



**SORTIR DE L'OFFRE BINAIRE ET POLARISÉE
EHPAD/DOMICILE**

**LE RÔLE DU CRT DE BRON POUR FLUIDIFIER LE PARCOURS DES
PERSONNES AGÉES VULNÉRABLES BRONDILLANTES**

Justine DEREGNAUCOURT

2023

cafedes

Remerciements

Au moment d'écrire ces remerciements, je réalise qu'il y a trois ans jour pour jour ou presque que l'idée d'une reconversion dans le champ social ou médico-social est née. Viendra ensuite la découverte du CAFDES et le chemin qui suivra. Un chemin, un parcours, orné de jolies rencontres, d'expériences, de découvertes, de choix.

Alors d'abord merci Aïda de m'avoir permis de mettre un 1^{er} pied dans le secteur, d'éprouver la faisabilité de ce projet, de vérifier que l'intuition d'un transfert de compétences pouvait être valeureuse, de découvrir de l'intérieur le monde social et médico-social.

Merci Romain de m'avoir donnée l'opportunité de découvrir le monde de l'EHPAD, alors que j'avais dit jamais ! Votre enthousiasme à toute épreuve, le sens donné et la cohérence de votre action, cette belle maison qu'est La Rochette, ont fini de me convaincre qu'être au service de ce public allait me permettre de trouver plaisir dans ce nouveau métier.

Merci Sylvie de m'avoir ouvert les portes des Agapanthes, de m'avoir fait confiance à un moment où ma situation personnelle était suffisamment empreinte d'incertitudes pour avoir des répercussions sur mon projet professionnel, de m'avoir tant transmis, partagé, d'avoir trouvé l'équilibre entre être un guide et me laisser l'autonomie qui m'est nécessaire pour « être bien ». Tu as remis ce gros bateau dans le sens du vent, du moins sorti de la tempête ! Ton départ approche. Cohérence et continuité seront indispensables dans les semaines et mois à venir pour poursuivre ce beau voyage, sans se perdre !

Merci à mes collègues de promotion, pour la richesse des apports croisés et de nos échanges. Bonne route à toutes et tous, le monde est petit, pour sûr, nous nous recroiserons.

Merci aux intervenants de l'ENSEIS et en particulier à Pierre Savignat pour son éclairage sur les politiques publiques en faveur des personnes âgées. Cette intervention me rappelle aujourd'hui qu'il ne faut jamais dire jamais !

Merci à Myriam Lucas-Veyrunes et Christian Clauzonier pour tout leur apport et soutien dans la maturation et préparation de ce mémoire. Je ne vous ai pas simplifié la vie, alors Merci.

Enfin, merci à ma famille. Mes parents toujours présents, Papa, Maman, merci. Promis j'arrête les cours, les exams, les mémoires... Je crois que vous en avez suffisamment accompagnés, à moi de prendre le relais dans quelques années... Vincent, merci pour ta patience, ton soutien et ta présence inconditionnels. Cet été 2023 aura été particulier pour nous, mais si riche. Et Augustin, oui, bientôt maman sera davantage disponible ! Merci pour tes confettis, ce soir ils m'ont donné le courage de mettre le point final à ce travail. Toi aussi tu as grandi pendant ces 3 ans, sacrément. Je suis heureuse de te voir t'épanouir ainsi. Je vous aime.

Sommaire

Introduction	1
1 L'EHPAD Les Agapanthes face à l'évolution des besoins des personnes âgées sur son territoire et des politiques publiques d'accompagnement du vieillissement	5
1.1 L'évolution des besoins des personnes âgées vulnérables et de leurs aidants	5
1.1.1 L'évolution démographique et sociologique des personnes âgées et des aidants à l'échelle nationale.....	5
1.1.2 Évolution démographique et sociologique, mais aussi évolution du vieillissement lui-même, quels enjeux pour les personnes ?	7
1.1.3 Les personnes âgées vulnérables et leurs aidants sur le territoire de l'EHPAD des Agapanthes	9
1.2 Pour une prise en compte effective des attentes des personnes âgées vulnérables et de leurs aidants : des tendances politiques favorables dans leur intention, une réalisation qui reste partielle	12
1.2.1 De l'intention domiciliaire du rapport Laroque au « virage domiciliaire »	12
1.2.2 Des dispositions légales et réglementaires aux concrétisations à l'échelle nationale : adéquation aux besoins et limites	14
1.2.3 Les orientations au niveau régional et à l'échelle de la métropole Lyonnaise .	15
1.3 Le Groupe ACPPA, une volonté d'imaginer des solutions adaptées	16
1.3.1 40 ans d'existence, un projet associatif renouvelé cette année, « CAP 2028 »	16
1.3.2 L'EHPAD des Agapanthes	17
1.4 Conclusion de la 1^{ère} partie.....	21
2 Quelle adéquation de l'offre actuelle avec les enjeux pour les personnes âgées vulnérables du territoire ? Analyse et mise en perspective.....	23
2.1 Les attentes et besoins des personnes âgées du territoire et les limites des réponses apportées aujourd'hui par les Agapanthes.....	23
2.2 Respect des droits fondamentaux, soutien au pouvoir d'agir, quels leviers pour (re)donner le libre choix aux personnes âgées vulnérables ?	28
2.2.1 L'importance du consentement.....	29
2.2.2 Le droit de choisir son domicile	30

2.3	Co-accompagner aidé et aidant	31
2.4	Renforcer la professionnalisation de l'accompagnement à domicile	34
2.4.1	Rappels historiques et impact sur la professionnalisation	35
2.4.2	Spécificité du travail au domicile et risques associés	36
2.4.3	La professionnalisation, levier d'un accompagnement plus adapté	36
2.5	Renforcer coordination et collaboration : point majeur pour limiter les ruptures de parcours	37
2.6	Conclusion de la seconde partie	40
3	La mise en place du CRT de Bron : le choix fait pour répondre aux attentes des personnes âgées du territoire	43
3.1	La phase de réflexion et de construction, de la mise en place	44
3.1.1	Le CRT de Bron tel qu'il a été pensé dans la candidature	44
3.1.2	Préparer et mettre en place la traduction opérationnellement les choix portés dans la candidature	46
3.1.3	Identifier les facteurs de risques et mettre en place les actions sécurisant l'approche	47
3.1.4	Tirer parti des retours d'expérience des porteurs de dispositif aux objectifs proches	50
3.2	De la feuille de route initiale aux premiers bénéficiaires : quelles avancées ?	50
3.2.1	La mise en place des partenariats	50
3.2.2	Le recrutement de l'équipe	52
3.2.3	La gouvernance du dispositif	54
3.2.4	La mise en place des outils pour accompagner le parcours du bénéficiaire ...	56
3.3	La montée en charge du dispositif et les enjeux associés	61
3.3.1	L'ouverture à des bénéficiaires non accompagnés par RESIDOM	61
3.3.2	Le déploiement de l'offre dans sa globalité	63
3.3.3	Le déploiement du plan de communication	64
3.3.4	L'impact de la mise en place du CRT sur l'établissement porteur	67
3.4	L'évaluation de la mise en place du CRT de Bron et du CRT lui-même ...	68
3.5	Conclusion de la 3^{ème} partie	69
	Conclusion	71
	Bibliographie	73
	Liste des annexes	I

Annexe I : Décomposition en tâches élémentaires – mise en place du CRT de Bron.....	II
Annexe II : Exposé de situations pilotes ayant servi à établir les critères d’inclusion du dispositif	VI
Annexe III : Recueil d’informations en vue de la construction du Projet Personnalisé d’Accompagnement – CRT de Bron.....	I
Annexe IV : Flyer de présentation du CRT de Bron.....	XV
Annexe V : Principaux indicateurs pour l’évaluation de la mise en place du CRT	XVII

Liste des sigles utilisés

ACPPA	Accueil et Confort pour Personnes Âgées
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APL	Aide personnalisée au logement
ASD	Aide-Soignant Diplômé
Loi ASV	Loi d'adaptation de la société au vieillissement
CAFDES	Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'Action sociale
CESE	Conseil Économique Social et Environnemental
CIDPH	Convention relative aux droits des personnes handicapées
CNR	Conseil National de la Refondation
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CRIAS	Centre Régional d'Information pour l'Agir Solidaire
CRT	Centre de Ressources Territorial
CTA	Contrat territorial d'autonomie
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DIPEC	Document individuel de prise en charge
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EAM	Établissements d'Accueil Médicalisé
EANM	Établissements d'Accueil Non Médicalisé
EHESP	École des hautes études en santé publique
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Équivalent Temps Plein

