation de ces risques identifiés ; différentes options de prise en soins sont dès lors étudiées et accompagnées par les professionnels.

La notion de parcours est parfaitement formalisée par le CASA et conduit à dépasser la vision figée, pour intégrer une vision dynamique basée sur le point de vue de l'utilisateur, tenant compte des aléas de la vie, des situations globales et les considérant comme autant d'étapes de vie. Une étape ne signifie pas que l'on s'inscrit nécessairement dans un parcours type. En effet, un parcours peut comporter des allers-retours, des détours par plusieurs modes de prise en soins, en fonction de l'autonomie perdue ou retrouvée de la personne.

L'accompagnement proposé ne se focalise pas sur les déficiences de la personne et de son environnement, mais s'intéresse aux potentialités de la personne et aux aspects de son environnement naturel, susceptibles de concourir à leur compensation.

L'intervention des professionnels de l'équipe CASA consiste alors à chercher à restaurer un équilibre de vie satisfaisant pour l'utilisateur et ses proches, en l'orientant vers les différents modes de prises en charge adaptés à cet instant de son parcours de vie. Toute rupture, qu'elle soit liée à une évolution de la pathologie de l'utilisateur ou à une modification de sa situation psychosociale ou de celle de ses proches, entraîne alors la recherche d'un nouvel équilibre. Cet accompagnement s'inscrit donc dans une dynamique constante, et particulièrement pour ce qui concerne les personnes âgées dépendantes atteintes de pathologies évolutives ou neurodégénératives.

Cela suppose une adaptation régulière des compétences mises à disposition des personnes accompagnées, des projets de soins ou des services utilisés.

Il est enfin indispensable d'envisager le point de vue de l'aidant et de son engagement dans cette relation d'aide. La qualité du service rendu et son efficience reposent sur cette prise en compte des interactions complexes qui lient l'aidant familial à son proche. En effet, c'est bien souvent lorsque l'aidant n'est plus en mesure d'assurer cet accompagnement quotidien de son proche âgé que l'on arrive à une période de crise, de rupture. Pour pouvoir prévenir ces ruptures, pour orienter la personne dans un parcours de soins personnalisé, pour soutenir son projet de vie, il est donc essentiel d'accompagner le couple aidant-aidé.

3.2.2 Des formes d'accueil permettant de limiter les risques de rupture

L'accueil de jour, l'accueil temporaire et l'accueil d'urgence sont proposés aux bénéficiaires du dispositif CASA et participent, de manières différentes, à réduire le risque de ruptures.

L'accueil de jour permet tout d'abord d'accueillir la personne âgée au Centre de Gériatrie pour une période allant d'une demi-journée à plusieurs jours par semaine. Son recours est aussi souvent motivé par le désir de maintien à domicile.

L'accueil de jour permet un accompagnement pluri-professionnel dans un cadre différent que le domicile. Il permet la réalisation d'activités variées en petits groupes de personnes : ateliers mémoire, psychomotricité, ateliers cuisines, jeux, détente physique. Il permet également de soulager les personnes âgées et leurs proches dans l'organisation des aides et des soins à domicile puisque les professionnels du Centre de Gériatrie prennent le relais.

Comme ont pu le montrer Arnaud Campéon et Céline Rothé (2017), le recours à l'accueil de jour peut notamment reposer sur une logique « pragmatique » où le dispositif vient stabiliser l'accompagnement, alléger les difficultés organisationnelles tout comme la charge émotionnelle de l'aide. Les proches des bénéficiaires des dispositifs EHPAD hors les murs ayant recours à l'accueil de jour s'inscrivent prioritairement dans cette logique, puisqu'ils voient dans ce dispositif une ressource permettant d'atténuer les difficultés de l'aide tout en assurant une certaine continuité dans un parcours de vie marqué par le désir de rester chez soi.

Ensuite, l'**accueil temporaire** du Centre de Gérontologie est une formule d'accueil limité dans le temps s'adresse aux personnes âgées dépendantes dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise : isolement, absence des aidants, départ en vacances de la famille, travaux dans le logement, besoin temporaire d'un environnement sécurisant, sortie d'hospitalisation. Les raisons ne sont pas forcément médicales. Cet accueil peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement, ou service de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation, mais ne doit pas se substituer à une prise en charge en soins de suite.

L'hébergement temporaire répond à trois besoins principaux :

- Resocialiser la personne dans le cadre d'un soutien à domicile
- Aider les familles à faire face aux difficultés que représente l'accompagnement d'une personne âgée dépendante
- Offrir un accompagnement entre le « chez soi » et le Centre de Gérontologie permettant un temps d'adaptation à la collectivité.

Enfin, l'**accueil d'urgence** permet aux personnes âgées bénéficiaires du dispositif CASA d'être accueillies au sein du Centre de Gérontologie pour une courte durée (72 heures). Il s'agit d'un accueil d'urgence, sans toutefois qu'un motif médical ne soit nécessaire. L'accueil d'urgence au sein de l'établissement n'implique aucun préavis, c'est à dire que l'entrée au Centre de Gérontologie peut se faire immédiatement à la suite de la demande, sans délai d'attente. L'accueil d'urgence se distingue de l'accueil temporaire et de l'accueil de jour puisqu'il n'est pas tellement question de prévention ou de stabilisation de la perte d'autonomie, mais il s'agit plutôt d'une réponse face à une contrainte imprévue et soudaine. L'accueil d'urgence est décrit par les bénéficiaires comme un dispositif qui rassure dans un contexte d'incertitude. L'accueil en hébergement d'urgence peut intervenir dans les cas d'épuisement total de l'aidant principal, ou d'un épisode imprévu le concernant (intervention chirurgicale; pathologie aiguë nécessitant une hospitalisation).

Le temps d'attente administratif pour un accueil en HT de l'aidé est très long, faute par exemple d'avoir été anticipé dans un plan APA. Il peut constituer un des facteurs en faveur des hospitalisations évitables de l'aidé.

Une étude a été menée avec le CHU de Montpellier pour démontrer les facteurs d'hospitalisations évitables. Le projet UMS (Urgences Médico-sociales) élaboré par les partenaires du guichet intégré de la MAIA Grand Nîmes, avait évalué le nombre d'UMS à 10 /mois sur le territoire de la MAIA. L'EHPAD à domicile pourrait ainsi répondre à cette problématique, dont l'élément essentiel est l'offre d'un service 24h/24 et 7J/7, comme en EHPAD classique, avec en sus toutes les activités possibles de l'EHPAD.

L'accueil temporaire d'urgence recouvre la mise à disposition d'une chambre réservée au sein de l'EHPAD aux bénéficiaires du dispositif pour un séjour de courte durée. Elle permet d'accueillir, en cas d'urgence un bénéficiaire ne pouvant plus rester chez lui de manière temporaire et dont la situation ne relève pas de l'hospitalisation.

Une à deux chambres d'urgence pourront être ainsi identifiées et dédiées à l'accueil des personnes âgées dépendantes prises en charge au domicile. Au-delà d'une durée d'accueil qui pourrait être limitée à 72 heures, la personne pourra si besoin intégrer une chambre en hébergement temporaire ou le dispositif de relai organisé au domicile. Ne sont pas concernés par l'accueil en chambre d'urgence, les personnes pouvant financer un hébergement temporaire sur fonds propres.

3.2.3 Des actions de prévention donnant accès aux ressources de santé

Pour lutter contre le risque de rupture, le dispositif CASA dirige notamment son action vers la prévention. Les professionnels de l'expérimentation sont impliqués, d'une part, vers la prévention des pertes d'autonomie pouvant se déclarer et mettre en péril le maintien à domicile et, d'autre part, vers la stabilisation de situations dont la complexité risque de s'aggraver. Il s'agit d'un travail d'équipe, pluri-professionnel, reposant sur des pratiques hétérogènes.

La prévention de l'isolement social

Le Centre de Gériatrie du CHU de Nîmes développe à l'égard de ses résidents une politique culturelle assortie d'activités intergénérationnelles. Les usagers bénéficiaires du dispositif CASA pourront avoir accès à ces prestations.

Une convention Ville-hôpital a été établie entre la Ville de Nîmes et le CHU de Nîmes pour promouvoir l'accès à la culture aux publics empêchés à travers 3 axes :

- la culture au bénéfice du patient et de ses proches ;
- la culture comme facteur de lien social ;
- la culture comme facteur d'ouverture vers les autres.

Les activités intergénérationnelles permettent de décroiser la vie en institution et donnent aux usagers la possibilité de maintenir et de créer du lien social.

Elles offrent des temps d'échange, généralement au cours d'activités culturelles (lecture, chant, conte) et peuvent également favoriser la solidarité et l'entraide entre les générations. Elles sont encadrées par un animateur culturel et l'équipe de vie sociale. Elles s'articulent autour de valeurs liées à la transmission et participent au « vivre ensemble ».

Mme A.C., Directrice de la filière gériatrique territoriale du CHU de Nîmes (entretien du 05.04.22)

« Le Centre de Gérontologie est particulièrement investi dans les projets culturels. La politique culturelle est intégrée dans la stratégie de l'établissement et sa mise en œuvre tient compte de la spécificité des publics accompagnés.

Les bénéficiaires du CASA peuvent avoir accès à l'ensemble des prestations socio-culturelles proposées : animations, fêtes, ateliers, musées locaux.

A travers la bibliothèque de Serre Cavalier, annexe du Carré d'Art de la ville de Nîmes, les bénéficiaires pourront avoir accès aux médias, aux livres, aux spectacles proposés : contes, animations culturelles, séances de cinéma.

Le Centre de Gérontologie dispose par ailleurs d'un salon de coiffure, ainsi que d'un restaurant des familles « La Pomme des Pins » ouvert les jeudi et vendredi midi. »

La prévention des troubles de la mémoire

Dans l'évolution des Maladies Alzheimer et Maladies Apparentées (MAMA), le déficit progressif des capacités cognitives et sociales s'accompagne d'une perte d'autonomie ainsi que de troubles affectifs et comportementaux. Dans le cadre du dispositif CASA, le médecin coordonnateur réalise une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) et peut orienter le bénéficiaire vers la consultation mémoire du Centre de Gérontologie afin d'effectuer un diagnostic.

La prévention des escarres

Intégrée à la prévention nutritionnelle, la prévention des escarres fait également l'objet d'une attention continue dès l'admission d'un bénéficiaire dans le dispositif CASA. Le score de Braden est tracé mensuellement dans le dossier patient.

L'ergothérapeute participe à la mise en place de matériel ergonomique et de prévention des escarres en lien avec l'équipe. Une consultation plaies et cicatrisation sur le Centre de Gérontologie est mise en place.

La prévention de la dénutrition

L'état nutritionnel des bénéficiaires du CASA est évalué dès l'entrée par l'équipe avec la réalisation systématique d'une surveillance des apports alimentaires sur trois jours, la mesure du poids et de l'indice de masse corporelle, qui seront ensuite réévalués mensuellement et tracés dans le dossier patient.

Un suivi par la diététicienne du Centre de Gérontologie peut être mis en place si besoin avec l'adaptation des propositions de régimes alimentaires les plus appropriés adaptés aux goûts et aux appétences des bénéficiaires.

La prévention bucco-dentaire

La santé bucco-dentaire est un facteur de bien-être physique et social autant qu'une problématique de santé publique pouvant causer, auprès de la personne âgée notamment, des sur-morbidités et favoriser la dénutrition. Afin d'améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées, des vacations d'odontologie sont réalisées sur le Centre de Gériatrie et disponibles aux bénéficiaires du dispositif CASA. L'état dentaire des bénéficiaires est systématiquement évalué à l'entrée et un suivi régulier est effectué, afin de proposer des soins odontologiques ciblés.

La prévention des chutes

Les chutes des personnes âgées entraînent des hospitalisations, voire des décès. Ces chutes ont des conséquences physiques, psychologiques, sociales et marquent une rupture dans la vie de la personne âgée. Le dispositif CASA participe au repérage des risques de chutes, à l'aménagement du logement du bénéficiaire, à l'accompagnement des aides techniques à la mobilité et à l'activité physique

3.2.4 Les difficultés inhérentes à la mobilité renforcent l'isolement social

Pour le Conseil Economique Social et Environnemental, l'isolement social est *« la situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger. Les relations d'une qualité insuffisante sont celles qui produisent un déni de reconnaissance, un déficit de sécurité et une participation empêchée. Le risque de cette situation tient au fait que l'isolement prive de certaines ressources impératives pour se constituer en tant que personne et accéder aux soins élémentaires et à la vie sociale. »* Ainsi, l'isolement d'une personne peut être objectivé en identifiant et en mesurant la quantité et la qualité des réseaux relationnels qui constituent sa vie sociale.

Nous avons vu précédemment que le dispositif CASA mettait en place pour les personnes âgées à domicile des prestations d'accueil, des actions culturelles ou des prestations de services au sein du Centre de Gériatrie. Mais celles-ci se heurtent au problème de la mobilité.

La question des transports est effectivement un sujet central dans le lien qui se tisse entre le Centre de Gériatrie et le domicile du bénéficiaire.

Dans son projet initial, le dispositif CASA proposait une prise en charge intégrale des transports avec la mise en place d'un service organisé de manière individuel et assuré par la structure ou par le recours à des prestataires pour la mise en œuvre des prestations

directes de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles. Selon les cas de figure, les coûts pouvant être supportés par le bénéficiaire, l'Assurance Maladie ou encore le dispositif.

Or, le financement octroyé par l'Agence Régionale de Santé n'a pas permis de garder cette proposition. Seuls les transports liés aux consultations externes (mémoire, évaluation gériatrique, plaies et cicatrisation, odontologie) dispensées par le Centre de Gériatrie sont pris en charge par l'Assurance Maladie, ainsi que les transports liés à l'accueil de jour.

Les accueils de jour, qu'ils soient autonomes ou adossés à un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) bénéficient d'un forfait journalier transport pris en charge par l'assurance maladie (décret n° 2007-827 du 11 mai 2007 codifié à l'article R. 314-207 du code de l'action sociale et des familles). Le versement de ce forfait est subordonné à la mise en œuvre d'une solution de transport adaptée aux besoins des usagers qui fréquentent l'accueil de jour (article D 312-9 du code de l'action sociale et des familles). Afin de pallier les difficultés liées à l'absence d'organisation d'un tel transport par la structure d'accueil, le décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 prévoit que le gestionnaire de l'accueil de jour rembourse aux personnes accueillies ou à leurs familles les frais de transport qu'elles supportent dans la limite des forfaits journaliers définis.

Au delà de l'accueil de jour ou des prestations de soins, le problème de transport, et plus précisément son coût, présente un réel frein à l'accessibilité de certaines prestations socio-culturelles proposées par le CASA : animations, fêtes, loto, bibliothèque, coiffeur, restaurant.

L'organisation des modalités de transport doit donc être repensé. Cette problématique a fait l'objet d'une première réflexion commune entre les 3 dispositifs du territoire nîmois qui rencontrent le même problème.

Mme L., Directrice de la MSP (entretien du 27.06.22)

« La mobilité est une problématique importante des personnes âgées. C'est bloquant actuellement. Ça bloque la vie sociale et renforce l'isolement en corollaire.