HAS	Haute Autorité de Santé
HCL	Hospices Civils de Lyon
IDEC	Infirmier Diplômé d'État de Coordination
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
ONU	Organisation des Nations unies
OTSS	Organisation et la transformation du système de santé
PAERPA	Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PPCS	Plan personnalisé de coordination en santé
PTA	Plateformes territoriales d'appui
RH	Ressources Humaines
SAAD	services d'aide et d'accompagnement à domicile
SI	Système d'information
SPASAD	Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
UHR	Unité d'hébergement renforcée
UNA	Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile
WP	workpackage

Introduction

Depuis la germination de l'idée de problématique adressée dans ce mémoire à la fin de son écriture, j'ai occupé plusieurs fonctions au sein des Agapanthes, EHPAD du Groupe associatif ACPPA situé à Bron au cœur de la métropole lyonnaise. D'abord stagiaire de direction d'octobre 2022 à février 2023 en charge d'apporter un œil analytique du positionnement du service d'hébergement temporaire de l'établissement, j'ai eu l'opportunité de poursuivre dans le cadre d'un CDD en tant que chargée de mission pour la mise en place du Centre de Ressources Territorial (CRT) de Bron, porté par l'établissement. Enfin, depuis le 1^{er} juin 2023, je suis directrice adjointe de l'établissement, en charge du pilotage de la commercialisation, de la gestion administrative de l'établissement, et de la vie sociale.

Engagée dans le CAFDES dans le cadre d'une reconversion professionnelle, avec un passé loin du secteur, ces missions successives m'ont amenée à prendre du recul tant sur les besoins des publics, sur leurs évolutions, et sur la capacité d'un établissement tel que les Agapanthes d'y répondre.

Il me semble important et urgent, face à l'évolution démographique et sociologique des personnes âgées et de leurs aidants de réfléchir à des solutions renouvelées pour accompagner le bien, voire le mieux, vieillir. Le COVID-19, son impact sur la vie des résidents en établissement, la perception par les familles et le grand public des décisions prises pendant cette période et de leurs conséquences pour les résidents, la publication du livre de Victor Castanet, sont aussi passés par là. Par ailleurs, l'entrée en institution amène souvent craintes et questionnements légitimes sur la possibilité pour la personne âgée vulnérable de s'y sentir bien, de vivre agréablement ce chez soi dans un collectif. Concomitamment, malgré des initiatives localement intéressantes et le développement de solutions alternatives valeureuses, les personnes âgées vulnérables et leurs proches restent aujourd'hui en grande majorité confrontées à des difficultés majeures pour être accompagnées, aidées, à leur domicile de manière adaptée à leurs besoins. Raison importante à cela, les services d'aides à domicile, pour de multiples causes, rencontrent des difficultés pour recruter du personnel formé, prêts à accepter des conditions de travail difficiles.

L'EHPAD des Agapanthes est né du déménagement d'un des EHPAD historiques du groupe ACPPA, fin 2019. Changement de territoire et changement de périmètre marquent cette installation, avec la création d'un service de 14 chambres d'hébergement temporaire. L'objectif était de disposer sur l'établissement d'une offre élargie : accueil de jour (à 2 km mais sous la même direction), hébergement temporaire, permanent, PASA, unités de vie

protégées. Le groupe a volonté de faire de ce site une plateforme, permettant de répondre aux besoins variés et évolutifs (tant individuellement que collectivement) des personnes âgées du territoire et de limiter les ruptures de parcours.

Même si l'intention était bonne, même si les résidents et leurs familles sont satisfaits de la prise en soin, de l'accueil, de la qualité des locaux, la concrétisation du projet peine à venir pour des raisons multiples :

- L'instabilité forte de l'équipe de direction de l'établissement ces 4 dernières années a nécessairement eu un impact sur la mise en œuvre du projet initial : 6 directeurs, 5 cadres de santé, 3 responsables hébergement se sont succédés en 4 ans ;
- Le maillage partenarial de l'établissement est à ses prémices et n'est pas culturellement ancré dans les pratiques ;
- Aucune action envers l'aidant n'est menée en amont ou pendant le séjour, les aidants rencontrés ignorant pour la plupart tout de l'aide existante sur le territoire et ne trouvent pas dans l'établissement les relais pour les orienter ;
- L'évolution de la sociologie des personnes âgées et des aidants est peu prise en compte dans un projet d'établissement flou, construit en 2019 par une équipe qui n'est plus en place depuis longtemps ;
- Le contexte politique et sociétal qui semble à première vue favorable mais qui peine à trouver concrétisation par des mesures fortes et soutenantes.

Comment, en articulant l'ensemble des briques d'offres disponibles au sein de l'établissement, du groupe, et sur le territoire, mieux s'adapter aux attentes et besoins des personnes âgées dépendantes et sortir de l'offre binaire et polarisée EHPAD/domicile ?

Comment mieux coordonner l'offre existante sur le territoire, qu'elle soit à destination des personnes âgées vulnérables, de leurs proches aidants ? Comment, en accompagnant aussi les professionnels, faire tomber les silos, fluidifier les parcours, permettre aux personnes âgées et à leurs aidants d'avoir le choix, à chaque étape, tel est l'objectif, ambitieux, de cette réflexion et de ce travail.

La première partie de ce mémoire présente un état des lieux de l'évolution des besoins et attentes des personnes âgées sur les territoires et des politiques publiques d'accompagnement du vieillissement. Poser ce cadre est important car connaître l'environnement dans lequel on évolue est un prérequis à toute décision de nature stratégique. Sans une connaissance de l'environnement dans lequel un établissement évolue, la vision systémique est impossible. Sans connaissance des besoins actuels ou futurs des parties prenantes de l'établissement, les décisions prises pourraient être hors-sol.

Dans la seconde partie, à partir d'observations terrain, je mesure l'adéquation de l'offre et des pratiques actuelles des Agapanthes au regard des besoins des personnes âgées vulnérables du territoire et tente d'identifier les leviers sur lesquels travailler pour aligner offre, pratiques, et besoins : respect des droits fondamentaux et notamment du droit du choix du lieu de vie, soutien au pouvoir d'agir, co-accompagnement des aidés et des aidants, renforcement de la professionnalisation des aides à domicile, coordination renforcée des acteurs, sont autant d'axes de travail identifiés et discutés.

Enfin, avant de conclure, la troisième et dernière partie de ce mémoire présente la mise en place du CRT, Centre de Ressources Territorial, de Bron, porté par les Agapanthes, choix fait pour mettre au travail les leviers susnommés. Les décisions prises dans son positionnement et sa construction sont rapportées. Les prochaines tâches à mettre en place sont présentées. Quoiqu'en phase de démarrage, une réflexion sur l'évaluation du CRT est posée ainsi que sur le travail réalisé à date.

1 L'EHPAD Les Agapanthes face à l'évolution des besoins des personnes âgées sur son territoire et des politiques publiques d'accompagnement du vieillissement

Disposer d'une connaissance de l'environnement dans lequel un établissement évolue est un prérequis à toute réflexion stratégique qui le concerne. Réfléchir à comment mieux répondre aux besoins des personnes âgées du territoire sans avoir une connaissance de leurs besoins et de leur évolution pressentie et/ou anticipée, des évolutions législatives récentes ou en préparation, des enjeux liés au vieillissement lui-même et à leur évolution, des orientations institutionnelles, des évolutions sociétales (pour les personnes à accompagner mais aussi pour celles qui les accompagnent), n'aurait pas sens. Construire une réflexion stratégique sans une connaissance de l'environnement au sens large dans lequel elle prend place ne pourrait conduire qu'à des prises de décisions inefficaces voire contreproductives. C'est tout l'objectif de ce chapitre : connaître l'environnement dans lequel évolue les Agapanthes pour pouvoir agir sur cet environnement et parce son destin en dépend forcément d'une certaine façon.

Aussi sera d'abord abordée l'évolution des besoins des personnes âgées vulnérables et de leurs aidants (évolution démographique, sociologique, des problématiques liées au vieillissement), à l'échelle nationale mais aussi locale. Les tendances politiques seront présentées et analysées, les intentions et réalisations comparées. Enfin, le contexte local dans lequel ce travail prend place sera décrit : positionnement du groupe ACPA dans l'écosystème et éléments d'actualité récents de l'établissement sont présentés.

1.1 L'évolution des besoins des personnes âgées vulnérables et de leurs aidants

1.1.1 L'évolution démographique et sociologique des personnes âgées et des aidants à l'échelle nationale

L'évolution démographique à l'échelle nationale a et aura un impact important sur l'évolution des besoins des personnes âgées vulnérables dans les prochaines années encore. Entre 2020 et 2030, ce sont 50% de plus personnes âgées de 75 à 84 ans que comptera le territoire national, passant de 4,1 millions à 6,1 millions (Haut-commissariat au Plan, 2023). La décennie suivante verra le nombre et la part des personnes âgées de 85 ans et plus exploser dans la population nationale. Ce phénomène s'explique principalement par les progrès de la médecine et leur impact sur l'espérance de vie (même si elle tend à moins augmenter ces dernières années), l'arrivée de la génération des babyboomers, nés juste

après la seconde guerre mondiale et une fécondité en baisse qui s'installe en France de manière durable. Ce phénomène de vieillissement de la population, marqué au niveau national, l'est peut-être plus encore au niveau européen. La France ayant connu une vitalité démographique forte après la Libération, elle reste aujourd'hui plus jeune que ses voisins, Allemagne, Italie, Espagne ou Belgique. Ce vieillissement massif des populations aura nécessairement un impact pour les services dûs à la population, qu'ils soient publics ou privés, à but lucratifs ou non.

Au-delà de la tendance au vieillissement de notre population, la sociologie des personnes âgées et de leurs aidants évolue et évoluera de manière forte avec l'arrivée en masse des papy-boomeurs qui auront 85 ans en 2030 et des profils bien différents des générations précédentes (Think tank Matières Grises, 2018). Cette génération qui avait 20 ans en 1968 aura aussi une volonté de révolutionner l'EHPAD. Cette génération a bénéficié de l'État Providence, des avancées sociales du Conseil National de la Résistance. Consommatrice, elle a connu l'évolution des modes de consommation vers des modèles de services. Confrontée à la difficile entrée sur le marché du travail de la génération fille, elle a aussi parfois accompagné ses parents dans la dépendance. Enfin, cette génération sera la première génération de personnes âgées connectée. Nécessairement, leurs attentes et leurs besoins en termes d'accompagnement seront différents de ceux des générations précédentes.

Les évolutions démographiques et sociologiques de la population dans sa globalité questionnent également sur le niveau de soutien familial potentiel des personnes âgées. Des tendances contradictoires rendent délicat l'établissement de tendances robustes :

- l'impression de dislocations familiales pourraient largement être compensées par d'autres facteurs tels que la réduction d'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes, une implication maintenue du soutien familial malgré une taille plus faible des fratries ;
- l'isolement social se voit renforcé par l'augmentation des divorces après 60 ans ;
- même si la mobilisation des proches aidants se poursuit, ils seront probablement de moins en moins « aptes » à soutenir « techniquement » leurs parents fragiles, du fait du niveau croissant de leur vulnérabilité.

Finalement, même si le niveau de soutien familial pourrait être maintenu, la demande d'aide formelle et professionnelle devrait augmenter (Think tank Matières Grises, 2018). En d'autres termes, « Faciliter la vie des aidants naturels ne reviendra donc pas à se passer des aidants professionnels dont le nombre ne cessera évidemment de croître d'ici 2030 ».

Le baromètre réalisé en 2016 par IPSOS pour le compte de la Fondation du Bien Vieillir Korian est riche d'enseignements. Fondamentalement, la volonté d'autonomie résidentielle, croissante au cours des 30 dernières années devrait se renforcer.

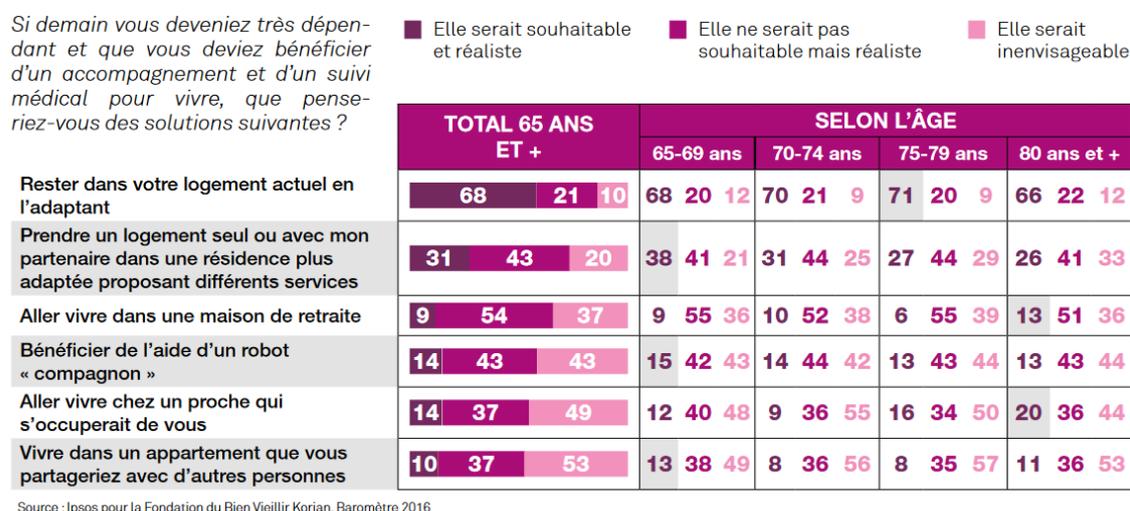


Figure 1

La volonté d'indépendance, l'évolution des relations familiales, l'évolution de la situation économique des personnes âgées devraient se poursuivre. Pour exemple, alors qu'en 2016, 20% de la tranche d'âge des 80 ans et plus trouvait souhaitable et réaliste d'aller vivre chez un proche qui s'occuperait de lui, ils ne sont que 9% de la tranche des 70 à 74 ans à tenir la même position.

De différentes enquêtes d'opinion relatives au vieillissement naissent des tendances sur les ressentis et les aspirations actuels des personnes âgées. La perte d'autonomie est un facteur d'inquiétude fort pour près des 2/3 de la population française et 70% des français estiment « que l'accompagnement par les pouvoirs publics n'est pas suffisant ».

1.1.2 Évolution démographique et sociologique, mais aussi évolution du vieillissement lui-même, quels enjeux pour les personnes ?

L'évolution quantitative des personnes âgées en perte d'autonomie a commencé et ne fera que d'accroître pour atteindre un pic entre 2030 et 2045. L'avancée dans l'âge implique un risque accru de perte d'autonomie des personnes.

Perte d'autonomie, dépendance, fragilité, vulnérabilité... de quoi parle-t-on ? Nommer me semble indispensable pour appréhender au mieux les besoins afférents et la manière dont la Société, au sens large, peut tenter d'y répondre (Monod & Sautebin, 2009) (THOMAS, 2019).

« Les personnes vulnérables sont celles dont l'autonomie, la dignité, et l'intégrité sont menacées ». À partir de cette définition, S. Monod et A. Sautebin identifient quatre facteurs de risque de vulnérabilité chez les personnes âgées :

- la « dépendance fonctionnelle » : sont dépendants ceux qui n'ont pas la capacité d'agir pour eux-mêmes ;
- la perte d'autonomie, qui désigne l'incapacité des personnes de décider par elles-mêmes ;
- la précarité sociale, qui concerne tant la pauvreté que l'isolement social ;
- la limitation d'accès aux soins : la difficulté pour les personnes ne serait-ce que d'accéder à un médecin traitant devient monnaie courante.

Sur la base de cette définition, les personnes âgées, porteuses de maladies chroniques invalidantes, qui voient leur rôle dans la société s'amoindrir, qui déclinent fonctionnellement peuvent être dites vulnérables, même si bien sûr toutes ne vieillissent pas de manière uniforme.