L'isolement générant lui même de la dépendance, on rentre très vite dans un cercle.

La mobilité, c'est très compliqué. Nous avons essayé des petites choses, mais ce que demandent les gens, c'est que l'on vienne les chercher à domicile, qu'on les rentrer et sortir du véhicule, et qu'on les accompagne jusqu'au lieu de prise en charge. C'est la prestation humaine qui nous manque. La prestation véhicule nous l'avons. Ça existe, bien sûr, mais c'est très cher.

J'ai échangé avec l'ARS à ce sujet car ils lancent un groupe de travail sur l'EHPAD de demain. Ce serait intéressant d'inclure dans cette réflexion les urbanistes, les politiques de la ville. On peut plus réfléchir sur l'ouverture de nos établissements, ou l'inclusion des personnes âgées si on ne travaille pas la mobilité. De mon point de vu, ça va avec. »

Il semblerait pertinent de rationaliser l'offre en coordonnant les interventions et mutualisant les moyens, notamment par la création d'une plateforme de mobilité pouvant jouer un rôle d'interface entre l'offre et la demande.

Cette plateforme de transport mutualisée entre les trois dispositifs pourrait être financée dans le cadre de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie (CFPPA) du Gard, ou en partenariat avec le CCAS de la ville de Nîmes.

4 Les bénéficiaires du dispositif CASA : l'accompagnement dans le choix d'un maintien à domicile

4.1 Le maintien à domicile : une notion de choix pour le bénéficiaire

4.1.1 Le choix du maintien à domicile est motivé par le désir de continuité

Des travaux de recherche conduits par Marie Delsalle en 2012 ont mis en lumière les quatre motivations des personnes âgées et très âgées à rester chez elles : la liberté, le confort, le bien-être et la prise de risque. *« On reste chez soi parce qu'on y est libre de faire ce que l'on veut, comme on veut et quand on veut. Parce qu'on y éprouve un confort patiemment construit au fil des ans : l'espace du logement a été façonné pour s'ajuster au plus près des habitudes de vie et des manières de faire. Réciproquement, le corps s'est transformé au contact de ces lieux au point de se fondre en eux. On reste aussi chez soi, parce qu'on y éprouve un bien-être sans équivalent : on y goûte, par exemple, un repos que l'on retrouve rarement ailleurs. Enfin, on souhaite rester chez soi parce qu'on peut y prendre des risques avec le sentiment de ne pas se mettre en danger ».*

Les personnes accompagnées par le dispositif CASA soulignent leur attachement à leur domicile. Il s'agit, pour elles, bien davantage qu'un lieu de résidence. Le domicile est perçu comme un lieu de mémoire, un espace sécurisant. C'est le pilier de leur insertion sociale. Dès lors, la possibilité, pour les bénéficiaires de l'expérimentation, de pouvoir être accompagnés au domicile malgré les difficultés du grand âge entre en résonance avec

Mathieu BLANC - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2022

leur volonté. La promesse d'un maintien à domicile offerte par le dispositif rejoint ainsi le désir de la personne âgée de vieillir chez elle.

Toutefois, la prise de conscience des conséquences possibles du vieillissement, et notamment les inquiétudes liées à la perte d'autonomie font évoluer le rapport à la notion de domicile.

4.1.2 Un maintien à domicile lié au processus de vieillissement

Le choix du dispositif CASA est également largement dicté par les épreuves du grand âge. Ainsi, trois types de déprises permettent de comprendre les choix d'un mode d'accompagnement, ainsi que les logiques d'entrée dans une expérimentation différente de l'accompagnement à domicile ou en établissement. La déprise se définissant comme un processus de réaménagement de la vie face aux difficultés du vieillissement, et notamment son processus.

Déprises stratégiques : anticiper et prévenir la perte d'autonomie

La première logique qui amène l'entrée dans le dispositif repose sur l'anticipation et la prévention de la dépendance. Ce qui compte pour le bénéficiaire, c'est d'anticiper les difficultés futures, de s'armer contre d'éventuelles vulnérabilités physiques ou mentales. Il s'agit, autrement dit, de tout faire pour retarder les effets du vieillissement et de devancer les difficultés liées à l'avancée en âge.

Toutefois, le bénéficiaire trouve dans le recours au dispositif CASA une certaine sécurité quant à l'incertitude qui caractérise le grand âge. L'adhésion à ce mode d'accompagnement vise à prévenir une fragilité potentielle. Dès lors, le choix du dispositif est vu comme une opportunité de bénéficier d'un accompagnement personnalisé, qui peut évoluer en fonction des besoins.

Déprises tactiques : reconstruire son autonomie

La deuxième logique permettant de décrire l'entrée dans le dispositif correspond au travail de reconstruction d'une autonomie, en raison de l'apparition de handicaps ou de reconfigurations familiales brutales et non anticipées.

Il s'agit de reprendre la main au temps, de restaurer des facultés, voire son intégrité, mises à mal par la maladie ou le handicap. Cette logique est davantage adoptée suite à une circonstance particulière comme une chute, l'éloignement ou la fatigue d'un proche, une hospitalisation ou la dégradation de l'état de santé. Il ne s'agit plus d'anticiper, comme dans les déprises stratégiques, mais de faire face à une situation difficile. Une partie des bénéficiaires adhère au dispositif EHPAD hors les murs pour rebondir après

une épreuve particulière. Ces personnes âgées voient en ce dispositif une ressource pour gérer les conséquences d'un « accident de parcours » et tenter de reconstruire leur autonomie, ou du moins d'en éviter une dégradation trop importante. Même s'ils ne s'inscrivent pas dans une logique proactive, ils restent décisionnaires d'un choix fait en réaction.

Déprises contraintes : subir l'épreuve de la vieillesse

Une troisième logique d'entrée dans le dispositif se caractérise par un processus de vieillissement plus subi qu'anticipé ou maîtrisé. La capacité d'agir de la personne âgée est limitée.

En effet, l'entrée dans le dispositif CASA se fait plutôt à la suite d'un parcours marqué par une hospitalisation ou un séjour en soins de suite et de réadaptation (SSR). Elle est généralement guidée par une décision médicale ou fait suite à l'orientation d'une assistante sociale. L'EHPAD hors les murs est le seul choix réellement possible : notamment parce que l'accompagnement à domicile tel qu'il était organisé ne permet plus d'assurer la sécurité de la personne et parce que l'entrée en EHPAD n'est pas envisageable, que ce soit pour des raisons de santé, de coût financier ou de délai d'attente.

4.1.3 La place de l'aidant dans le choix du maintien à domicile

Si l'accompagnement à domicile des personnes âgées en situation de perte d'autonomie implique souvent l'intervention d'une multitude d'acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, elle repose généralement sur l'aide d'un ou plusieurs membres de leur entourage.

Soutenir les proches des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile est un enjeu social et sanitaire majeur qui tranche avec l'invisibilité qui caractérisait cette population dont les problématiques étaient auparavant renvoyées au domaine du privé.

La Confédération des Organisations Familiales de l'Union Européenne (Coface Handicap), le collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux (CIAAF) et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) définissent l'aidant comme « *la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités quotidiennes. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non. Cette aide peut prendre plusieurs formes* ».

Cette définition permet d'envisager les aidants dans la diversité de leur situation : Pour les personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile, aidées par une personne de leur

entourage, il s'agit le plus souvent du conjoint dans un premier temps (80 % lorsqu'elles vivent en couple). Avec l'avancée en âge, l'aide est progressivement remplacée par celle des enfants. Lorsque la personne vit seule à domicile, près de 10 % des aidants peuvent également être des amis ou des voisins.

Lorsque les proches des personnes participent concrètement à l'accompagnement, de manière totale ou partielle pour les activités de la vie quotidienne, ils acquièrent une connaissance privilégiée de la personne, de ses habitudes et de ses réactions.

Le point de vue des aidants offre une perception de la personne qui leur est propre sur l'histoire de la personne, son parcours, son vécu de l'accompagnement, et sur l'évolution prévisible des pathologies ou des déficiences. Dans le cadre du dispositif CASA, cet éclairage est précieux aux professionnels chargés de les accompagner dans leurs parcours.

En effet, cette connaissance, légitime, est complémentaire de celle de la personne aidée et des professionnels, dans le cadre de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de la réévaluation du projet personnalisé :

- Leur avis est un des éléments permettant d'éclairer les décisions.
- Leur savoir et savoir-faire représentent une possibilité d'aide et de soutien dans l'accompagnement des personnes.

En outre, pour les aidants le dispositif CASA est une ressource précieuse pour répondre à toutes leurs questions. Ils disposent du numéro de téléphone portable de l'IDEC et de l'ASG et savent qu'ils peuvent appeler pour des renseignements ou des demandes particulières. Ils savent surtout que le service essaiera de trouver une solution à leur problème. Ainsi, le dispositif CASA permet aux aidants de ne pas se sentir seuls face à l'accompagnement de leur proche. Le dispositif agit sur le sentiment de sécurité psychologique et permet à certains aidants d'être moins isolés face à des situations parfois complexes.

Monsieur G., époux et aidant de Madame G. (entretien du 31.05.22)

« Un week-end, ma femme a eu des douleurs intenses dans le dos. Aucun médecin n'était joignable. J'étais désespéré. Dès le lundi matin, j'ai contacté l'infirmière du CASA qui a de suite pris les choses en main. Le lundi midi j'avais une ordonnance, une ambulance réservée et un rendez-vous radiologue pour le jeudi. Elle est remarquable, intelligente et débrouillarde. Je suis rassuré de savoir que je peux joindre quelqu'un rapidement ».

La question de la place de l'aidant, et de la charge qui lui incombe en particulier lorsque la personne dépendante reste à domicile, est centrale dans le dispositif.

En effet, de manière indirecte, la volonté est d'accompagner l'aidant en allégeant sa charge qui est notamment la responsabilité de l'organisation de l'accompagnement et de la surveillance de la personne dépendante.

4.1.4 Les difficultés liées au coût du dispositif freinent son accessibilité

Certaines personnes âgées n'ont pas les ressources financières suffisantes pour payer le prix de journée d'hébergement et ne souhaitent pas forcément faire de demandes d'admission à l'aide sociale, le plus souvent par crainte d'un recours ultérieur sur succession. L'entrée en EHPAD n'est donc pas envisageable pour des raisons financières. Les personnes âgées peuvent donc être amenées à rester à domicile dans des conditions particulièrement difficiles.

Si, pour les personnes âgées, le désir de maintien à domicile est bien au centre du choix d'un dispositif comme le CASA, les enjeux financiers entrent également en ligne de compte et sont susceptibles d'influencer leurs décisions.

Certaines personnes sont dans des situations d'isolement telles qu'elles ne recourent à aucune aide, alors même que leur niveau de dépendance est important.

Mme C. et Mme F., Equipe CASA du CHU de Nîmes (entretien du 09.02.22)

« Le coût du forfait socle à 28€ par mois, auquel il faut ajouter le coût mensuel du pack actimétrie à près de 90€ par mois, est un véritable frein à l'admission de nouveaux bénéficiaires. Dès qu'on rencontre des potentiels bénéficiaire ou leurs aidants, c'est la première chose qu'ils pointent du doigt. On doit être à environ 1 personne âgée sur 2 qui se détourne du dispositif en raison du coût de l'expérimentation ».

La montée en charge de l'activité du dispositif payant du CHU de Nîmes a été plus lente que celle des deux autres dispositifs du territoire nîmois qui ont fait le choix de la gratuité : La Croix Rouge et la Maison de Santé Protestante. La question financière pèse sur le choix du dispositif CASA, puisque ce dernier peut être préféré à des solutions jugées plus onéreuses comme l'hébergement en EHPAD notamment.

Selon les données de l'étude Uni Santé 2021 sur le panorama des EHPAD, le tarif mensuel moyen des EHPAD du département du Gard est de 2 063,10€. L'hébergement en établissement suppose donc un coût financier que toutes les personnes bénéficiaires du dispositif ne sont pas disposées à acquitter.

Si le choix d'un maintien à domicile avec l'appui d'un dispositif d'EHPAD hors les murs revêt plusieurs formes, il n'en demeure pas moins que le domicile doit s'adapter et se connecter afin de permettre un accompagnement de qualité.

4.2 L'adaptation et la connexion du domicile des bénéficiaires

4.2.1 Les innovations numériques au service de la personne âgée à domicile

Dans son rapport de 2016, innovation et système de santé, Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) précise le rôle décisif du numérique dans la transformation du système de soins et de prise en charge de la perte d'autonomie : « *Ces technologies de l'information et de la communication sont un levier fort de transformation des systèmes de soins, notamment en accompagnant l'émergence de nouveaux dispositifs susceptibles de modifier les modes de prise en charge, par exemple pour le suivi des patients chroniques. Leur mobilisation est ainsi un élément clé pour la modernisation et la structuration des soins primaires. La prise en charge globale des malades chroniques pluri-pathologiques ayant des traitements lourds appelle souvent l'intervention, ponctuellement ou de manière répétée, d'un grand nombre de services et de professionnels des secteurs de la santé, du médico-social et du social (professionnels de santé libéraux, équipes hospitalières, services d'hospitalisation à domicile, de soins à domicile ou d'aide à domicile, auxiliaires de vie ...). À l'heure où les parcours de soins sont au centre des politiques publiques dans le champ de la santé, la coordination entre ces professionnels et la possibilité d'expertise à distance constituent un impératif auquel les outils du numérique peuvent contribuer. Le déploiement de la santé numérique ne peut dès lors se penser que dans le cadre d'une organisation adaptée à un usage intégré permettant la coordination des soins. L'interopérabilité des systèmes d'information et les échanges sécurisés d'informations entre professionnels constituent une première étape. Pour aller plus loin, il faut pouvoir définir les priorités d'usages pour la mise en place d'outils communs.* »

Dans sa feuille de route 2019 - 2020 adressée à la Ministre des solidarités et de la santé, le Président de France Silver Éco, Luc Broussy souligne l'absence d'homogénéité de la filière et propose de fédérer l'ensemble des acteurs : entreprises, collectivités locale, acteurs sanitaires et médico-sociaux, organismes de protection sociale, mais aussi les acteurs du logement, de la mobilité, les universités et les living-labs. Il souhaite porter une dynamique transversale et interministérielle pour permettre rapidement des progrès concrets et opérationnels. Afin de porter une vision de l'adaptation de la société au vieillissement, il donne la priorité à trois chantiers : le logement adapté, l'adaptation de la

ville des territoires et des mobilités et l'apport de nouvelles technologies dans les établissements et services médico-sociaux.

4.2.2 Un accompagnement des bénéficiaires pour un domicile adapté

Avec l'avancée en âge, le logement devient un lieu de repère, familial, rassurant vis-à-vis de l'extérieur. Cependant, les domiciles ne sont pas toujours aménagés pour les vulnérabilités. Avec le temps, la nécessité ou l'envie d'aménager ce domicile peut apparaître. Cet aménagement peut être un moyen pour la personne âgée de s'approprier son espace de vie : en d'autres termes, l'aménagement est l'outil grâce auquel la personne âgée rend l'espace adéquat à ce qu'elle est et fait dans un contexte donné.