Un récent rapport issu d'une convention de recherche entre l'EHESP et le CNSA (Bloch & Rapegno, 2022) fait état d'une synthèse des enjeux pour les personnes âgées « au regard de leur santé et de leur autonomie », rappelés ici :

- « 1. Prendre en compte les besoins spécifiques de la population comme ceux liés aux maladies chroniques, aux handicaps, à la vulnérabilité, la fragilité et la perte d'autonomie, aux problèmes de santé mentale, à l'isolement et au sentiment de solitude, à la précarité, etc.,
2. Avoir accès aux services sanitaires, médico-sociaux, et sociaux et de la vie sociale en général à la fois en termes de proximité, d'accessibilité physique et sociale, et en termes de coûts,
3. Disposer de ressources/ revenus suffisants pour subvenir aux besoins essentiels,
4. Bénéficier d'un système de santé et d'accompagnement suffisamment « lisible » permettant de repérer le(s) bon(s) interlocuteurs(s) dans des délais convenables et d'assurer la cohérence de leur intervention par une coordination adéquate,
5. Disposer d'un soutien adapté pour les proches aidants à la fois au niveau matériel, psychologique et administratif et garantir le répit nécessaire afin de préserver leur état de santé,
6. Prévenir les ruptures de parcours autant que possible et toutes les situations de pertes de chance,
7. Bénéficier de soins et d'accompagnements de qualité personnalisés adaptés à la situation de la personne,

8. Jouir d'un environnement/territoire favorable à la santé et à la participation sociale (incluant notamment l'école, l'emploi, les loisirs, et toute activité favorisant le lien social et l'exercice de la citoyenneté),
9. Pouvoir décider, choisir et agir avec le soutien éventuel de l'entourage et de professionnels de l'accompagnement avec un étayage garantissant l'autonomie de la personne,
10. Jouir d'un « chez soi »,
11. Profiter des avancées scientifiques et technologiques pour de meilleurs soins et accompagnements. »

Accompagner le bien vieillir est de fait, loin d'être uniquement lié à un état de santé de la personne. Ce sont toutes les dimensions, sociales, humaines, qu'il convient d'intégrer pour répondre aux besoins des personnes. Cela pourrait ressembler à enfoncer une porte ouverte mais, en pratique, aujourd'hui et sûrement encore plus demain, il s'agit d'un défi d'envergure.

1.1.3 Les personnes âgées vulnérables et leurs aidants sur le territoire de l'EHPAD des Agapanthes

L'EHPAD des Agapanthes est implanté sur la commune de Bron, ville faisant partie de la Métropole de Lyon. Il s'agit d'un territoire urbain, à proximité directe de grands centres hospitaliers, présentant des situations disparates, incluant des territoires en situation de précarité, y compris pour les personnes âgées.

L'élaboration du schéma directeur de l'offre en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2023-2027 de la métropole (Métropole Grand Lyon, 2023) a été l'occasion de consultation de bénéficiaires et de leurs attentes. « Une aspiration forte à développer le lien social et l'ouverture sur l'extérieur, un souhait de maintien à domicile ou dans un ancrage local tant que possible, des solutions d'accompagnement plus individualisées et à taille humaine, des solutions de mobilités plus adaptées pour participer à la vie de la cité, une demande croissante d'accompagnement au numérique » sont autant de points identifiés dans ce cadre.

En 2020, la commune de Bron comptait 3 746 personnes de 75 ans ou plus, soit 8,7% de sa population, ce qui la place au-dessus de la moyenne de la métropole lyonnaise (INSEE, s.d.). La métropole du Grand Lyon montre des grandes disparités en termes de précarité. Bron se situe à un carrefour, en bordure Est de la Métropole, qui concentre les populations

les plus précaires. La commune n'est pas en reste, avec un taux de pauvreté en 2020 supérieur de 3 points à celui de la Métropole (19% contre 16).

Les données relatives aux bénéficiaires de l'APA pour la Métropole du Grand Lyon sont comparées ci-dessous à celles du territoire national (France métropolitaine).

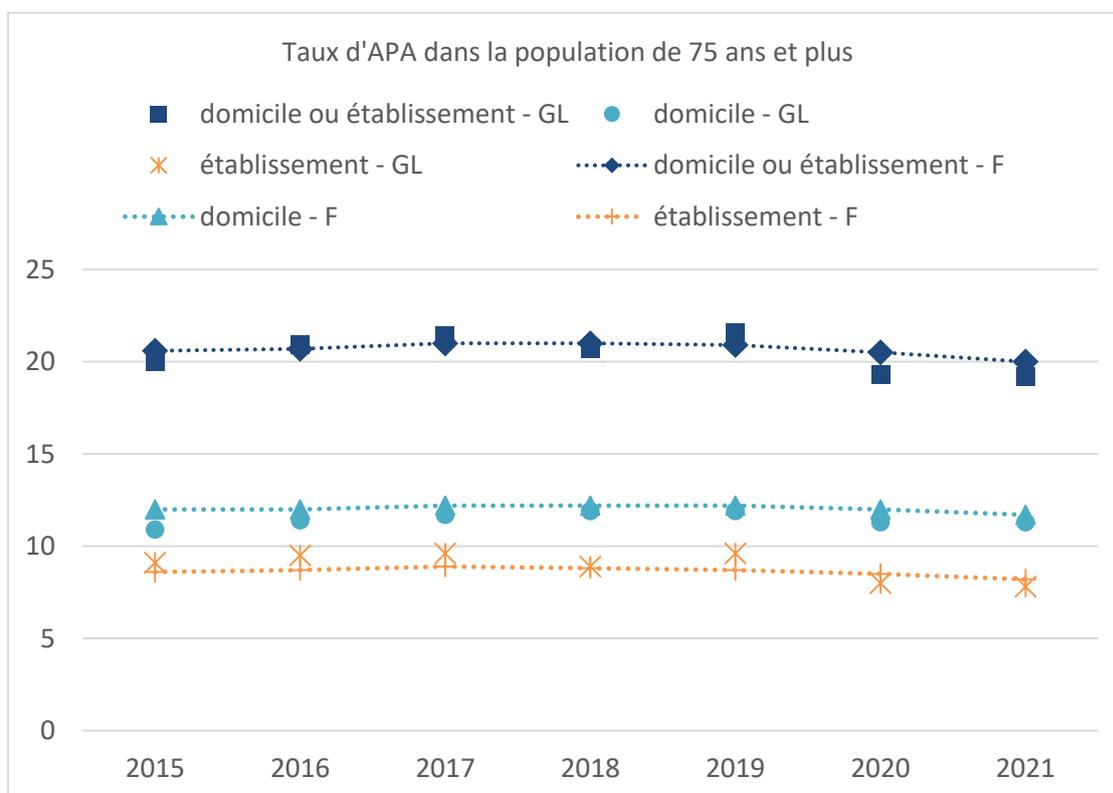


Figure 2 : Bénéficiaires de l'APA en % de la population des 75 ans et plus – F : France métropolitaine ; GL : métropole du Grand Lyon. Sources : DREES, Enquête Aide sociale ; Insee ; Traitement personnel

L'exploitation de telles données doit être prudente (crise COVID, disparités territoriales). Il est délicat de s'engager sur une analyse de la tendance à une diminution du taux de bénéficiaires tant à domicile qu'en établissement depuis 2020 à l'échelle de la métropole lyonnaise.

L'offre existante à destination des personnes âgées sur le territoire de Bron

Elle est variée, en témoigne les données de la Figure 3. Hébergement permanent et temporaire en EHPAD, PASA, unité de vie Alzheimer, accueil de jour, SAAS et SSIAD (et un SPASAD porté par RESIDOM), résidences autonomie portées par le CCAS, la population a à sa disposition des réponses somme toute diversifiées.

Toutefois, le taux d'équipement en hébergement médicalisé et non médicalisé est inférieur, voire largement inférieur pour l'hébergement permanent en EHPAD, à la moyenne régionale. Il convient de noter que le groupe ACPPA porte un projet de création d'un EHPAD de 80 places sur le territoire (dont 4 en temporaire, 12 en unité protégée, 12 en PASA). Le projet a pris énormément de retard et n'aura pas d'impact à court et moyen terme sur l'offre.

Type de structure implantée sur le territoire	nombre	Capacité totale	Taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans et plus					
			Bron	métropole Lyon	Nouveau Rhône	Rhône	Région AURA	France
EHPA	1	30	8	8,8	15,9	10,6	11,2	22,3
EHPAD / permanent	2	175	46,7	72	117	83,7	100,4	94,3
EHPAD / temporaire	1	14	3,7	1,7	2,1	1,8	1,8	2
PASA	1	12	3,2					
Unité Alzheimer	2	52	13,9			12,7	12,9	10,6
Résidence autonomie avec forfait soin	2	110	29,4	23,3	8,9	19,6	7,7	3,3
Accueil de jour	1	12	3,2	2,7	2,7	2,7	2,4	2,5
SAAD	10	nc						
SSIAD	1	46	12,3	14,1	20,7	15,8	16,7	19,5

Figure 3 : données extraites de la base de données FINESS, exploitation propre. En gras les données quand le seul établissement concerné sur le territoire est celui des Agapanthes

Le territoire de la Métropole de Lyon est doté d'un grand nombre d'acteurs du maintien à domicile : 190 SAAD, 33 SSIAD et 9 SPASAD maillaient le territoire métropolitain en 2019. L'offre est portée à majorité par le secteur privé lucratif, toutefois le secteur associatif est majoritaire en volume d'intervention dans 39 communes de périphérie.

Pour aller plus loin dans la caractérisation de l'offre existante à l'échelle territoriale, appuyons-nous sur les travaux publiés par la DREES en décembre 2021. Un rapport présente un nouvel indicateur (Carrère, Couvert, & Missègue, Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées, 2021), « indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée » (APL), qui mesurent « la plus ou moins grande facilité avec laquelle les personnes âgées susceptibles d'en avoir besoin peuvent accéder à l'offre existante, en s'affranchissant des limites administratives des territoires » (communes, département). Cet indicateur permet d'évaluer plus finement à la fois l'écosystème dans lequel un établissement/service évolue, mais aussi la facilité théorique pour les habitants d'un territoire d'accéder à un service. Les données pour le territoire de Bron sont intéressantes et viennent moduler les stricts taux d'équipement présentés plus haut.

Territoire	indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée		
	EHPA	Résidences autonomie	Sapa
Bron	128 944	1 358	1 042
Villeurbanne	125 968	1 231	1 084
Lyon 3 ^{ème}	130 492	1 181	1 044
Lyon 8 ^{ème}	133 613	1 175	1 084
Métropole Lyon	109 627	1 268	1 272
Nouveau Rhône	79 723	708	1 184
Rhône	86 435	831	1 209

Figure 4 : Source : DREES, enquête EHPA 2015, complétée des données du répertoire FINESS. Traitement personnel. Lecture : Dans le Rhône, l'APL est en moyenne de 86 435 places pour 100 000 résidents potentiels de 60 ans ou plus en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA inclus Ehpad, EHPA non Ehpad et USLD), 831 en résidences autonomie et 1272 en services procurant une assistance aux personnes âgées à domicile (Sapa).

Ces données permettent de vérifier que l'offre d'hébergements en établissement (EHPAD, EHPA et USLD) est globalement plus accessible pour les brondillants que pour le reste de la métropole. En revanche, l'offre d'accompagnement à domicile est significativement moins accessible à Bron qu'à l'échelle de la métropole et même du département dans sa globalité. Il en est de même pour les territoires environnants, Lyon 3^{ème}, 8^{ème} et Villeurbanne.

1.2 Pour une prise en compte effective des attentes des personnes âgées vulnérables et de leurs aidants : des tendances politiques favorables dans leur intention, une réalisation qui reste partielle

1.2.1 De l'intention domiciliaire du rapport Laroque au « virage domiciliaire »

Les politiques publiques à destination des personnes âgées ont été marquées ces dernières années par une succession de loi et plans.

La loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016 (LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, 2015) donne la priorité au maintien et à l'accompagnement au domicile. Elle a aussi été l'occasion de reconnaître le droit au répit des proches aidants. Toutefois, son deuxième volet, budgétaire, n'a pas été voté, limitant son impact.

Depuis, de multiples consultations, rapports, etc... font état d'un besoin important, ébauchent des pistes (Libault, 2022). Cette volonté de virage domiciliaire est réaffirmée.

Les plans et loi construits et mis en œuvre depuis le début des années 2000 adressent le soutien à l'autonomie des personnes âgées à travers plusieurs axes :

- l'amélioration des conditions de vie des personnes elles-mêmes et de leurs aidants via par exemple la revalorisation de l'APA (à travers la loi ASV), la mise en place du droit au répit pour les aidants ;
- travailler à une meilleure coordination de l'accompagnement, pour éviter les ruptures de parcours : création des MAIA, puis des DAC, mise en place de La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ;
- renforcer l'attractivité des métiers, notamment dans le cadre du Ségur de la santé, ou de la Conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social.

La loi de financement de la sécurité sociale de 2021 a abouti à la création de la 5^{ème} branche de la sécurité sociale, portée par la CNSA.

Annoncée depuis le rapport Laroque de 1962 (Haut Comité Consultatif de la population et de la famille, 1962), la volonté de virage domiciliaire trouve toutefois peine à concrétisation, l'abandon de la loi « Grand Age » en août 2022 en est un exemple.

Depuis, la Fabrique du Bien Vieillir mise en place dans le cadre du Conseil National de la Refondation (CNR) a œuvré pour préparer une nouvelle réforme du grand Age. Examinée à l'Assemblée nationale en avril 2023, la proposition de loi qui en découle s'articule autour de 4 axes :

- reconnaître et simplifier la vie de ceux qui entourent les personnes âgées ;
- repérer l'isolement social et mieux prévenir la perte d'autonomie ;
- simplifier l'accès aux services publics et à l'offre ;
- lutter contre les maltraitances et moraliser le secteur du grand âge.

Dans ce projet de loi est annoncé la création d'un service public départemental de l'autonomie, préconisation issue du rapport de Dominique Libault de 2022 (Libault, 2022). L'examen de cette loi a toutefois été suspendue en avril 2023 et l'examen prévu en juillet a de nouveau été reporté.

Ainsi, les politiques publiques récentes ou en cours d'élaboration tentent-elles d'apporter réponse à la demande prégnante au sein de la Société d'un accompagnement des personnes âgées à leur domicile, par la population elle-même mais également par l'ONU, très critique vis-à-vis de l'accompagnement en institution ou le Comité National d'Éthique, qui depuis son avis 128 de 2018 se questionnait sur le sens à donner « à la concentration des personnes âgées entre elles dans des établissements dits d'hébergement ».

Toutefois, plusieurs projets de loi récents ont été abandonnés, alors même que les besoins tant quantitatifs que qualitatifs augmentent de manière forte aujourd'hui et vont exploser demain.

1.2.2 Des dispositions légales et réglementaires aux concrétisations à l'échelle nationale : adéquation aux besoins et limites

Un rapport de recherche publié en mars 2023 (Carrère, Roy, & Toulemon, Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives, 2023) fait état de connaissances agrégées sur les conditions d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie selon trois dimensions :

- les « trajectoires individuelles » (dimension longitudinale) ;
- « l'aide de l'entourage » (dimension familiale) ;
- « les disparités territoriales » (dimension spatiale).

L'objectif de ces travaux était principalement d'évaluer la faisabilité du « virage domiciliaire » dans les conditions actuelles, au regard des dernières orientations des politiques publiques, de l'offre en place aujourd'hui et des caractéristiques des publics concernés. Les auteurs ont pris soin d'intégrer dans leur évaluation l'impact des dernières décisions politiques (réforme des services à domicile avec la mise en place des Services autonomie à domicile par exemple), l'évolution de l'offre telle qu'engagée aujourd'hui (avec notamment le développement des résidences services senior qui adressent aujourd'hui uniquement la part la plus aisée des personnes âgées).

Plusieurs points clés ont pu être mis en évidence :

- Le public accueilli en EHPAD aujourd'hui présente une grande hétérogénéité mais est caractérisée dans sa globalité par des besoins particulièrement importants. Accompagner à domicile le public accueilli en établissement demanderait la mise en place d'un accompagnement qualitativement et quantitativement bien plus important que celui disponible aujourd'hui ;
- Le maintien à domicile s'appuie aujourd'hui très largement sur des aidants non professionnels ; les projections montrent que la population aidante non professionnelle pourrait venir à manquer au regard des besoins. Sans réelle réflexion sur une politique ambitieuse de soutien aux aidants familiaux, le virage domiciliaire sera mis à mal ;
- Des disparités territoriales notables existent en termes de besoins de prise en charge, notamment en ce qui concerne les personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Les travaux réalisés ont pu montrer que les territoires les plus touchés sont globalement bien équipés d'établissements spécifiquement dotés. Le virage domiciliaire imposera à ses établissements d'adapter leur offre et leur positionnement ;
- Enfin le virage domiciliaire nécessitera par les Conseils Départementaux des budgets adaptés à un accompagnement à domicile de situations de plus en plus nombreuses et de plus en plus complexes.