Le logement est au centre du dispositif CASA : il peut être aussi bien un facteur de protection que d'exclusion. En effet, le logement est protecteur lorsqu'il est adapté et situé dans un environnement accessible. La personne âgée vit alors dans un habitat rassurant, sécurisant et prévenant. En revanche, le logement est facteur d'exclusion lorsqu'il prend la forme d'une maison ancienne, à niveaux ou située dans un lieu isolé. La personne âgée vit alors avec la difficulté potentielle de ne pouvoir se mouvoir librement, ni dans sa maison, ni à l'extérieur faute de transports en commun et avec le risque dès lors de précipiter des phénomènes d'isolement social, annonciateurs de tous les autres types de dépendance.

L'habitat, par sa localisation autant que par ses caractéristiques, conditionne aussi bien la capacité de la personne âgée à se mouvoir de façon autonome que le maintien de ses relations sociales et amicales. L'habitat accessible peut n'être pas adapté s'il est isolé. Le logement en plein centre-ville peut n'être pas adapté s'il n'est pas accessible. Le logement peut donc être tout autant la solution que le problème.

Le dispositif CASA travaille en étroite collaboration avec une plateforme de ressources émanant de la filière gériatrique du CHU de Nîmes : L'Equipe Gériatrique de Réinsertion et d'Intervention (EGERI).

Il s'agit d'une équipe mobile qui intervient en équipe transversale auprès des patients âgés de plus de 60 ans, avec les équipes hospitalières, les CLIC, les MAIA et les réseaux de santé « personnes âgées ». L'EGERI intervient directement à domicile à la demande des professionnels de santé libéraux, afin d'améliorer les conditions de vie des seniors et d'éviter des hospitalisations médicalement non justifiées.

Dans le cadre du CASA, l'intervention directe à domicile consiste à :

- Mener une évaluation du patient, de son domicile et de son entourage.
- Proposer des adaptations et des aides humaines ou techniques.

- Evaluer la faisabilité de ces préconisations.

L'évaluation des adaptations nécessaires du domicile a lieu au moment du traitement de la demande d'admission dans le dispositif. L'IDEC est accompagnée par un ergothérapeute qui identifie au sein du logement du bénéficiaire les équipements à installer et les travaux à réaliser de manière à permettre ou faciliter l'accompagnement à domicile. À l'issue de la visite, l'ergothérapeute formalise une synthèse de l'évaluation ainsi que des préconisations d'aménagement.

Le matériel de sécurisation du domicile recouvre l'ensemble des dispositifs qui peuvent être installés au domicile du bénéficiaire pour renforcer la sécurité et le système de surveillance. Il peut s'agir de barre d'appui, mais également de domotique ou de capteurs.

4.2.3 Un soutien des bénéficiaires pour un domicile connecté

Les technologies de santé, quant à elles, renvoient à l'ensemble des technologies de l'information et de la communication appliquées aux services de la santé : santé numérique, e-santé, santé connectée. Ces applications sont nombreuses notamment en ce qui concerne les personnes âgées.

Le domicile connecté est un atout pour répondre aux enjeux du vieillissement et surtout répondre aux besoins des personnes âgées. Il permet d'obtenir une certaine liberté mais également de faciliter le quotidien des plus âgés. La maison vient alors s'adapter aux modes de vie et aux usages évolutifs, en fonction des capacités des personnes âgées. En ajoutant ou modifiant une composante, l'habitant agit sur le domicile de manière sereine.

Pour le dispositif CASA, le suivi à distance du parcours de vie et de soins des bénéficiaires, le repérage des signaux faibles et la gestion des alertes pour les situations d'urgence sont clairement des éléments déterminants des offres complémentaires visant le renforcement du maintien à domicile.

Le dispositif CASA repose sur une volonté affirmée du COPIL de développer la téléassistance, permettant ainsi de sécuriser le maintien à domicile du bénéficiaire et d'intervenir en cas de risque avéré : malaise, chute, blessure, intoxication.

Le dispositif CASA a fait le choix de la société Télégrafik pour l'accompagnement de ses bénéficiaires au quotidien. La solution Otono-me de Télégrafik propose un pack domotique de base qui est installé dans le logement de la personne âgée.

Il repose sur des capteurs de mouvement, un capteur de porte, un médaillon d'appel, une borne d'appel et éventuellement, un capteur lit et un chemin lumineux. Ces outils de gérontotechnologie permettent de détecter les anomalies dans les habitudes de vie de la personne. Il s'agit de l'actimétrie.

Pour le bénéficiaire et son aidant, l'actimétrie offre un complément de tranquillité : sécurisation additionnelle et alertes personnalisées. Pour le médecin coordonnateur et l'IDEC du CASA, c'est un outil indispensable leur permettant d'accéder aux informations de chaque patient via le portail dédié. Ces données favorisent une meilleure compréhension et un meilleur suivi des bénéficiaires. Elles apportent également un complément aux différentes interventions des professionnels de santé. Les différentes fonctionnalités proposées dans un environnement intégré ont des objectifs de prévention, de relai de la coordination et d'alerte en cas de situation inhabituelle, pouvant être le signe d'un danger pour le bénéficiaire.

4.2.4 Les difficultés liées à l'instabilité technologique génère de l'insatisfaction

Même si les services et objets connectés à destination des bénéficiaires du dispositif CASA peuvent renforcer la qualité de la prise en charge des personnes accompagnées, ainsi que la coordination, la téléassistance se heurte à certaines limites.

Les personnes âgées sont confrontées à plusieurs obstacles dans le recours à un système de télésurveillance à domicile. La principale critique de la téléassistance adressée par les bénéficiaires du dispositif CASA du CHU de Nîmes porte sur les appels involontaires. Ces derniers sont récurrents et constituent un motif d'insatisfaction à l'égard de la technologie utilisée. Les bénéficiaires et les équipes soulèvent la récurrence des appels par erreur, suite à un mouvement brusque, un choc léger ou même sans raison apparente.

Les entretiens menés avec les bénéficiaires permettent également de mettre en évidence que les systèmes d'alerte et d'alarme ne sont pas toujours portés. Plusieurs raisons sont évoquées par les bénéficiaires : gêne du dispositif, agacement à l'égard des appels involontaires répétés, doublon avec une autre alarme, opposition vis-à-vis du principe de la téléassistance et sentiment de ne pas en avoir besoin.

Enfin, l'introduction de technologies d'assistance et d'aide à l'autonomie auprès des personnes âgées à domicile apporte des solutions mais elle suscite aussi de nouvelles interrogations éthiques qui ne sont pas propres au domaine de la santé mais revêtent une importance toute particulière face à la vulnérabilité des personnes.

La littérature sur les obstacles et les risques liés à l'usage des technologies de santé de manière générale et de la télémédecine en particulier met en avant deux principaux obstacles et risques comme fortement déterminants pour le cas des personnes âgées : la protection de la vie privée en raison du caractère intrusif de certains outils et le risque

d'exclusion lié au niveau de maîtrise des technologies, aux limitations fonctionnelles et cognitives, ainsi qu'aux coûts engendrés.

Les outils technologiques du maintien à domicile doivent donc trouver une place pertinente et adaptée dans des dynamiques relationnelles qui favorisent l'autonomie, non pas en impliquant uniquement l'individu, la personne âgée, mais en co-construisant avec elle et ses proches aidants cette autonomie.

Conclusion

Le travail de mémoire a permis de questionner les atouts et les limites du dispositif expérimental « projet innovant de soutien renforcé permettant de bien vieillir à domicile » porté par le CHU de Nîmes. La réflexion menée tout au long de ce mémoire sous le prisme des autorités, des établissements, des équipes et des bénéficiaires mène à la conclusion suivante :

L'EHPAD ouvre des perspectives intéressantes en termes d'approche populationnelle et de structuration de l'offre de services aux personnes âgées sur le territoire. Il possède des atouts déterminants pour jouer un rôle dans l'accompagnement des personnes âgées : compétences médicales, paramédicales et médico-sociales, vie sociale et culturelle, capacités logistiques et administratives, ainsi qu'un travail en réseau avec les autres services du territoire (hôpital, HAD, SSIAD, professionnels libéraux, pharmacie...).

Le dispositif CASA du CHU de Nîmes, au même titre que les deux autres dispositifs du territoire nîmois, présente également l'intérêt de permettre le maintien à domicile en assurant sécurité, continuité, coordination, prévention, tout en accompagnant la perspective d'une éventuelle entrée en EHPAD. Sans se substituer au travail des aidants, il vient le soulager et apporter une aide dans la charge émotionnelle que constitue l'accompagnement d'un proche à domicile.

Il n'en reste pas moins que le modèle présente certaines limites et points d'achoppement, notamment sur les questions en lien avec le financement, la pérennisation des expérimentations, les astreintes IDE du nuit, les transports entre le domicile et l'EHPAD, les nouvelles technologies ou le reste à charge pour le bénéficiaire.

Au delà de ces points techniques, les EHPAD engagés dans ces dispositifs doivent cependant veiller à faire vivre leur réseau et à continuer à travailler de manière coordonnée avec les différents acteurs historiques du domicile. La question n'est pas tant de savoir si c'est l'EHPAD, le SAAD ou le SSIAD qui aurait la légitimité de jouer le rôle pivot, mais celle de la nécessité d'organiser sur les territoires une offre de services diversifiée, personnalisée et mieux coordonnée. Les Agences Régionales de Santé et les Conseils Départementaux ont un rôle structurant et déterminant à jouer pour répondre à ces enjeux.

Toutefois, l'EHPAD devient un nouvel acteur du virage domiciliaire qui contribue à la restructuration de l'organisation des services sur les territoires et plus globalement à la réflexion collective de renouvellement des politiques nationales du grand âge.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS OU REGLEMENTAIRES

- LOI n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Journal officiel de la République Française, n°2 du 3 janvier 1971.
- LOI n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel de la République Française, n°151 du 1 juillet 1975.
- LOI n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Journal officiel de la République Française, n°21 du 25 janvier 1997.
- LOI n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Journal officiel de la République Française, n°167 du 21 juillet 2001.
- LOI n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel de la République Française, n°2 du 3 janvier 2002.
- LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Journal officiel de la République Française, n°301 du 29 décembre 2015.
- DECRET n°2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Journal officiel de la République Française, n°42 du 29 avril 2022.

- ARRETE du 5 octobre 2020 relatif à l'expérimentation de dispositifs renforcés de soutien au domicile (DRAD) pour les personnes âgées. Journal officiel de la République Française, n°22 du 16 octobre 2020.
- ARRETE du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées. Journal officiel de la République Française, n°62 du 29 avril 2022.
- INSTRUCTION N° DGCS/SD3A/2022/113 du 15 avril 2022 relative à l'appel à candidature portant sur le déploiement de la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées

RAPPORTS ADMINISTRATIFS OU DE RECHERCHE

- BANQUE DES TERRITOIRES, 2020, Maintien à domicile : vers des plateformes numériques de services, [en ligne]. [consulté le 21 juin 2022]. Disponible en ligne à l'adresse : <https://www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/2020-01/19-12-141-Etude-Maintien%20a%20domicile%20vers%20des%20plateformes%20de%20services-web.pdf>
- BONNE B., MEUNIER M., 2021, Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi !, [en ligne]. [consulté le 21 juin 2022]. Disponible en ligne à l'adresse : <https://www.senat.fr/rap/r20-453/r20-4531.pdf>
- BROUSSY L., 2013, L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France, année zéro, [en ligne]. [consulté le 21 juin 2022]. Disponible en ligne à l'adresse : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/134000173.pdf>
- COUR DES COMPTES, 2016, Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler, [en ligne]. [consulté le 21 juin 2022]. Disponible en ligne à l'adresse : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160712-maintien-domicile-personnes-agees.pdf>
- COUR DES COMPTES, 2021, Les services de soins à domicile, Une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins, [en ligne].

[consulté le 21 juin 2022]. Disponible en ligne à l'adresse : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-01/20220124-services-soins-domicile_0.pdf

- HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'AGE, 2018, Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030, [en ligne]. [consulté le 21 juin 2022]. Disponible en ligne à l'adresse : https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/Conseil_de_l_age_saisine_personnes_agees_2030_Synthese_Tome_1_VF-3.pdf
- HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'AGE, 2021, Comparaison des coûts de prise en charge d'une personne en perte d'autonomie selon le lieu de vie (domicile ou EHPAD), [en ligne]. [consulté le 21 juin 2022]. Disponible en ligne à l'adresse : <https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/notecoutselonlieuxdevie16.11.2021.pdf>
- KPMG, 2015, EHPAD, vers de nouveaux modèles ?, [en ligne]. [consulté le 21 juin 2022]. Disponible en ligne à l'adresse : <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF>
- LIBAULT D., 2019, Rapport Concertation Grand âge et autonomie, [en ligne]. [consulté le 21 juin 2022]. Disponible en ligne à l'adresse : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/194000302.pdf>

ETUDES

- BRUNEL M., EIDELIMAN J.S., La sociabilité et l'isolement social des seniors. Les dossiers de la DREES, 2022, n°98, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/dd98.pdf>
- MIRON DE L'ESPINAY A., ROY D., Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 séniors de plus seraient attendus en EHPAD d'ici à 2030. Études et résultats, 2020, n° 1172, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/er1172.pdf>

- SOULLIER N., L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. Études et résultats, 2011, n° 771, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er771.pdf>

ARTICLES SCIENTIFIQUES

- Bloch, M., Hénaut, L. (2014). *Coordination et parcours: La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bloch.2014.01>
- Braverman, L., Dufour-Kippelen, S. & Fermon, B. (2021). Un dispositif Ehpad « hors les murs » : l'utilisation par ses bénéficiaires. *Gérontologie et société*, 43(165), 263-277. <https://doi.org/10.3917/gs1.165.0263>
- Campéon, A., Le Bihan, B., Mallon, I. & Robineau-Fauchon, I. (2020). « Le moindre grain de sel, et c'est la pagaille » : retour sur la condition des proches aidants. *Gérontologie et société*, 42(161), 13-29. <https://doi.org/10.3917/gs1.161.0013>
- Capuano, C. (2017). De l'aide à domicile aux services à la personne: Les incohérences des politiques de la tierce personne des années 1960 à nos jours. *Vie sociale*, 17, 13-29. <https://doi.org/10.3917/vsoc.171.0013>
- Carrère, A. (2020). Vivre à domicile ou en institution : quels sont les déterminants de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ?. *Regards*, 57, 127-139. <https://doi.org/10.3917/regar.057.0127>
- Carrère, A. (2021). Vivre en établissement pour personnes âgées dépendantes ou rester à domicile : le rôle du contexte territorial. *Population*, 76, 327-357. <https://doi.org/10.3917/popu.2102.0327>
- Casagrande, A. (2020). Refonder les interventions au domicile au prisme de la résonance. *Regards*, 57, 141-152. <https://doi.org/10.3917/regar.057.0141>
- Cusin, J. (2017). Chapitre 2. Surmonter les émotions liées à l'échec. Dans : J. Cusin, Comment surmonter un échec professionnel : Le rôle de l'accompagnant (pp. 37-57). Caen: EMS Editions.

- Dreyer, P. (2017). Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie. *Gérontologie et société*, 39(152), 9-23. <https://doi.org/10.3917/gss1.152.0009>
- Dumas, M., Douguet, F. & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ?. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 20,5, 45-67. <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>
- Dussuet, A., Nirello, L. & Puissant, E. (2017). De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social. *La Revue de l'Ires*, 91-92, 185-211. <https://doi.org/10.3917/rdli.091.0185>
- Jancourt, D. & Simart, M. (2015). Le management par projets: Un défi pour les établissements de santé. Dans : Béatrice Fermon éd., *Performance et innovation dans les établissements de santé* (pp. 167-184). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.fermo.2015.01.0167>
- Lautman, A. (2020). L'avenir de l'Ehpad est au domicile : expérimentation d'un dispositif d'accompagnement renforcé au domicile dans le cadre de l'article 51. *Regards*, 57, 187-194. <https://doi.org/10.3917/regar.057.0187>
- Müller, R. (2015). Les nouvelles compétences du pilotage économique. Dans : Béatrice Fermon éd., *Performance et innovation dans les établissements de santé* (pp. 375-392). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.fermo.2015.01.0375>
- Siret, W. & Berrut, G. (2020). Innovation et inclusion en Ehpad – LNA Santé. *Regards*, 57, 153-164. <https://doi.org/10.3917/regar.057.0153>
- Vercauteren, R. & Connangle, S. (2021). 14. L'EHPAD dans un rôle ressource : une plate-forme de services. Dans : , R. Vercauteren & S. Connangle (Dir), *EHPAD : des espoirs : Complexités managériales d'un milieu en mutation* (pp. 187-194). Toulouse: Érès.
- Vinot, D., Chelle, É. & Riondet, J. (2018). La valeur de la coordination adaptative dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 134, 37-47. <https://doi.org/10.3917/geco1.134.0037>

- Yatim, F. (2020). Usage des technologies de santé pour le maintien à domicile des personnes âgées. Entre individualisation et personnalisation. *Management & Avenir Santé*, 7, 37-55. <https://doi.org/10.3917/mavs.007.0037>

Liste des annexes

Annexe 1 : Synthèse des entretiens et des réunions

Annexe 2 : Grille d'entretien à destination des directeurs d'établissements et des aidants

Annexe 3 : Entretien du 31.05.2022 avec Monsieur G., époux et aidant de Madame G, bénéficiaire du CASA (durée 1h 21min)

Annexe 4 : Action 2.1.3 du Projet Régional de Santé Occitanie 2018 - 2022

Annexe 5 : Cahier des charges de l'appel à candidature ARS OCCITANIE « Projets innovants de soutien renforcé permettant de bien vieillir à domicile »

Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction CASA

Annexe 7 : Contrat de prise en charge CASA

Annexe 8 : Plaquette de communication CASA

Annexe 9 : Procédure de prise en charge d'un nouveau bénéficiaire CASA

Annexe 10 : Plaquette de communication VIVRE@LAMAISON

ANNEXE 1

SYNTHESE DES ENTRETIENS ET DES REUNIONS

Prismes	Modalités	Personnes ressources	Dates	Durées	Enseignements
Pouvoirs publics	Comité de pilotage	Délégué Départemental ARS Gard inspectrice responsable de l'unité parcours inclusif PA ARS Gard	02.06.2021	Après-midi	Copil de présentation des 3 dispositifs nimois. Discussions sur le projet d'astreinte IDE de nuit. ARS précise qu'un AAP supplémentaire IDE de nuit pourrait arriver. Question du financement limité. FIR mobilisé pour crise sanitaire. A voir pour CNR.
	Entretien formel	Chef de service établissements PA/PH Conseil Départemental Gard	23.06.2022	46min	Réunion de présentation du dispositif CASA. Lien avec politique départementale et schéma des solidarités. Questions des financements via la CFPPA. Fort interet du département. Problématique des transports.
Direction d'établissement	Entretien formel	Directrice de la filière gériatrique du CHU de Nîmes	05.04.2022	1h 34min	Echanges sur le projet initial, son financement, ses effectifs, son fonctionnement. Les différentes prestations. Retours d'expériences, points forts et limites. CASA est orienté accompagnement médico-social avec la présence de temps médicaux importants et de capteurs actimétrie.
	Entretien formel	Directrice de la Maison de Santé protestante de Nîmes	27.06.2022	43min	Echanges sur le projet initial, son financement, ses effectifs, son fonctionnement. Les différentes prestations. Retours d'expériences, points forts et limites. SENES DOMI est orienté lien social, lutte contre l'isolement et petits travaux à domicile.
	Entretien formel	Directrice du Pôle Gérontologique Croix Rouge de Nîmes	20.06.2022	1h 38min	Echanges sur le projet initial, son financement, ses effectifs, son fonctionnement. Les différentes prestations. Retours d'expériences, points forts et limites. VIVRE@LAMAISON fait une coordination avec son SSIAD pour un maillage efficace à domicile.
Equipe projet	Réunion	Equipe du dispositif CASA	09.02.2022	Matinée	Réunion de présentation du dispositif CASA et du parcours des professionnels. Problématiques identifiées sur la coordination et la gestion de projet. Travaux et procédures en cours. Objectifs.
	Réunion	Equipe du dispositif SENES DOMI	05.05.2022	Matinée	Réunion d'échange entre les équipes du CASA et de SENES DOMI. Besoin de se connaître et de discuter sur les pratiques/prestations proposées par chacun des dispositifs. Points forts et points faibles des dispositifs.
	Réunion	Equipe du dispositif VIVRE@LAMAISON	21.06.2022	Matinée	Réunion d'échange entre les équipes du CASA et de VIVRE@LAMAISON. Besoin de se connaître et de discuter sur les pratiques/prestations proposées par chacun des dispositifs. Points forts et points faibles des dispositifs.
	Réunion	Equipe de l'accueil de jour du CHU de Nîmes	12.05.2022	1h 15min	Réunion d'échange entre les équipes du CASA et de l'AJ afin de favoriser le dialogue, les interactions et les procédures. Besoin de fluidifier les circuits et les transmissions d'informations.
Bénéficiaire	Entretien formel	Monsieur G., Epoux et aidant de Madame G.	31.05.2022	1h 21min	Echanges sur parcours de vie et rôle de l'aidant. Interet du dispositif : Ecoute, disponibilité et réactivité. Explications de certaines difficultés rencontrées : Solitude.
	Entretien formel	Madame M., Fille et aidant de Madame P.	22.06.2022	40min	Echanges sur parcours de vie et rôle de l'aidant. Interet du dispositif : Accompagnement médical et psychologique. Explications de certaines difficultés rencontrées : démarches administratives complexes et transport pour l'AJ.
	Entretien formel	Madame M., Fille et aidant de Madame M.	10.07.2022	48min	Echanges sur parcours de vie et rôle de l'aidant. Interet du dispositif : Sécurisation du domicile et coordination médicale. Explications de certaines difficultés rencontrées : Pas d'interlocuteur le soir et les week-end.

GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS

INTRODUCTION

- La genèse du projet. Pourquoi avoir engagé l'établissement dans une expérimentation EHPAD hors les murs ?

SUR LE FINANCEMENT / OFFRE

- Quelle offre proposez-vous ? Comment est-elle financée ?
- Quelles sont les différentes prestations ? Leurs coûts ?

SUR LE MANAGEMENT / RH

- De quelle manière avez vous conduit le projet ?
- Comment votre équipe s'est-elle appropriée le dispositif ? De manière autonome ?
- Comment l'équipe est-elle organisée ? Quel est l'effectif ?

SUR LES USAGERS / BENEFICIAIRES / AIDANTS

- A partir de quelle date avez-vous admis les premiers bénéficiaires ?
- Avez-vous des indicateurs de suivi d'activité ?
 - Nombre d'entrées/sorties
 - Moyenne d'âges
- Quels sont les retours des aidants/ bénéficiaires
- Comment avez-vous communiqué sur le dispositif ?
- Qui sont les principaux adresseurs ?

SUR LES AUTORITES / POUVOIRS PUBLICS

- Comment se passent les échanges / rapports avec l'ARS et le CD ? par rapport au dispositif ?
- Vous demandent-ils des éléments de suivi ?
- Vous accompagnent-ils dans le projet ? Sous quelle forme ?

CONCLUSION

- Quelles sont les réussites après quelques mois de fonctionnement ?
- Quel est le bilan ?
- Quelles sont les limites/difficultés ?
- Comment voyez-vous l'évolution de ce dispositif ?

GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES AIDANTS

- Pouvez vous vous présenter ?
- Avez vous des frères ou des sœurs ?
- Etes vous toujours en activité ?
- Depuis combien de temps vous occupez vous de votre maman/papa ?
- Comment définissez vous votre rôle d'aidant ?
- Comment a débuté l'accompagnement de votre maman/papa à domicile ? (évaluation CLIC ? MAIA ? SAAD ? SSIAD ? HAD ?)
- Comment avez-vous connu le CASA ?
- Comment se sont passés les premiers contacts ?
- Qu'est ce qui vous a séduit dans le dispositif ? (Points forts)
- Qu'est ce que vous reprochez au dispositif ? (points négatifs)
- Comment votre maman/papa a accueilli le dispositif ?
- Quels sont les autres professionnels intervenant au domicile de votre maman/papa ? Voyez-vous une confusion par rapport aux différents intervenants ?
- Qu'est ce que vous reprochez au dispositif ? (points négatifs)
- Comment votre maman/papa a accueilli le dispositif ?

ANNEXE 3

ENTRETIEN DU 31.05.2022 – Durée 1h 21min

Monsieur G., époux et aidant de Madame G, bénéficiaire du CASA

- Mathieu Blanc : « Bonjour Monsieur G., et merci de m'accorder un peu de votre temps. Pouvez vous vous présenter s'il vous plait ?

- Monsieur G. : Je vous en prie. Bienvenue chez moi, voilà la vie d'un aidant. On est un peu privilégiés même si c'est un peu compliqué en ce moment. Bon, je me suis fait mon CV maintenant. Je suis né à Nîmes, de parents nés à Nîmes également. Ce qui est très rare.

J'ai fait une école que vous ne devez pas connaître de santé navale à Bordeaux. Une école où on était reçus et hébergés. On suivait les cours à la fac de Bordeaux pour être médecins. Je n'ai pas choisi la marine mais la coloniale. J'ai choisi de travailler en Afrique et en Océanie. On y a vécu 10 ans avec ma femme. Quand j'ai pris ma retraite de l'armée au bout de 25 ans de services, j'ai ouvert un cabinet à Nîmes. J'étais généraliste et situé entre le commissariat et la gendarmerie.

- Mathieu Blanc : Que pouvez vous me dire sur le rôle de l'aidant à domicile ?

- Monsieur G. : Alors je vous invite à manger à midi et ce soir. (Rires). Ce n'est pas la première fois que je suis interviewé, car nous sommes suivi par le service de la mémoire du CHU de Nîmes, Pavillon 4. Moi je dis que l'aidant, plus ça va, plus par définition il est pris à plein temps.

Ca c'est une première constatation. La seconde qui est difficile à admettre, c'est que la vie de ma femme, qui a la maladie d'Alzheimer, elle est terminée. Sa vraie vie et la mienne aussi d'ailleurs. C'est ça qu'il faut arriver à assimiler, et ce n'est pas si facile que ça.

Je me suis rendu compte de ça peu à peu. Le sentiment de me dire que ma vie aussi était terminée, sauf si ma femme décède. Je prends un coup de vieux physiquement et psychologiquement parce que physiquement je m'entretiens mal. Mais grâce à CASA je vais avoir une coach sportive qui va venir s'occuper de moi. Car j'ai toujours été très actif et en bonne condition physique je fais très attention. Médecin généraliste est un métier pénible, on grimpait les étages. Il fallait aller très vite. Je sais que si je voulais rester en forme il fallait que je m'en occupe. Donc j'ai toujours pratiqué une activité et j'ai tout laissé tombé il y a un an quand ma femme a plongé comme ça. J'aimais le footing et le taïchi. Le taïchi je vous le conseille, c'est une activité physique qui a des avantages, il n'y a pas de grade, pas de chute et en plus, ça fait prendre conscience de la proprioceptivité, la

conscience du corps dans l'espace. Et le footing pour le cardio. Voilà ce que j'aimais. Mais j'ai tout stoppé il y a un an.

- Mathieu Blanc : A quel moment vous êtes vous rendu compte que votre épouse commençait à perdre en autonomie ?

- Monsieur G. : Je me suis rendu compte pour ma femme, en me posant des questions sur sa tête. C'était en 2017. En 2018 j'en ai pris conscience et j'en ai parlé à des médecins.

Le dispositif CASA est sensationnel. Vous devriez voir mon frère qui est médecin aussi sur Nîmes. Je l'ai fait rentrer dans CASA pour son épouse aussi. C'est très bien. C'est un travail organisationnel. Il faut des gens qui s'y impliquent comme les 3 personnes qui s'en occupent et ça soulage, mais ça soulage énormément.

- Mathieu Blanc : En quoi le dispositif CASA vous soulage t-il ?

- Monsieur G. : Ca me soulage car j'ai un interlocuteur qui m'entendra, et ça, ça n'a pas de prix. La caractéristique numéro un de l'aidant c'est d'être seul, malgré toutes les aides. On a des aides ménagères qui viennent et qui sont très bien. Mais elles repartent et c'est fini. Mon médecin généraliste qui est sympa, je peux l'appeler mais seulement si j'en ai besoin. CASA je sais qu'elles sont toujours là, je l'ai constaté et ça n'a pas de prix.

CASA c'est bien car c'est la sécurité de l'écoute et de l'aide. Quand je me suis inscrit j'avais besoin d'aide tout de suite. La première semaine j'ai fait rentrer mon frère aussi. Elles ont été très efficaces tout de suite et ça n'a pas de prix. Et elles ont un contact très puissant j'ai l'impression avec tous les gens dont on peut avoir besoin car elles se présentent avec l'étiquette CHU. Quand c'est le CHU, on écoute. C'est top. Puis elles sont charmantes et sympa. Voyez vous, tout à l'heure quand vous avez sonné...

(Interruption de 30 seconde par un appel téléphonique de l'accueil de jour qui souhaite savoir si son épouse viendra ce jour).

- Monsieur G. : Mon épouse va en accueil de jour à 20 minutes d'ici. Seulement mon épouse, je suis sur qu'elle est en train de pleurer là-bas, alors bon c'est moi qui l'accompagne et qui vais la chercher. Elle va également à l'accueil de jour du Centre de Gériatrie du CHU un jour par semaine. Il n'y a rien à payer. Quand le CASA me l'a proposé pour un jour gratuit, j'ai dit oui de suite : un jour par semaine c'est bien et gratuit encore plus.