Le virage domiciliaire ne pourra prendre place que si l'ensemble de ces aspects, individuels, collectifs, territoriaux (de l'échelon local à l'échelon national) est adressé. Cela imposera nécessairement une articulation renforcée entre les acteurs (sanitaires, sociaux, médico-sociaux) et entre les porteurs des différentes offres, aujourd'hui encore largement centrées sur le domicile et l'institution.

Concernant spécifiquement les services d'aide à domicile, la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 réforme le secteur, en créant une catégorie unique de service, le « Service Autonomie à domicile ». Cette réforme trouve place à la suite du bilan de l'expérimentation de la mise en place des SPASAD nés de la loi ASV. Finalement, au regard du décret et du cahier des charges associé publié en juillet 2023 (Ministères des solidarités, de l'autonomie et des personnes âgées, 2023), il semble que les Services Autonomie ainsi créés soient davantage des guichets uniques vers l'offre d'aide et/ou de soin qu'un réel dispositif unique. Difficile aujourd'hui d'évaluer si ce changement apportera réellement réponse à la simplification des démarches des usagers annoncée. L'attente du secteur est forte quant aux mesures budgétaires associées (HCFEA, 2023), vu le niveau d'attentes relatives aux aspects qualitatifs des interventions. Si permettre aux personnes de disposer des services de qualité est largement louable et souhaitable, qu'advient-il si les financements adossés ne sont pas à la hauteur ?

1.2.3 Les orientations au niveau régional et à l'échelle de la métropole Lyonnaise

Le Cadre d'Orientation Stratégique 2018-2028 de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes du Projet Régional de Santé 2018-2028 présente 6 orientations, déclinés en objectifs stratégiques. Parmi eux, 3 concernent plus spécifiquement la problématique abordée dans ce mémoire et viennent soutenir la réflexion portée par les Agapanthes :

- développer des accompagnements au domicile qui intègrent la dimension des soins et du social ;
- développer plus encore la politique de soutien aux aidants ;
- adapter l'offre médico-sociale en créant de nouveaux dispositifs alternatifs d'accompagnement.

« La Métropole, « cheffe de file » de l'action sociale et médico-sociale, a la responsabilité de veiller sur son territoire à la cohérence des actions menées par les différents acteurs, notamment en assurant leur coordination, en concertation avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les autres partenaires ». Voilà comment est introduit le Schéma directeur de l'offre en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2023-2027.

Trois piliers (et 12 objectifs stratégiques) structurent ce plan :

- repérage et prévention de la perte d'autonomie et soutien aux aidants ;
- transformation de l'offre et accessibilité ;
- pilotage des parcours, partenariats et pouvoir d'agir.

Globalement, qu'il s'agisse de l'échelon régional ou métropolitain, les politiques et schémas directeurs viennent alimenter et soutenir la démarche engagée par les Agapanthes.

A l'échelle du territoire de Bron, le Centre Communal d'Action Sociale propose des actions à destination des seniors, notamment un rendez-vous des aidants.

1.3 Le Groupe ACPA, une volonté d'imaginer des solutions adaptées

1.3.1 40 ans d'existence, un projet associatif renouvelé cette année, « CAP 2028 »

Le Groupe ACPA, - pour Accueil et Confort pour Personnes Âgées -, est un groupe associatif créé il y a 40 ans dont l'activité a historiquement été centrée sur l'accompagnement des personnes âgées, avec comme ADN « l'accompagnement et le bien être des seniors, dans le respect de valeurs humanistes, éthiques, et de solidarité ».

Le groupe dispose aujourd'hui d'une offre élargie,

- d'hébergement : 41 EHPADs, 6 résidences autonomie, 1 résidence services seniors, 3 établissements d'accueil médicalisés (EAM/EANM) ;
- d'accueil alternatif : 1 unité de soins de longue durée, 2 UHR, 16 PASA, 16 accueils de jour.

L'ensemble accueillait en 2022 environ 4000 personnes dont 50% bénéficiait de l'aide sociale.

L'offre du groupe est complétée d'accompagnement à domicile, avec 3000 personnes accompagnées en 2022 par les SPASAD, SSIAD, SAAD, ESAD, et CSI de RESIDOM, la branche domicile du groupe.

Historiquement implanté en Rhône-Alpes, le siège du Groupe est installé à Francheville, en métropole lyonnaise. Le cœur de métier du groupe est l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées du domicile à l'institution. Le groupe porte en complément deux filiales au positionnement différent :

- le Pôle Formation Santé, dédié à la formation et l'évaluation pour les acteurs du secteur médico-social et la santé ;
- une qui délivre conseil et accompagnement pour les professionnels (dirigeants, directeurs d'établissement ou de service) du secteur médico-social.

Le nouveau projet associatif, « CAP 2028 », présenté aux salariés lors des 40 ans du groupe en juin dernier repose sur deux socles fondamentaux :

- la qualité de vie des résidents et bénéficiaires ;
- la qualité de vie et les conditions de travail de ses salariés.

« Rester fidèle au projet initial de l'ACPPA. Un projet humaniste, à but non lucratif, dédié à la personne âgée et à l'épanouissement des équipes. », ces propos du DG du groupe, mis en avant dans le support de présentation du projet associatif CAP 28, témoignent d'une transformation du groupe au fil du temps, d'une professionnalisation imposée aussi par sa taille grandissante, tout en gardant un positionnement résolument au service de l'humain, tant pour les bénéficiaires que les salariés.

Du point de vue des établissements, le groupe intervient en support et en guide, laissant autonomie aux établissements dans les choix faits (en cohérence bien sûr avec la stratégie et les valeurs du groupe) tout en garantissant l'apport de support sur les fonctions transverses (qualité, RH, juridique, SI...). Des rencontres « métier » sont régulièrement organisées par le groupe, garantissant échange et partage d'expérience/de pratiques entre établissements, services. En tant que directrice adjointe en poste à l'issue d'une reconversion professionnelle, j'apprécie particulièrement ces ressources et dispositions mises en place.

1.3.2 L'EHPAD des Agapanthes

A) Son histoire récente

L'EHPAD des Agapanthes est né du déménagement d'un des EHPADs historiques du Groupe, les Acanthes (Vaulx-en-Velin), en 2019, dans des locaux neufs et dédiés. Le déménagement a été l'occasion d'une refonte du périmètre de l'établissement et la création d'un service d'hébergement temporaire dédié pour 14 résidents, réunion de places au préalable réparties sur différents établissements du groupe de l'Est de la métropole lyonnaise.

Aujourd'hui, l'établissement peut accueillir 121 résidents, dont

- 14 en hébergement temporaire ;
- 28 répartis dans 2 unités protégées ;
- 12 au sein de son PASA.

L'établissement, depuis son arrivée à Bron a été marqué par une instabilité importante au sein de l'équipe de direction. La directrice en place lors du déménagement prend sa retraite quelques mois plus tard. Arrive en poste de direction une personne qui restera moins d'un an. Fin 2021, le directeur des soins (arrivé en janvier 2021 dans l'établissement) devient

directeur des Agapanthes. Son départ précipité fin janvier 2022, suivi d'une période de direction d'appui jusqu'en juillet 2022, puis la prise de fonction de la directrice actuelle en juin 2022, ont renforcé l'instabilité ressentie dans l'établissement. L'annonce début septembre 2023 aux équipes du départ de la directrice actuelle (elle quittera les effectifs le 16 octobre et prendra ses congés au préalable pour quitter l'établissement le 22 septembre) risque provoquer de nouvelles inquiétudes.

La précédente directrice adjointe, ancienne directrice des Acanthes, a quitté l'établissement en mars 2023, après négociations avec le groupe. J'ai pris le poste de directrice adjointe le 1^{er} juin 2023, avec un périmètre de missions et fonctions complètement remanié.