Mais finalement, c'est un autre souci qui me concerne pas, mais c'est cher d'avoir quelqu'un de malade. On est très aidé, mais je suis effaré par les aides que l'on a par l'état. C'est faramineux, moi je n'en reviens pas. Mais on dépense de l'argent quand même.

Il se trouve que j'ai deux retraites. Maintenant c'est interdit, mais je suis passé juste avant. C'est comme ça. Point de vue finance ça va et j'ai des enfants qui ont parfaitement réussi leur vie économiquement. Y'a pas de problème. Mais je reconnais qu'il y a des gens pour qui ça doit être compliqué. Et puis c'est complexe tout ça aussi.

- Mathieu Blanc : En quoi les accompagnements à domicile sont complexes ?

- Monsieur G. : C'est une complexité épouvantable. La coordinatrice du CLIC doit venir justement demain. Mais ce n'est pas simple. Si j'étais dans la panade, j'espère qu'une assistante sociale gèrerait ça. Par exemple mon frère était aussi médecin militaire. C'était un savant, il s'est occupé de médecine nucléaire dès le début, et c'est lui qui a créé le poste de scintigraphie à l'hôpital du Val-de-Grace et qui l'a fait fonctionner. Et maintenant, il s'embrouille avec les papiers. Il a 6 ans de plus que moi et il s'embrouille. C'est pas facile.

Il y a des trucs bizarre, ma femme est évaluée au GIR 3 par exemple. Ça fait plusieurs fois que je trouve que son état diminue et j'avais demandé à l'évaluatrice une révision. Elle m'a dit d'attendre. On a réussi à avoir une carte de mobilité. Elle permet d'avoir des accès de stationnement, mais si elle avait un GIR 2, car son état est pas brillant. Avec l'accueil de jour, si elle est GIR 3 on paie un tarif, si c'est en GIR 2 ça revient 50€ de plus par mois.

Entre temps, je suis rentré en relation avec la mutuelle, la mutuelle militaire, j'ai appris qu'avec un GIR 2 ils me font cadeau de 300€ par mois. Donc je dois voir ça avec l'évaluatrice du Conseil Départemental. Faut qu'on voit pour une révision. Mais pour voir ça c'est pas si facile, il faut téléphoner, il faut s'entendre, il faut sortir des papiers. Heureusement j'arrive à me servir d'internet. Pourtant je sens que je m'abrutis car Je lis moins, parce que j'ai pas trop de temps. Voyez vous le jardin, c'est plus un jardin. J'y arrive plus. J'adorais m'en occuper mais c'est fini. J'ai toujours été très actif. Maintenant j'ai moins le temps, donc j'en fais moins. Je perds des forces et de la qualité.

Il faut faire son deuil, de sa femme et un peu de sa vie. Je me sens très capable de prendre ma voiture et de partir à l'hôtel et d'aller me promener. Mais c'est hors de question.

- Mathieu Blanc : Faire le deuil de sa femme ?

- Monsieur G. : Je l'ai compris au bout d'un certain temps. J'ai cheminé et l'ai compris au bout d'un certain temps. Je vais rendre visite à une psychologue en ville. Je lui en ai parlé. Je me présente en disant que je suis veuf, mais que j'ai ma femme. Et j'ajoute que moi aussi ma vie est finie. Mais il faut arriver à l'admettre. Comme je le dis à la psy, ne vous inquiétez pas, je vais pas me suicider ou assassiner ma femme.

- Mathieu Blanc : Et votre famille ?

- Monsieur G. : J'ai 5 enfants et 13 petits enfants. Mes enfants commencent à être à la retraite. Heureusement une fille est ici, institutrice qui prend d'ailleurs sa retraite bientôt.

Elle s'occupe beaucoup de nous et j'essaie de lui faire garder des distances. J'ai perdu ma vie et je veux pas que ma fille perde la sienne. En plus elle est divorcée et seule.

Je lui ai expliqué que son avenir n'était pas avec les vieux.

Puis les autres, j'ai une fille qui est à Aix en Provence. Elle vient une fois par mois, des fois 2. J'ai un fils à Paris qui est désigné dans le mandat de protection future. Puis on a 2 enfants à St Nazaire.

- Mathieu Blanc : Comment avez-vous eu connaissance du dispositif CASA ?

- Monsieur G. : De deux manières. Le 5 février dans le cadre de la surveillance de mon épouse par le service de la mémoire du CHU, on est convoqué et on passe la journée entière. Mon épouse suit quelques examens et moi je reste dans la chambre. En fin de journée on nous voit en couple et on nous voit seuls. Le docteur me dit que je dois être fatigué et il me dit que mon épouse devrait rentrer en EHPAD maintenant. Là, je lui ai dit non, je veux pas ! Alors il me dit qu'il existe un système porté par le Centre de Gériatrie du CHU de Nîmes. Alors je lui dis que le Centre de Gériatrie, je ne veux pas en entendre parler car pour les nîmois c'est un mouvoir. Puis quelques jours plus tard ma fille de Nîmes me parle d'un dispositif dont elle avait entendu parlé et là j'ai fait le lien avec tout. En février il n'y avait pas trop de communication, pas de flyers, ni rien. Alors que ma fille avait une petite info papier.

Ce qui m'a attiré de suite, c'est que s'il m'arrive un pépin, de suite on prend ma femme en charge pendant quelques jours au CHU. Ça s'est le premier argument qui m'a plu. Parce que bon, mes enfants : Et peuchère qui va s'occuper de maman ? Qui va la faire manger ? Comment on va faire ? Au moins, là, les enfants ont une semaine pour s'organiser. Ça c'est l'argument massue qui m'a converti à ça. Puis ensuite, c'est la présence de quelqu'un au téléphone. Ce sont les deux arguments qui m'ont décidé.

On avait pas encore signé, et le premier weekend

- Mathieu Blanc : Etes vous satisfait du dispositif après quelques semaines de passées ?

- Monsieur G. : Un week-end, ma femme a eu des douleurs intenses dans le dos. Aucun médecin n'était joignable. J'étais désespéré. Dès le lundi matin, j'ai contacté l'infirmière du CASA qui a de suite pris les choses en main. Le lundi midi j'avais une ordonnance, une ambulance réservée et un rendez-vous radiologue pour le jeudi. Elle est remarquable, intelligente et débrouillarde. Je suis rassuré de savoir que je peux joindre quelqu'un rapidement. En plus il fallait une ambulance couchée. C'était pas possible. Vous imaginez : Téléphoner aux ambulanciers, aux radiologues, les uns après les autres. Pouvez vous me donner un rendez vous et trouver une ambulance qui sera disponible à ce moment là. J'étais dans les choux, et ça, TOC, elle me l'a résolu immédiatement. J'ai senti de suite la puissance du CHU.

- Mathieu Blanc : Votre domicile est il équipé de technologies ?

- Monsieur G. : Des capteurs de présence sont installés. On a aussi de la télésurveillance car on partait souvent avec mon épouse en camping car, je mettais la maison sous télésurveillance.

Mais Les capteurs de présence, laissez moi vous dire que l'intelligence artificielle est vachement bonne. Tiens par exemple, vous savez qui m'a réveillé ce matin ? L'intelligence artificielle. Car ma femme va a l'accueil de jour à 9h normalement, donc je mets mon réveil à 7h pour l'habillage et la toilette de ma femme, c'est assez long....et à 8h30, l'intelligence artificielle m'a appelé pour me demander si tout allait bien. Car comme m'a femme n'allait pas a l'accueil de jour aujourd'hui, je me suis levé à 8h30. Oui que se passe t'il ? Ca ne s'est pas passé comme d'habitude. On peut plus faire une grâce matinée (rire)

Normalement j'ai toujours le bracelet et il marche vraiment bien. C'est très très sensible et se déclenche rapidement. Ce qui est bien c'est que la personne qui est de l'autre coté nous parle par comme vous nous parlez : « Alors Mr G., tout va très bien chez vous ? » avec une voix douce et calme. Mais comme je lui dis, je suis très content que vous soyez là.

Avant je n'avais qu'une téléassistance, c'était le système du médaillon. Puis si on appuyait ça déclenchait le téléphone et ca m'appelait moi, puis mes enfants et ainsi de suite. C'était moins bien que d'avoir CASA derrière. On m'a parlé d'une tablette, mais je n'en sais pas plus.

- Mathieu Blanc : Comment se passe la préparation des repas ?

- Monsieur G. : C'est à dire qu'entre ma fille d'ici et celle d'Aix en Provence j'ai toujours le congélateur plein. Mais je suis capable d'aller faire quelques courses si besoin. Je me débrouille, je n'ai pas besoin de portage de repas pour l'instant. Je connais les prestataires, mais sans a priori, je ne souhaite pas, je n'ai pas envie.

- Mathieu Blanc : Avez vous déjà pris contact avec d'autres établissements d'hébergement ?

- Monsieur G. : Vous savez, le Pr.V du CHU a essayé de me convaincre pour mettre ma femme en EHPAD. Mais je ne suis pas fou non plus, je sais très bien qu'il faut que je trouve un EHPAD. J'ai commencé à chercher, j'ai quelques contacts sur Nîmes mais certains établissements ont des sites internet dégueulasses, c'est incompréhensible. J'ai commencé par internet pour voir les EHPAD, certain on a l'impression que c'est le paradis, puis vous découvrez qu'il n'y a pas de toilettes. Alors c'est pas possible, comment on peut rentrer la dedans ?

Je suis allé voir un EHPAD, j'ai demandé un dossier et finalement j'ai inscrit mon épouse pour rentrer si besoin. Le dossier est déposé. Ca ne sera pas du jour au lendemain mais il faut bien que quelqu'un meure pour prendre sa place.

Je me posais aussi la question pour préparer un dossier sur l'EHPAD de X. Il paraît qu'il est très très bon. Je ne sais pas si vous le connaissez. Pour choisir, y'a le prix qui est en jeu quand même.

- Mathieu Blanc : Avez vous des contacts avec des associations d'aidants ?

- Monsieur G. : Je ne suis rattaché à aucune association. Vous savez une fois, quand j'ai pris ma retraite de l'armée, je me suis dit que je pouvais rentrer chez les anciens de ceci et de cela. Il y 'en avait au moins 10. Donc me mettre dans une association maintenant, pas forcément.

Le problème de l'aidant, c'est qu'il est seul. Même si vous mettez quinze aides autour il reste seul dans sa maison avec sa femme.

Vous voyez ce qu'il me manque, je ne sors jamais d'ici. JAMAIS. Et sortir de Nîmes c'est fini alors qu'avec ma femme on a fait du camping-car pendant 20 ans. On a parcouru la France pendant 20 ans, puis un beau jour j'ai vu que ma femme ne sortait plus du camping-car, qu'elle n'arrivait plus à monter les escaliers. Alors j'ai vendu le camping-car. Alors maintenant j'ai l'air con de dire ça la fenêtre ouverte ... mais je suis enfermé.

Alors je le disais à Mme C. du CASA. Ce qu'il me manque c'est des vacances. Alors elle me dit qu'elle peut prendre mon épouse pendant 10 jours en hébergement temporaire. Mais je lui ai dit non.

Mais ça s'est un sentiment très dur pour l'aidant. C'est peut être faire un sacrifice.

Je peux vous dire que je suis catholique mais c'est pas la religion qui m'aide à faire ça. C'est un espèce de chemin qu'on fait en soi. Je le disais à ma psychologue aussi. Ma psychologue est très bien, c'est celle du CHU. Elle a aussi un cabinet en ville.

- Mathieu Blanc : Vous parliez d'un besoin de vacances. Vous partiriez où ?

- Monsieur G. : Je le récite dans ma tête. Je sais où partir. Il y a deux endroits ; Yssingeaux dans le haut du mézenc, plus belle partie de France et je vous jure que j'en connais, la plus belle nature à 1100 mètres et là je respire bien. Et ça a l'air idiot comme ça, mais c'est à la Sainte Baume. Il y a une hostellerie où on doit bien manger et c'est aussi à 1100 mètres et c'est le désert. On y a dormi en camping-car, la nature est magnifique.

Mais ce serait pour y aller seul. Ca ferait de la peine à mes enfants car ils se demanderaient pourquoi je ne vais pas plutôt chez eux. Mais je serais tranquille. J'ai toujours été un type un peu seul.

- Mathieu Blanc : Pensez-vous que cela puisse être réalisable ?

- Monsieur G. : J'ai la possibilité que quelqu'un vienne. Les aides ménagères viennent de l'Association Protestante de Service. Ils proposent ce service avec un certain délai, on peut mettre quelqu'un chez moi 24h/24 pendant 7 jours. Ca fait aussi partie de mes précautions vis à vis de mes enfants si j'ai un soucis. Mais je le ferais pas.

Sincèrement, si je propose à un de mes enfants de garder sa mère pendant 8 jours, il y en a aucun qui le fera. Ils me rendent visite, d'accord.

Mon père a été malade à un moment donné. Très raide et très intelligent. Ce n'était plus possible pour lui alors je l'avais mis dans une maison de retraite. Et c'était la fin. Un jour la directrice me convoque après un mois pour me dire que mon papa ne se tenait pas bien, et qu'il faisait mauvais effet dans l'établissement. Alors effectivement j'ai appris qu'une nuit il avait envie de pisser, il a pris son fauteuil roulant et la première porte en sortant était la chambre de son voisin. Bon voilà, sinon il faut aller en colonie de vacances pas en maison de retraite. La directrice me l'a foutu dehors mon père. Peu de temps après je l'ai rencontré cette directrice et je lui ai dit que personne n'avait à traiter mon père de la sorte. Ce n'est pas joli la vieillesse. Vous avez bien vu en arrivant, ma pauvre femme ce matin, les cuisses écartées. Je ne vais pas l'abattre. Et ça c'est quelque chose qui est dur à entendre. Non, ce n'est pas joli la vieillesse. C'est Rocard qui disait ça, un naufrage. La dernière fois que je suis allé à l'hôpital, j'ai été interviewé par une jeune femme qui m'a fait récit ma vie. A la fin je lui ai demandé qui elle était. Elle m'a dit qu'elle était la gériatre. Je l'ai félicité d'avoir choisi l'avenir (rire).

- Mathieu Blanc : Monsieur G., merci beaucoup pour cet entretien. »

ACTION 2.1.3 DU PROJET REGIONAL DE SANTE OCCITANIE 2018 - 2022

Thèmes
transversauxParcours
prioritairesÉquipements, activités
et filières de soins

Repères

PARCOURS VIEILLISSEMENT



FAVORISER LE MAINTIEN À DOMICILE DE LA PERSONNE ÂGÉE PAR LE SOUTIEN AUX AIDANTS ET L'ACCÈS À DES PRISES EN CHARGE RENFORCÉES, ALTERNATIVES ET SÉQUENTIELLES

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

La priorité donnée au maintien de la personne âgée à domicile impose de soutenir les familles et les aidants dans l'accompagnement de leurs proches. Elle induit également le déploiement de prises en charge innovantes visant à adapter les prestations délivrées par les services de soins infirmiers ou à organiser des "passerelles" entre le domicile et son substitut.

Action 2.1.1: Accompagner les familles et les aidants par le développement d'actions de communication et de formation

Action 2.1.2: Expérimenter des SSIAD « renforcés »

Après un séjour hospitalier, des personnes âgées nécessitant des soins plus importants sont parfois refusées par les SSIAD « classiques » et ne relèvent pas de l'hospitalisation à domicile au regard des critères d'inclusion de cette dernière. Pour les personnes âgées atteintes de polypathologies et/ou en forte perte d'autonomie, la création de places « renforcées » au sein des SSIAD vise à renforcer la durée, la fréquence, les modalités ou la nature des interventions auprès des personnes âgées (recours à des compétences complémentaires : ergothérapeute, psychologue en complément du soignant habituel).

Action 2.1.3: Promouvoir l'émergence de nouveaux modes de prises en charge alternatifs ou séquentiels :

En réponse aux besoins spécifiques des personnes âgées et de leurs aidants, l'offre médico-sociale doit aller vers davantage de souplesse et de personnalisation : offre d'EHPAD « hors les murs », d'habitat alternatif/inclusif, hébergement de nuit, accueil de week-end, hébergement temporaire de courte durée répondant à l'urgence, accueil de jour pour les personnes avec Maladies Neuro Dégénératives autres que la maladie d'Alzheimer, accueil de jour itinérant...

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Diminution des hospitalisations « évitables »
- Retour facilité et sécurisé à domicile suite à une hospitalisation
- Sorties précoces d'hospitalisation (raccourcissement des durées moyenne de séjours - DMS)
- Renforcement de la coordination du parcours de santé et amélioration de la continuité des soins
- Diminution des ruptures de parcours par le développement de prises en charge alternatives

**CAHIER DES CHARGES DE L'APPEL A CANDIDATURE ARS OCCITANIE
« PROJETS INNOVANTS DE SOUYIEN RENFORCE PERMETTANT DE BIEN VIAILLIR
A DOMICILE »**



ARS OCCITANIE

**Appel à candidatures
Cahier des Charges**

**Projets innovants de soutien renforcé
permettant de bien vieillir à domicile**

Date de la publication : 06/09/2019

Clôture des dossiers : 31/12/2019

1- Contexte

Selon les dernières projections de l'Insee¹, au niveau national, le nombre de personnes de 75 ans ou plus augmenterait de 2,5 millions entre 2015 et 2030 (+42 %) et doublerait pour atteindre 6 millions à l'horizon 2050 ; leur part dans la population totale passerait de 9,1 % en 2015 à 12,2 % en 2030 et 16,4 % en 2050.

Parallèlement, le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait d'environ 200 000 personnes (+15 %) entre 2015 et 2030 selon le scénario bas, 320 000 (+25 %) selon le scénario intermédiaire et 410 000 (+33 %) selon le scénario haut. La concertation « grand âge autonomie » a retenu le scénario intermédiaire comme scénario central : le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie passerait ainsi de 1 265 000 personnes en 2015 à 1 582 000 en 2030 et 2 235 000 en 2050. La hausse serait de l'ordre de +20 000/an jusqu'en 2030 mais accélérerait franchement à près de +40 000/an entre 2030 et 2040 du fait de l'arrivée à un âge avancé des premières générations du Baby-Boom.

En Occitanie², si les soldes naturels et migratoires actuels se prolongent jusqu'en 2030, la population ne va cesser d'augmenter et de vieillir. Ainsi, la population augmenterait de 17 % pour atteindre 6,5 millions en 2030.

Dans le même temps, la population des personnes âgées d'au moins 75 ans augmenterait de 52 % en cohérence avec les évolutions constatées au niveau national. Pour ces dernières, l'évolution serait particulièrement importante à partir de 2022, année correspondant à l'arrivée à ces âges des personnes nées après 1945 au moment du « baby-boom ». Ainsi, chaque année, le nombre de personnes de plus de 75 ans augmenterait de près de 25 000, pour atteindre 875 000 en 2030 et 1 million en 2036.

Ce vieillissement devrait s'accompagner d'une forte progression des situations de dépendance et des pathologies associées au grand âge ; certaines de ces personnes ayant besoin d'aide pour effectuer des actes de la vie quotidienne et/ou nécessitant une surveillance régulière adaptée.

Pour affronter la réalité démographique en tenant compte du souhait de la population de « continuer à vivre chez soi » à l'arrivée aux grands âges, un changement profond du modèle d'accompagnement doit être engagé. Cela suppose d'affirmer résolument la nécessité de privilégier la vie au domicile de la personne, le plus longtemps possible, et donc de diminuer la part de la population âgée en perte d'autonomie résidant en établissement.

¹ Projections de population 2013-2070 pour la France, Insee Résultats n° 187 Société, novembre 2016

² « Projection de population dans les principales aires urbaines de Midi-Pyrénées », Dossier de l'Insee n°155 – février 2012 « Projection de population à l'horizon 2030, en Languedoc-Roussillon », Repères chiffres pour l'économie du Languedoc-Roussillon n°12 – décembre 2007

Ce nouveau modèle suppose également, car la vie à domicile présente des risques, en particulier des risques d'isolement, de sortir d'un choix binaire entre l'EHPAD et le domicile, en développant des formes alternatives et accessibles de prise en charge : résidences autonomie, accueil familial, accueil temporaire, accueil de jour, habitat intergénérationnel et inclusif notamment. Cela suppose enfin de repenser l'Ehpad. Les établissements pour personnes âgées doivent s'ouvrir vers l'extérieur et constituer ainsi des centres de ressources du grand âge offrant des services à la population de leur bassin de vie et s'intégrant mieux aux structures d'accompagnement et de soin à domicile.

Plus généralement, l'ensemble des structures et services médico sociaux doit pouvoir mieux répondre à la diversité des besoins d'accompagnement des personnes âgées de leur territoire.

Ces quelques éléments donnent la mesure des enjeux du secteur et du défi que représente le vieillissement de la population pour notre société. Ils soulignent avec acuité le besoin de mettre en place des actions préservant l'autonomie des personnes âgées et de développer des réponses adaptées et évolutives.

En cohérence avec les conclusions de la concertation « grand âge et autonomie », une des priorités du « parcours vieillissement » du Projet régional de santé Occitanie 2018-2022 prévoit de favoriser un maintien à domicile choisi de la personne âgée en perte d'autonomie en promouvant l'émergence de « nouveaux modes de prise en charge alternatifs et séquentiels » (action 2.1.3 du PRS) avec notamment la mise en œuvre de dispositifs innovants organisant des passerelles entre le domicile et son substitut.

Dans ce contexte, l'offre médico-sociale et notamment « l'EHPAD de demain » doit aller vers davantage de souplesse et de personnalisation, et nécessairement s'inscrire en complémentarité avec le domicile. Elle devra intervenir en amont et en soutien au maintien à domicile en proposant des solutions et des services divers aux personnes âgées et à leurs aidants afin de favoriser un parcours de soins adapté et évolutif.

Au regard de ces éléments, l'ARS Occitanie lance un appel à candidatures pour accompagner à titre expérimental des projets de solutions innovantes participant au bien vieillir à domicile.

2- Objectifs

L'offre de services doit s'ouvrir au-delà de sa fonctionnalité traditionnelle. L'EHPAD par exemple doit déconnecter en partie ses missions de son activité centrée sur l'hébergement permanent, en développant des services en interne et externe, dédiés aux personnes âgées vivant à domicile (ou dans des lieux de vie collectifs non médicalisés) et à leurs aidants proches. En effet, de par leur densité géographique, leur expertise en gériatrie et les ressources humaines dont ils disposent, les EHPAD ont un rôle important à jouer dans l'évolution des modalités d'accompagnement du vieillissement de la population.

Les SSIAD, quant à eux, sont d'ores et déjà des acteurs naturels du maintien à domicile.

Dès lors, en faisant évoluer leurs prestations, les opérateurs ont vocation à devenir des acteurs pivots des politiques gérontologiques sur leurs territoires et passer ainsi d'une logique de « structure » à une logique de « prestations de services coordonnées ».

Enfin, l'ouverture des structures médico-sociales sur leur environnement extérieur à travers la mise en œuvre de dispositifs innovants est devenue indispensable pour permettre aux professionnels d'enrichir leurs connaissances, de renouveler leurs modalités d'intervention et ainsi favoriser l'attractivité des métiers du grand âge et la qualité de vie au travail dans un souci d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge.

3- Éléments de cadrage du projet d'expérimentation - Cahier des charges

3-1 : Le type de porteur

L'appel à candidatures est lancé sur l'ensemble de la région Occitanie à destination :

- des EHPAD
- des Centres d'Accueil de Jour Autonomes
- des SSIAD
- des SPASAD autorisés ; les SPASAD expérimentaux ne sont pas éligibles en tant que tel, mais les SSIAD retenus dans l'expérimentation peuvent candidater.

3-2 : Le public cible

Le dispositif concerne les personnes âgées vivant à domicile en risque de perte d'autonomie ou dépendantes susceptibles d'être admises en EHPAD et dont la volonté est de rester vivre à leur domicile.

3-3 : Le territoire d'intervention

Un périmètre d'intervention de proximité est requis pour faciliter la projection des équipes vers les domiciles des personnes âgées et/ou la venue des personnes âgées à la structure délivrant les prestations. Le périmètre d'intervention proposé peut concerner plusieurs départements.

3-4 : Les projets éligibles : le champ de l'expérimentation

3-4-1 : Les modèles d'organisation attendus

Chaque porteur pourra faire évoluer son panel de prestations au regard des besoins identifiés et de la configuration de l'offre sur le territoire.

Au-delà de la fonction de coordination qui est attendue, l'offre de services peut proposer et/ou combiner :

- Des prestations au sein de la structure (fonction de « centre ressources »). Exemple : expertise gériatrique, formations de professionnels à domicile, accès à la télémedecine, aux thérapies non médicamenteuses, aux animations adaptées ...

- Des prestations au domicile des personnes âgées (communément appelé « EHPAD hors les murs »). Exemple : interventions de professionnels de l'EHPAD au domicile des personnes âgées, sur les champs du soin, de l'autonomie et de la participation sociale.

- De nouvelles modalités d'accompagnement des personnes âgées (création de places d'accueil de nuit en EHPAD, de places d'accueil d'urgence en EHPAD, de places de SSIAD de nuit, d'accueil familial, de relayage...).

3-4-2 : Les actions éligibles

Quel que soit le modèle d'organisation choisi (centre ressources, intervention au domicile nouvelles modalités d'accompagnement - Cf. point 3-4-1), le dispositif proposé dans ce cadre doit agir sur un ou des facteurs de perte d'autonomie, tels que :

- **Prévenir l'isolement social** (ouverture des activités adaptées de l'EHPAD aux personnes à domicile, création dans les EHPAD de lieux partagés ouverts sur l'extérieur et permettant de concilier prise de repas et participation à des animations ...),
- **Prévenir la dénutrition** (évaluation de l'état nutritionnel des personnes âgées à domicile, mise en place à l'aide des diététiciens intervenant en EHPAD d'un programme d'aide à la prévention de la dénutrition adapté à chaque personne âgée, organisation du portage de repas adaptés et/ou la possibilité de prendre le repas à EHPAD, etc.),
- **Prévenir les chutes** (réalisation d'une expertise environnementale et d'un bilan de risque de chute à domicile par un ergothérapeute, proposition de programmes d'accompagnement à la prévention des chutes, séances de sport adapté ouvertes aux personnes âgées à domicile, prestations d'ergothérapeute à domicile pour adopter de nouveaux comportements et gestes, mise en place d'un système de détection des chutes à domicile, etc.),
- **Prévenir la iatrogénie médicamenteuse et favoriser l'accès aux thérapies non médicamenteuses** (réminiscence, Snoezelen, balnéothérapie, ateliers mémoire...) des personnes âgées à domicile par l'organisation de séances ouvertes en EHPAD, consacrer des temps d'animation thérapeutiques (art-thérapie, musicothérapie, zoothérapie...) en EHPAD aux personnes âgées à domicile etc.,
- **Renforcer la surveillance médicale ainsi que l'accès aux soins des personnes âgées à domicile** (équiper les EHPAD de dispositifs de téléassistance / visio assistance connectés au domicile des personnes âgées, organiser des consultations avancées en EHPAD, y compris pour les personnes âgées à domicile, ouvrir les consultations de télémedecine en EHPAD aux personnes âgées à domicile ; créer au sein de SSIAD, sur le modèle des Pôles de

Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) dans le champ du handicap, des équipes d'intervention d'urgence pouvant intervenir immédiatement en sortie d'hospitalisation au domicile des personnes dans l'attente d'un accompagnement plus pérenne, création de places d'accueil de nuit en EHPAD, de places d'accueil d'urgence en EHPAD...)

Pour les prestations nécessitant la venue des personnes âgées dans la structure porteuse de l'expérimentation, l'organisation et la charge des transports correspondants incombent à cette dernière et doivent être prévues et présentées dans le dossier de candidature.

Quel que soit le modèle d'organisation proposé (modèle de services intégrés³ ou modèle de services coordonnés⁴), une fonction de coordination est attendue ; cette dernière peut faire l'objet d'une valorisation spécifique (cf. 5 - le financement des dispositifs).

3-4-3 : Illustrations

- Exemple de dispositif de sécurisation du domicile et gestion des urgences : visite de surveillance à domicile à intervalles réguliers par un professionnel (SSIAD, EHPAD...) + organisation d'une astreinte de nuit 24/7 avec possibilité d'intervention au domicile + mise à disposition d'une chambre d'accueil temporaire d'urgence au sein d'un EHPAD.
- Exemple de dispositif de repérage et de prise en charge des troubles cognitifs : consultations avancées d'un gériatre au sein d'un EHPAD pour des personnes âgées à domicile + accompagnement par le psychologue de la structure + accès aux ateliers mémoire de la structure.
- Exemple de dispositif de prévention de la perte d'autonomie : intervention à domicile de l'ergothérapeute d'un SSIAD et accès à des ateliers d'activités Physiques Adaptées au sein de l'EHPAD afin de prévenir les chutes et favoriser le renforcement musculaire + intervention d'un diététicien pour un accompagnement personnalisé visant à prévenir la dénutrition.

3-5 : Les critères et modalités d'appréciation des dispositifs

Le projet devra obligatoirement être présenté sous la forme du dossier de candidature joint en annexe.

Les projets feront l'objet d'une analyse au regard des critères de sélection suivants :

- La qualité du projet au regard des objectifs de l'expérimentation :

³ Modèle de services intégrés : le dispositif produit avec son personnel salarié et ses moyens matériels la presque totalité des services. Il coordonne ses services internes

⁴ Modèle de services coordonnés : regroupement de services sous forme de plateforme faisant interface entre les demandes des usagers (personnes âgées à domicile) et les différents opérateurs coordonnés du dispositif (dont peut faire partie le porteur) qui restent indépendants juridiquement

- Le caractère innovant du projet : le projet déposé doit constituer une réponse nouvelle à un besoin préalablement identifié,
- La pertinence du projet : le dispositif doit être en cohérence avec les actions inscrites dans le champ de l'expérimentation,
- La démarche partenariale et la plus-value du projet : En amont de sa mise en œuvre, le projet doit avoir été élaboré avec les différents acteurs de l'accompagnement des personnes âgées au regard des besoins préalablement identifiés du territoire et de la configuration de l'offre, dans une logique d'accompagnement plus global de la personne âgée et dans une perspective d'efficience. Cette concertation préalable doit permettre d'appréhender la cohérence territoriale du projet et notamment sa complémentarité ainsi que sa valeur ajoutée par rapport aux autres dispositifs. Il est recommandé que cette concertation préalable s'appuie sur les instances de concertation territoriales existantes (CLIC, PTA, MAIA, CPTS).