L'attachée de direction est en arrêt maladie depuis septembre 2021 et est remplacée actuellement par une responsable de pôle hébergement d'appui du groupe, en poste dans l'établissement depuis août 2022.

La responsable pôle soins est en arrêt maladie depuis novembre 2022. Sa remplaçante (responsable de pôle soins d'appui du groupe) a été licenciée pour faute fin juillet 2023. Pendant l'été 2023, une rupture conventionnelle est signée avec la responsable du pôle soins titulaire et un recrutement est lancé. Sa remplaçante prendra son poste le 11 septembre 2023.

Les infirmiers ont quitté leurs postes début 2022 et sont revenus par la négociation de conditions salariales et de plannings.

Le climat social est fragile et une grève générale des soignants et agents de service a été conduite le 10 novembre 2022, mettant en difficulté l'établissement pour l'accompagnement des résidents.

L'absentéisme était de 20,7% en 2022 contre 19,8% en 2021. Le turn-over à 20,5% contre 15,4% l'année précédente. Les indicateurs RH illustrent les difficultés en pilotage des ressources humaines.

A fin mai 2023, 67,4 des 78 ETP budgété sont pourvus en CDI. C'est à la marge mieux qu'à la fin 2022 :

Indicateurs RH	2022
Effectif réel au 31/12	67,1 ETP
Nbre de CDI recruté au cours de l'année	13
Nbre de CDD établis au cours de l'année	782
Nbre de départs au cours de l'année	15
Poids du recours à l'intérim en %	0,2%

Les postes non pourvus sont principalement des postes d'IDE, d'aides-soignants diplômés, et le chef de cuisine.

Le projet d'établissement n'a pas vraiment été porté depuis sa rédaction en 2019. La pandémie et les changements de direction successifs expliquent cette difficulté. L'auto-évaluation selon le nouveau référentiel de l'HAS était planifiée en septembre 2023. Décision a été prise en CODIR de repousser cette auto-évaluation dans le contexte actuel. Priorité est donnée à court terme à :

- Revoir les organisations et plannings :
- Poursuivre la reprise en main managériale de proximité ;
- Réussir l'intégration de la nouvelle responsable de pôle soins.

Le pilotage qualité de l'établissement a été délaissé durant l'année 2022. L'ensemble des instances de pilotage a été repris depuis.

L'environnement des Agapanthes et le public accueilli

29 EHPADs se situent dans un périmètre de 5 km de Bron dont 8 qui ont des lits d'hébergement temporaire. Dans le secteur, les Agapanthes sont la solution d'hébergement temporaire la moins onéreuse, même si le financement de ces séjours reste parfois complexe pour les personnes et les familles.

Concernant l'hébergement permanent, les Agapanthes sont positionnées sur un tarif très concurrentiel pour le secteur. Son environnement est toutefois moins agréable que nombre d'établissements alentours, qui bénéficient d'espaces extérieurs plus grands et plus conviviaux. Les chambres uniquement individuelles et d'une dimension confortable sont un point positif. La faiblesse des Agapanthes reste ses lieux de vie et de rencontre des résidents.

Après un pic d'aide sociale à 29% en 2021, l'établissement est revenu à un taux de 25 % en 2022. Ce ratio reste gérable en termes de suivi. Les dossiers avec aide sociale sont toutefois très nombreux sur Viatrajectoire, démontrant des difficultés omniprésentes de financement pour la population du territoire.

La population des Agapanthes est marquée par une proportion encore très forte de résidents issus des Acanthes : 49% des résidents présents fin 2022 sont entrés initialement aux Acanthes.

Les admissions en hébergement permanent ne posent pas de difficultés particulières, l'établissement étant plutôt attractif dans son rapport qualité / prix et par son habilitation

totale à l'aide sociale. Les résidents accueillis récemment sont toutefois dans un état de santé globalement plus précaire et la tendance d'évolution de la durée de séjour sera progressivement à la baisse par rapport aux données observées. Les admissions se font soit en raison d'un état de santé assez dégradé, soit pour rompre un isolement et soulager des conditions de vie précaires en comptant sur l'aide sociale à l'hébergement pour ramener une personne âgée à des conditions de vie plus correctes et à une vie sociale.

Évolution GMP et dernière coupe pathos

Concernant les séjours en hébergement temporaire, l'établissement est régulièrement confronté à des problématiques de gestion d'urgence, soit en sortie d'hospitalisation soit en mise en danger au domicile. Le public accueilli en hébergement temporaire a évolué et est devenu beaucoup plus lourd. La difficulté des hôpitaux se ressent sur les besoins exprimés par les familles, qui trouvent dans l'hébergement temporaire une alternative au manque de lit d'hospitalisation. De fait, l'unité temporaire est devenue très – trop – lourde en soins et ne permet plus à ce jour de gérer un projet de vie sociale construit.

- B) Une volonté du Groupe de faire des Agapanthes un établissement pilote pour déployer des dispositifs innovants

Le groupe ACPA a toujours eu pour projet de faire des Agapanthes un établissement pilote comme EHPAD ressource pour le territoire. La création du service d'hébergement temporaire à la construction de l'établissement, regroupant aux Agapanthes des autorisations pour des places dispersées sur plusieurs établissements du groupe était une première étape.

La reprise de l'accueil de jour de la Villa des Petits Bonheurs au sein du groupe en 2018 et dont la direction est confiée à la direction des Agapanthes en constituait une autre.

L'objectif était de disposer d'un continuum d'offre, en articulant l'ensemble des briques d'offres disponibles au sein du groupe et sur le territoire, pour s'adapter au mieux aux attentes et besoins des personnes âgées dépendantes.

En 2019, année d'ouverture des Agapanthes, le Groupe reprenait également dans son périmètre l'ancien Centre de Soins Infirmiers Brondillant présent sur le territoire depuis 1951 via sa filiale RESIDOM. RESIDOM est particulièrement présent sur le territoire brondillant, avec un SSIAD, un CSI, un SAAD.

Le groupe a également gagné un appel à projet de l'ARS pour la construction d'un établissement dans le quartier Bron Terrailon en 2017. Le projet a pris énormément de retard, le chantier a démarré en juillet 2022.

1.4 Conclusion de la 1^{ère} partie

En synthèse, l'évolution démographique forte dans les années à venir va conduire les établissements comme les Agapanthes à être confrontés aux demandes d'une population âgée en grand nombre et en perte d'autonomie de plus en plus forte. Ce public va aussi évoluer d'un point de vue sociologique : ces « papy-boomers » avaient 20 ans en 1968, ils sont connectés, et vieillir en bonne santé ne leur suffit pas à bien vieillir. Les besoins exprimés par ce public seront plus larges : ce sont toutes les dimensions, sociales, humaines, qu'il convient d'intégrer pour répondre aux besoins des personnes.

En pratique, aujourd'hui et sûrement encore plus demain, il s'agit d'un défi d'envergure, dans un contexte politique marqué par l'abandon successif de plusieurs projets de loi dédiés au grand âge. Le « virage domiciliaire » attendu peine à trouver soutien dans des décisions politiques majeures. Aussi, sans une prise en compte des dimensions individuelles, collectives, et territoriales, sans une articulation renforcée des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, répondre aux besoins de ce public qui va arriver en nombre dans les années à venir sera difficile. Aujourd'hui, les conditions pour un virage domiciliaire réussi au bénéfice du public me semblent trop peu réunies.

Localement, l'établissement des Agapanthes est implanté sur un territoire urbain, socialement peu favorisé (mais contrasté). L'offre d'hébergement (EHPAD, EHPA, USLD) accessible géographiquement pour la population brondillante est plutôt adaptée ; elle l'est moins en termes de services d'aide à domicile. La question de l'accessibilité financière des solutions existantes est posée, dans un contexte socio-économique de la population du territoire difficile.

L'action des pouvoirs publics à l'échelle du territoire est soutenante pour les acteurs du secteur et les populations.

L'appartenance des Agapanthes au groupe ACPA est également un soutien important. Ce groupe associatif, qui vient de fêter ses 40 ans et de refondre son projet associatif, a l'ambition permanente de mettre à disposition des publics des solutions innovantes adaptées à leurs besoins. Il vient également en soutien et support de ses établissements d'une manière que je trouve adaptée aux besoins des équipes de direction notamment.