Les projets co-portés par plusieurs structures seront particulièrement appréciés.

- L'accessibilité financière du dispositif : le reste à charge pour l'utilisateur doit être précisé dans le dossier
- La contribution potentielle du projet à la qualité de vie au travail dans les structures porteuses.

Par ailleurs, dès le démarrage de l'expérimentation, le porteur devra s'assurer que l'ensemble des acteurs de l'accompagnement et de la prise en charge de la personne âgée (sanitaires, médico-sociaux, professionnels de santé...) ainsi que les instances de coordination territoriales existantes ont connaissance du dispositif proposé afin d'orienter les patients.

➤ La qualité du projet en termes d'organisation et de fonctionnement du dispositif :

- Le porteur précisera la façon dont les potentiels bénéficiaires du dispositif sont repérés (et notamment les publics fragiles ou en risque de perte d'autonomie) ainsi que la procédure d'admission dans le dispositif.
- Une attention particulière devra être accordée à la coordination et au suivi des interventions des différents intervenants de la prise en charge de la personne âgée (modalités d'intervention, organisation du dispositif et effectifs adaptés, articulation, rôle de chacun...).

➤ La qualité du dossier d'évaluation du dispositif :

Le porteur accompagnera son dossier d'indicateurs pertinents :

- Indicateurs SMART :
- Significatif
 - Mesurable
 - Atteignable
 - avec un Responsable de l'indicateur

- Temporellement défini

➤ La capacité à mettre en œuvre le dispositif (faisabilité)

Une attention particulière sera également portée sur l'opérationnalité du projet et la capacité du promoteur à le mettre en œuvre rapidement (mise en œuvre effective au plus tard le 30 juin 2020).

➤ La cohérence et la coordination avec les cofinancements potentiels

Dans l'hypothèse où des actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile seraient financées par d'autres acteurs et notamment les CFPPA, le projet devra être construit en cohérence et en complémentarité avec lesdites actions.

4- Évaluation des dispositifs

Le promoteur devra préciser la méthodologie d'évaluation retenue ainsi que les indicateurs (quantitatifs et qualitatifs) de suivi et d'évaluation du projet (cf. point précédent). Les données relatives à ces indicateurs seront transmises annuellement à l'ARS en même temps que l'ERRD ou compte administratif.

Une évaluation à mi-parcours des expérimentations sera réalisée par l'ARS ; elle permettra d'effectuer un premier bilan des actions menées sur la base des indicateurs préalablement définis dans le projet par le promoteur. Une revue régionale des dispositifs sera réalisée au terme de l'expérimentation (3 ans).

5- Le financement des dispositifs

Le financement du dispositif est plafonné à 100 000 € annuel. Une enveloppe supplémentaire de 50 000 € maximum est prévue pour les projets incluant une coordination renforcée (modèle de services coordonnés faisant intervenir des opérateurs indépendants juridiquement) ou présentant des ambitions particulières. Par ailleurs, un co-financement des établissements est attendu.

L'attribution de crédits sera formalisée par la signature d'une convention entre l'ARS et le porteur du projet précisant notamment la nature du projet, le montant de l'aide accordée, son affectation, les conditions de son versement ainsi que les engagements du bénéficiaire.

La durée de l'expérimentation est fixée à 3 ans.

La restitution à l'ARS de tout ou partie des financements accordés pourra être demandée dans le cas de non mise en œuvre du dispositif expérimental. De même, l'interruption des financements sera



envisagée en cas de mise en place partielle et/ou non conforme au dossier de candidature sélectionné et/ou du non-retour des indicateurs.

6- Procédure de l'appel à candidatures

6-1 : Dépôt des candidatures

Les dossiers de candidatures devront être réceptionnés au plus tard le 31 décembre 2019 à minuit (date de réception faisant foi), à l'adresse électronique de l'ARS :
ars-oc-dosa-appel-projets-ms@ars.sante.fr

6-2 : Composition du dossier de candidature

Un modèle de dossier de candidature est à compléter par le porteur (cf. annexe). Ce dossier de candidature permettra de détailler le dispositif proposé et de vérifier sa cohérence avec le cahier des charges.

6-3 : Modalités d'instruction des dossiers et autorisation

L'instruction des dossiers, effectuée au moyen d'une grille d'analyse, s'attachera en premier lieu à vérifier l'adéquation du dossier déposé par rapport au cahier des charges. Elle permettra de caractériser les points positifs, les points de vigilances, les interrogations, les recommandations et ainsi de fournir un avis global (favorable, favorable avec réserves, défavorable).

L'instruction technique des dossiers sera effectuée par les services de l'ARS (pôle médico-social et délégations départementales).

Les porteurs de projets seront informés de la décision du Directeur Général de l'ARS.

6-4 : Calendrier de l'appel à candidatures

ETAPES	CALENDRIER
Fenêtre de dépôt des candidatures	Du 06/09/2019 au 31/12/2019
Notification des décisions	1 ^{er} trimestre 2020
Financement et mise en œuvre de l'expérimentation	2 ^e trimestre 2020

ANNEXE 6

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION CASA

	<i>Enregistrement</i>	<i>Doc. N° : EGER090</i> <i>Version : A</i> <i>Date : 17/12/2021</i>
Gérontologie	Questionnaire de satisfaction du dispositif d'EHPAD hors les murs	
<i>Référence à la procédure : /</i>		

Madame, Monsieur,

Il est important pour le Pôle de Gérontologie Médico-sociale du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes d'évaluer votre satisfaction.
 Afin d'améliorer la qualité de nos prestations et de mieux répondre à vos attentes, nous vous invitons à répondre à ce questionnaire. Les résultats seront présentés à l'Agence Régionale de Santé.

1) Comment avez-vous eu connaissance du projet innovant de soutien renforcé à domicile ?

☐	Par votre médecin traitant.
☐	Par un autre établissement de santé, précisez :
☐	Par votre mairie précisez la commune :
☐	Par une infirmière libérale
☐	Par votre entourage/connaissances
☐	Autre, précisez :

2) Communication avec l'équipe

Votre avis sur :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné	Ne sait pas/plus
Facilité à comprendre les explications données par l'équipe du dispositif	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Relations avec l'équipe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Disponibilité de l'équipe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Communication avec l'équipe	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Validation par : docteur D.

3) En Pratique

Votre avis sur :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné	Ne sait pas/plus
Délai du 1er rendez-vous avec l'équipe du dispositif	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Maniabilité de la tablette	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le dispositif télégraphik	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Visio appel famille	☐	☐	☐	☐	☐	☐

A votre avis, le dispositif permet-il :	Oui	Non	Ne sait pas/plus
Le maintien à domicile ?	☐	☐	☐
Un soulagement familial ?	☐	☐	☐
Une amélioration de la prise en charge médicale gériatrique ?	☐	☐	☐
Un évitement de l'hospitalisation ?	☐	☐	☐
Un évitement de rupture sociale ?	☐	☐	☐
Un soutien psychologique du patient / de l'aidant	☐	☐	☐
Un soutien social ?	☐	☐	☐
Une intégration sociale ?	☐	☐	☐

Les dimensions dans lesquelles le dispositif vous a aidé	Oui	Non	En partie	Ne sait pas/plus
Prévention des chutes ?	☐	☐	☐	☐
Prévention des effets secondaires des médicaments ?	☐	☐	☐	☐
Nutrition ?	☐	☐	☐	☐
Prise en charge psychologique ?	☐	☐	☐	☐
Prise en charge comportementale ?	☐	☐	☐	☐
Suivi médical ?	☐	☐	☐	☐
Autre (précisez) :	☐	☐	☐	☐

4) Documentation

Avez-vous reçu :	Oui	Non	Ne sait pas/plus
le livret d'intervention ardoiz et télégrafik ?	☐	☐	☐
La charte du dispositif ?	☐	☐	☐
Le flyer du dispositif ?	☐	☐	☐
Le contrat ardoiz télégrafik ?	☐	☐	☐
L'engagement de payer ?	☐	☐	☐
Le contrat d'accompagnement ?	☐	☐	☐

5) Autour du dispositif

Avez-vous intégré l'accueil de jour ?	oui ☐	non ☐
l'hébergement temporaire (HT) ?	oui ☐	non ☐
l'accueil de nuit ?	oui ☐	non ☐
Grâce au dispositif, y-a-t-il eu une réévaluation de votre GIR ?	oui ☐	non ☐
Une intervention infirmière a-t-elle été demandée ?	oui ☐	non ☐
Une augmentation de votre plan d'aide APA ?	oui ☐	non ☐
<i>Si oui,</i>		
Portage de repas ?	oui ☐	non ☐
Intervention d'un auxiliaire de vie ?	oui ☐	non ☐
Intervention d'une aide-ménagère ?	oui ☐	non ☐
Autre ?	oui ☐	non ☐

Une mesure de protection a-t-elle été enclenchée ? oui ☐ non ☐

oui ☐non ☐

Un dossier de demande anticipée d'EHPAD a-t-elle été réalisée ? oui ☐ non ☐

oui 

non

Avez-vous reçu une aide pour la rédaction des directives anticipées ? oui ☐ non ☐

oui ☐

non 

Jugez-vous la visite médicale tous les 3 mois

suffisante ? ☐

insuffisante ? ☐

Avez-vous été informé du projet d'accompagnement personnalisé ? oui ☐ non ☐

oui ☐

non ☐

Conseilleriez-vous le dispositif à d'autres personnes ?

oui ☐non ☐

REMARQUES - PROPOSITIONS GENERALES



CONTRAT DE PRISE EN CHARGE CASA



**« CASA » : Coordination Accompagnement Soutien des Aînés |
au domicile**

CONTRAT DE PRISE EN CHARGE

Le contrat de prise en charge a vocation à définir les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement de la personne, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

Le bénéficiaire et/ou son représentant légal sont invités à en prendre connaissance avec la plus grande attention.

Le contrat de prise en charge est élaboré dans le cas d'une admission au sein du dispositif CASA : Coordination Accompagnement Soutien des Aînés au domicile.

Il est remis à chaque bénéficiaire et le cas échéant, à son représentant légal, au plus tard dans les quinze jours suivant l'admission. Il doit être signé par les deux parties dans le mois qui suit l'admission. Pour la signature du contrat, le bénéficiaire ou son représentant légal peut être accompagné de la personne de son choix.

Le contrat de prise en charge prévoit :

- les conditions et les modalités de sa résiliation ou de sa révision ou de la cessation des mesures qu'il contient ;
- la définition avec l'usager ou son représentant légal des objectifs de la prise en charge ;
- la mention des prestations d'action sociale ou médico-sociale, éducatives, pédagogiques, de soins et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre dès la signature du contrat ;
- les conditions de la participation financière du bénéficiaire ;
- les conditions de résiliation.

Les conflits nés de l'application des termes du contrat sont, en l'absence de procédure amiable ou lorsqu'elle a échoué, portés selon les cas devant les tribunaux de l'ordre administratif compétents.

SOMMAIRE

I – CONTRACTANTS	3
II – CONDITIONS D'ADMISSION	3
III – DUREE DE PRISE EN CHARGE	4
IV. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT	4
V. COÛT DE LA PRISE EN CHARGE	4
VI. DELAI DE RETRACTATION ET RESILIATION DU CONTRAT	4

I – CONTRACTANTS

Le présent contrat, établi en double exemplaire, définit les objectifs et la nature de la prise en charge de la personne bénéficiaire du dispositif C.A.S.A.

Il est conclu entre :

- D'une part,

Mme/M.

né(e) le à

admis(e) dans le dispositif C.A.S.A.

ci-après dénommé(e) « le bénéficiaire »,

Le cas échéant, représenté(e) par M. ou Mme (indiquer nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, lien de parenté éventuel)

.....
.....
.....

dénommé(e) le représentant légal (préciser tuteur, curateur, mandataire judiciaire à la protection des majeurs ; joindre la photocopie du jugement).

- Et d'autre part,

Le service de Coordination Accompagnement Soutien des Aînés au domicile (dispositif « CASA ») situé à Nîmes – CHU Centre de gérontologie de Serre Cavalier représenté par son directeur,

Il est convenu ce qui suit.

II – CONDITIONS D'ADMISSION

Le dispositif CASA représente une alternative à l'admission en EHPAD. Il permet d'assurer le maintien à domicile des personnes âgées fragiles.

Le dispositif CASA s'adresse :

- Aux personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie.
- Aux personnes âgées qui disposent d'un accès internet ou souhaitent l'installer dans leur logement, dont le logement est situé dans un rayon de 10 kms autour du centre de gérontologie de Serre Cavalier.

L'admission est prononcée sur avis médical au vu du dossier d'admission complété par le médecin traitant et à l'issue d'une consultation gériatrique sur le site de Serre Cavalier.

III – DUREE DE PRISE EN CHARGE

Le présent contrat est conclu pour :

- une durée indéterminée à compter du
- une durée déterminée du..... au (supérieure à 2 mois).

La date d'admission pour le bénéficiaire est fixée par les deux parties.

Cette date correspond, sauf cas de force majeure, à la date de départ de la facturation de la prestation.

IV. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT

L'admission dans le dispositif CASA permet de bénéficier :

- d'une visite à domicile par les équipes soignantes si besoin ;
- d'une évaluation et adaptation par une équipe d'ergothérapeutes du CHU ;
- d'actions de prévention en santé réalisées par une équipe pluridisciplinaire.

Le bénéficiaire et son aidant ont également la possibilité de disposer d'un accompagnement psychologique.

En cas de besoin, le bénéficiaire peut être accompagné pour ses démarches administratives, par une assistante sociale.

L'établissement met à disposition une chambre d'accueil d'urgence sur le site, disponible 24h/24.

V. COÛT DE LA PRISE EN CHARGE

Le bénéficiaire s'engage à régler directement auprès du prestataire l'installation d'outils de ~~gémto~~ technologie.

Le reste à charge à régler auprès du CHU pour l'inclusion dans le dispositif CASA est de 28 € TTC par mois, quel que soit le jour d'entrée.

Cette somme correspond à un forfait mensuel. Elle est facturée à terme échu.

VI. DELAI DE RETRACTATION ET RÉSILIATION DU CONTRAT

Rétractation : le bénéficiaire, ou son représentant légal, peut exercer par écrit un droit de rétractation dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du forfait mensuel de 28 euros.

Résiliation volontaire : passé le délai de rétractation susmentionné, le bénéficiaire ou son représentant légal, peut résilier le contrat de séjour par écrit à tout moment. A compter de la notification de sa décision de résiliation à la direction de l'établissement, elle dispose d'un délai de réflexion de quarante-huit heures pendant lequel elle peut retirer cette décision sans avoir à justifier d'un motif. Ce délai de réflexion s'impute sur le délai de préavis qui peut lui être opposé.

La résiliation doit être notifiée à la Direction de l'établissement par lettre contre récépissé ou par lettre recommandée avec accusé de réception et moyennant un préavis d'un mois de date à date, calculé à partir de la date de réception par l'établissement.

Résiliation à l'initiative de l'établissement :

La résiliation du contrat par le gestionnaire de l'établissement ne peut intervenir que dans les cas suivants :

- En cas de cessation totale d'activité de l'établissement ;
- Dans le cas où le bénéficiaire cesse de remplir les conditions de prise en charge par le dispositif CASA (lorsque son état de santé nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans la prise en charge à domicile, après que le gestionnaire s'est assuré que la personne dispose d'une solution d'accueil adaptée).
- En cas de manquement grave, par le bénéficiaire ou son entourage, aux règles relatives au respect des agents de service public dans l'exercice de leur mission.

Résiliation de plein droit :

En cas de décès, le contrat de séjour se trouve résilié le lendemain du décès.

Fait à, le

Signature du bénéficiaire
Ou de son représentant légal

Signature de la directrice
de la filière gériatrique

PLAQUETTE DE COMMUNICATION CASA

Présentation de notre équipe pluridisciplinaire :

- Un médecin gériatre ;
- Une infirmière ;
- Une assistante en soins gériatologiques ;
- Une psychologue ;
- Une assistante sociale ;
- Equipe ergothérapeute du CHU (EMGEH).

Qui peut en bénéficier ?

- Personnes âgées de + 60 ans en perte d'autonomie ;
- Dans un rayon de 10 km autour du centre de gériatologie de Serre Cavalier ;
- Les personnes âgées qui disposent d'un accès internet, ou souhaitent l'installer dans leur logement.

Vous avez des questions sur le dispositif ou vous souhaitez retirer un dossier ?

Vous pouvez contacter nos services au
04 66 68 52 43 ou 07 76 26 59 72

Horaires : 9h00-18h00
du lundi au vendredi.

Vous pouvez également nous envoyer un mail à casa@chu-nimes.fr

Que se passe-t-il après l'inscription ?

Vous serez contacté(e) par un membre de l'équipe C.A.S.A afin d'organiser une visite à domicile et par la suite prendre rendez-vous pour une consultation gériatrique, avant la mise en place du dispositif.

Le Centre de Gériatologie Serre Cavalier, c'est :

- 275 lits d'EHPAD dont 24 en secteur protégé ;
- 20 lits d'hébergement temporaire ;
- 190 lits d'USLD (Unité de Soins de Longue Durée) pour les patients nécessitant une prise en charge médicale lourde et des soins techniques ;
- 10 places d'accueil de jour ;
- 30 places dans le cadre du dispositif C.A.S.A ;
- Une UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) de 13 lits pour les résidents avec des troubles du comportement sévères et chroniques.
- 31 lits de SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)

Centre de gériatologie de Serre Cavalier
CHU de Nîmes
31 rue Ambroise-Croizat, 30000 NÎMES



CASA

Coordination Accompagnement
Soutien des Aînés au domicile

Vous accompagner à domicile,
le plus longtemps possible !

Présentation du dispositif C.A.S.A

C.A.S.A permet un maintien à domicile sécurisé et serein, en évitant les situations de ruptures sociales et médicales avec une offre de services graduée et à la carte grâce à :

- Une coordination médicale et paramédicale pour mettre en place un projet de soins personnalisé et adapté en lien avec le médecin traitant et les intervenants du domicile ;
- Une visite à domicile afin de cerner vos besoins, réalisée par notre équipe soignante ;
- Une évaluation et adaptation du domicile par une équipe d'ergothérapeutes du CHU ;
- Proposition d'installation d'outils de gérontechnologie pour optimiser le suivi et sécuriser le domicile (capteurs sur le réfrigérateur et les placards, chemin lumineux au lit, téléalarme, etc.)
- Actions de prévention en santé grâce à une équipe pluridisciplinaire : chutes, dénutrition, troubles du comportement, accompagnement des aidants ;
- Possibilité pour le bénéficiaire et son aidant de disposer d'un accompagnement psychologique.

**C'est aussi :**

- Un accès facilité aux consultations spécifiques : mémoire, évaluation gériatrique, plaies et cicatrisation ;
- La promotion du lien social et la lutte contre l'isolement : inclusion dans la vie sociale du site (participation aux fêtes et sorties etc...), possibilité d'accompagnement à l'accueil de jour ;
- La mise à disposition d'une chambre d'accueil d'urgence sur le site, disponible 24h/24h (par exemple en cas d'hospitalisation imprévue de l'aidant principal) ;
- Service de conseil social et d'aide administrative.

Les services :

Chez vous, C.A.S.A vous accompagne au quotidien.

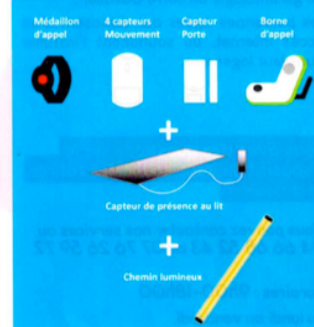
- Avec un accès internet pré-existant ou inclus dans le dispositif, vous disposez d'une tablette adaptée Ardoiz, ainsi que d'un accompagnement grâce à un pack assistance Télégrafik* (Pack Actimétrie ou Pack Vigilance Nuit).

*Bénéficiez de 50% de crédit d'impôt.
*24h/24, 7j/7.

Pack de base Actimétrie + tablette Ardoiz

Avec ou sans option internet.

Pack Actimétrie : 4 capteurs de mouvement, 1 capteur porte, 1 Interphone + 1 médaillon

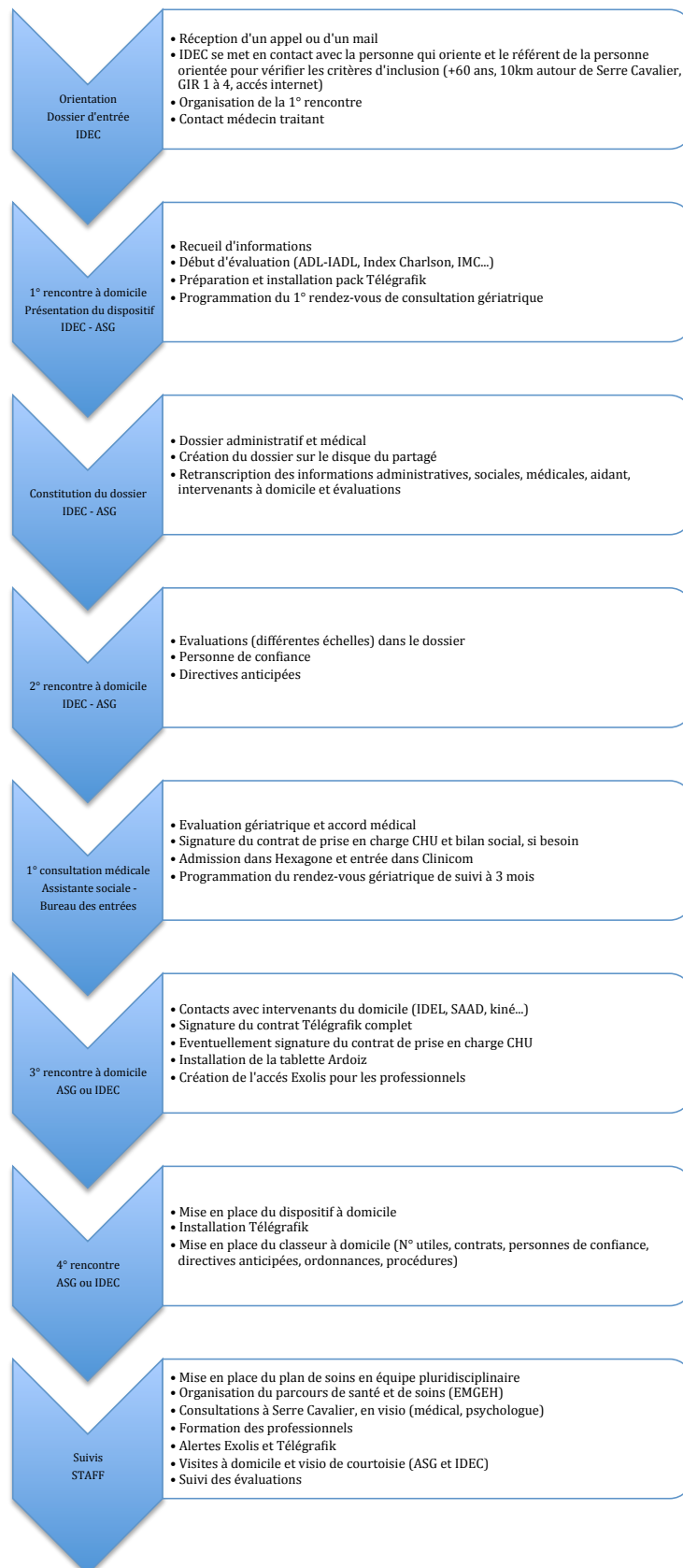
Pack Vigilance nuit + tablette Ardoiz

Avec ou sans option internet.

Pack Vigilance nuit : Pack Actimétrie, 1 capteur de lit, 1 chemin lumineux.

ANNEXE 9

PROCEDURE DU PRISE EN CHARGE D'UN NOUVEAU BENEFICIAIRE CASA



PLAQUETTE DE COMMUNICATION VIVRE@LAMAISON



Contactez-nous

Dispositif vivre@lamazon

📍 Pôle Gériatrique Nîmois
12 Rue de Tunis
30000 Nîmes

☎ 04 66 29 00 03

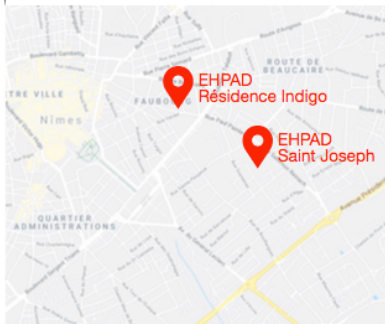
@ vivre@lamazon.30@croix-rouge.fr

LA CROIX-ROUGE FRANÇAISE

Acteur majeur de l'économie sociale et solidaire, la Croix-Rouge française pilote près de 600 établissements et services dans les secteurs de la santé, du médico-social et de la formation.

L'association propose aux personnes âgées qui ont besoin d'un soutien quotidien ou ponctuel, des solutions adaptées à leur situation: accueil de jour, hébergement, prestations d'aide et de soins à domicile...

” Nos pratiques professionnelles sont fondées sur le respect des souhaits de la personne, de son histoire et de ses habitudes de vie.



Votre accompagnement sur mesure

👤 65 000 bénévoles

👤 16 700 salariés

📍 Plus de 1 000 implantations locales

RETROUVEZ TOUTES LES INFORMATIONS SUR

🔍 <https://pourvous.croix-rouge.fr>

vivre
@lamazon
PAR LA CROIX-ROUGE FRANÇAISE +



”

Vous recherchez une solution d'accompagnement renforcée pour rester à domicile, pour vous ou l'un de vos proches ?

La Croix-Rouge française vous propose son service innovant:

VIVRE@LAMAISON



Qu'est-ce que c'est ?

Vivre@lamazon est une solution proposée par l'EHPAD Résidence Indigo, l'EHPAD Saint Joseph et le SSIAD de Nîmes pour rester chez soi, en s'appuyant sur les services d'aide et de soins du territoire.

1 Aide et soins à domicile

- + Un interlocuteur unique pour coordonner l'ensemble des interventions à domicile;
- + Un plan d'accompagnement personnalisé;
- + L'adaptation et la sécurisation du domicile grâce à :
 - L'évaluation du logement
 - Une plateforme de téléassistance 24h/24, 7j/7
 - Des solutions numériques et objets connectés
 - Une astreinte en cas de besoin d'intervention
- + Une aide aux démarches administratives.

Des services d'accompagnement sont également proposés aux aidants.

2 Activités et services proposés par l'EHPAD

- + Une solution d'hébergement temporaire ou d'urgence pour 72h;
- + Des séances avec un psychologue, une psychomotricienne et/ou un ergothérapeute;
- + Des ateliers de prévention et d'éducation à la santé;
- + Des animations : événements festifs; ateliers créatifs, musicaux, esthétiques et de bien-être; jeux de société, de mémoire;
- + Un accès au restaurant ou au salon de coiffure (en option).

L'ensemble de ces prestations s'inscrit en complémentarité des aides quotidiennes ou des actes infirmiers réalisés.

Vivre@lamazon permet aux seniors d'être accompagnés par une équipe de professionnels dédiés:

coordonneurs autonomie, assistants de soins en gériatrie, aides-soignants, aides à domicile, infirmiers, psychomotriciens, ergothérapeutes, animateurs...



MODALITÉS D'ADMISSION

Après une évaluation des besoins à domicile par les équipes de Vivre@lamazon, votre dossier sera étudié dans le cadre d'une commission d'admission pluridisciplinaire.

vivre
@lamazon
PAR LA CROIX-ROUGE FRANÇAISE +

Contactez-nous pour en savoir plus sur les modalités d'admission et les territoires d'intervention.

BLANC	Mathieu	Novembre 2022
Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social Promotion 2021-2022		
EHPAD : nouvel acteur du virage domiciliaire ?		
Résumé : La prise en charge des personnes âgées dépendantes est un enjeu de société incontournable compte tenu des évolutions démographiques, économiques, politiques et culturelles. Viellir chez soi est le souhait de la majorité des personnes y compris quand survient la dépendance ou l'aggravation de l'état de santé. Ce choix de vie nécessite le soutien d'aidants qu'ils soient familiaux ou professionnels. Le projet que porte le Centre de Gérontologie du CHU de Nîmes avec son dispositif CASA (Coordination Accompagnement Soutien des Aînés au domicile) vise à décloisonner les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin d'œuvrer à l'accompagnement global de la personne. Le dispositif se veut innovant dans le respect des principes éthiques du secteur médico-social, pour permettre aux personnes âgées dépendantes de rester vivre chez elles. Pour ce faire, des orientations stratégiques traditionnelles sont à mettre en œuvre : management de projet, ressources humaines et financières, coopération et coordination des acteurs, complétées par l'utilisation de nouvelles technologies afin de sécuriser les personnes et adapter leurs domiciles. L'EHPAD est légitime dans la prise en charge de la dépendance pour diversifier son offre de services en dehors de ses murs. Son ambition est de favoriser la transversalité et la complémentarité des réponses sous l'angle de la notion de parcours de vie.		
Mots clés : ACCOMPAGNEMENT, AIDANT, AUTONOMIE, COORDINATION RENFORCEE, DEPENDANCE, DISPOSITIF INNOVANT, DOMICILE, EHPAD, EXPERIMENTATION, ISOLEMENT SOCIAL, PRESTATIONS MEDICO SOCIALES, PREVENTION, RUPTURE, TECHNOLOGIES		
<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>		