Les Agapanthes sont à l'échelle du groupe un établissement pilote en termes de positionnement comme plateforme : accueil de jour (hors mur de l'établissement, distance de 2 km), hébergement temporaire, permanent, PASA, unité de vie Alzheimer, le continuum d'offre proposé fait sens pour limiter les ruptures de parcours des personnes accompagnées. C'est un point d'appui important pour une réflexion plus poussée sur la manière de répondre mieux encore aux besoins et attentes des publics.

Enfin les Agapanthes traversent depuis leur arrivée sur le territoire de Bron dans des locaux neufs dédiés une période de forte instabilité qu'il ne faut pas négliger dans une phase de réflexion telle que ce travail de mémoire. Au-delà des conséquences opérationnelles quotidiennes que le CODIR rencontre et du temps qui y sont consacrées, elle pourrait mettre à mal une dynamique portant porteuse de sens pour les publics, les salariés, le territoire.

2 Quelle adéquation de l'offre actuelle avec les enjeux pour les personnes âgées vulnérables du territoire ? Analyse et mise en perspective

Le cadre et l'environnement étant posé, la question de l'adéquation de l'offre des Agapanthes aux besoins et attentes des personnes âgées vulnérables du territoire mérite d'être analysée en profondeur pour identifier les leviers d'actions pour mieux y répondre.

Au-delà de l'analyse de l'évolution des besoins de la population âgée de notre pays, alimentée de rapports, enquêtes présentées sommairement au premier chapitre de ce mémoire, il me semble important de partager ici les attentes et besoins recueillis au quotidien auprès du public se tournant aujourd'hui vers l'établissement, pour un séjour permanent ou temporaire.

A partir de ces observations terrain et de leur analyse, quatre leviers sont identifiés et discutés pour tenter d'apporter des réponses aux « enjeux pour les personnes au regard de leur santé et de leur autonomie », formulés dans le cadre d'un rapport de la convention de recherche 2016-2022 entre l'EHESP et la CNSA (Bloch & Rapegno, 2022) et répondre aux besoins des personnes :

- soutenir le pouvoir d'agir, respecter les droits fondamentaux pour (re)donner le libre choix aux personnes âgées vulnérables ;
- co-accompagner aidé et aidant ;
- renforcer la professionnalisation de l'accompagnement à domicile ;
- renforcer coordination et collaboration pour limiter les ruptures de parcours.

2.1 Les attentes et besoins des personnes âgées du territoire et les limites des réponses apportées aujourd'hui par les Agapanthes

Mandatée dans un premier temps en tant que stagiaire de direction pour travailler au positionnement du service d'hébergement temporaire de l'établissement, dorénavant responsable de la commercialisation en tant que directrice adjointe, je suis au contact au quotidien avec les résidents, leurs familles, les personnes âgées aujourd'hui hospitalisée et/ou à leur domicile et leurs aidants en quête de solutions pour « vivre mieux ». Ce paragraphe vise à présenter une synthèse des besoins et attentes recueillies au quotidien auprès de ces publics.

Au regard de ce que l'établissement propose, je distinguerais trois catégories de situations auxquelles nous sommes en amont d'une admission régulièrement confrontées :

- des demandes de séjours en hébergement temporaire, programmée, pour permettre le répit aux aidants ;

- des demandes en urgence de solution d'hébergement temporaire, le plus souvent en sortie d'hospitalisation, demande régulièrement portées et/ou soutenues par les établissements hospitaliers nous entourant, avec pour objectif de se donner du temps pour « préparer la suite ». Cette suite envisagée est le plus souvent une entrée en institution, la situation en domicile devenant trop précaire, soit du fait des besoins de la personne soit du fait de la difficulté rencontrée à mettre en place l'accompagnement adapté au domicile ;
- des demandes d'hébergement permanent, portées le plus souvent par les familles et aidants, constatant une dégradation de plus en plus marquée de l'état de santé de la personne concernée et une difficulté à mobiliser à domicile l'accompagnement adapté.

La première situation correspond à l'essence même de l'existence du service d'hébergement temporaire de l'établissement : **permettre le répit aux aidants**. L'offre à l'échelle du Grand Lyon en termes d'hébergement temporaire est plus faible qu'à l'échelle nationale et nous concentrons dans notre établissement une part importante des places disponibles à l'échelle du territoire, au moins dans sa partie Est. L'analyse de l'environnement concurrentiel montre l'existence sur le territoire de places d'hébergement temporaire dans plusieurs EHPADs mais de manière dispersée et non structurée en service dans la plupart des cas (a minima 60). Quelques exceptions à cela :

- l'EHPAD Camille Claudel (CCAS de Villeurbanne) auquel est adossé un accueil séquentiel et une des 3 plateformes de répit de la métropole lyonnaise. Cette structure a un positionnement complémentaire du service d'hébergement temporaire des Agapanthes, l'accueil séquentiel permettant d'éprouver au binôme aidant/aidé la séparation sur des temps courts (typiquement 3 jours par semaine quand le service temporaire des Agapanthes permet des séjours de 15 jours à 6 mois) et de vivre des premiers temps en collectivité ;
- la Maison de l'Hospitalité de Béthanie à Villeurbanne qui dispose de 17 logements dédiés pour des séjours temporaires médicalisés avec une équipe dédiée, pour des séjours de 1 jour à 3 mois renouvelable 1 fois par an. Dans ce cas, il n'y a pas d'expérience de la vie en collectivité ;
- l'EHPAD les Girondines (Lyon 7^{ème}) qui dispose d'un service d'hébergement temporaire de 8 lits avec un projet dédié ;
- l'EHPAD La Rochette à Caluire, qui ne couvre pas la même zone géographique (ouest lyonnais cette fois), dispose d'un service temporaire de 12 lits, et travaille sur la structuration d'une offre de répit.

Nous accueillons dans ce contexte régulièrement des personnes qui viennent, 2, 3 ou 4 fois par an passer un séjour typiquement de 15 jours à 1 mois dans l'établissement, permettant

de laisser à l'aidant un temps précieux pour se reposer, se ressourcer. La récurrence témoigne d'une satisfaction, partagée par l'aidé et l'aidant, de cette possibilité. Le travail mené à l'automne 2022 sur le positionnement du service montrait que les familles et résidents du service temporaire interrogés avaient unanimement ou presque découverts le service « par hasard ». Le maillage partenarial était balbutiant, le service est méconnu et non visible. Aujourd'hui, nous recevons de plus en plus de demandes de la part de personnes accompagnées par RESIDOM, filiale d'accompagnement à domicile du groupe, et/ou de personnes accompagnées par les différents accueils de jour du groupe. Ce maillage, à ouvrir au-delà du groupe, est à poursuivre.

Les demandes d'hébergement temporaire en urgence en sortie d'hospitalisation nous parviennent dans des moments de grande fragilité tant pour les personnes à accueillir que leurs proches. Le plus souvent, les familles sont déstabilisées par la dégradation de l'état de santé de leur proche, la rupture dans l'accompagnement faisant suite à l'hospitalisation, la difficulté à (re)mobiliser les services d'aide et d'accompagnement à domicile de manière adaptée à l'évolution de la situation. Quant à la personne à accueillir elle-même, elle est le plus souvent « en dehors » de toute conception d'un projet pour la suite, du fait de son état de santé mais aussi de sa situation à l'hôpital, vulnérable et n'ayant pas d'autre choix que de subir les choses. Les assistants sociaux des services mobilisent la plupart du temps une énergie conséquente pour aider les familles à trouver une solution, la plus adaptée possible aux attentes qu'elles sont en mesure de formuler dans ce contexte. Ils sont aussi la plupart du temps soumis à des injonctions potentiellement contradictoires : avoir besoin de temps pour construire une réponse adaptée aux besoins et en manquer pour « faire sortir », y compris des personnes pour qui l'état de santé n'est pas toujours complètement stabilisé. Dans ce contexte, un séjour en hébergement temporaire peut permettre de donner du temps à la personne et ses proches de construire la suite, tant dans la réflexion que la concrétisation. Trois freins toutefois à cela :

- nous notons un taux d'hospitalisation dans notre service d'hébergement temporaire bien plus important pour les personnes accueillies en sortie d'hospitalisation, traduisant un état de santé se dégradant et/ou non stabilisé à l'arrivée ; ces hospitalisations et retours dans le service temporaire successifs rendent difficile et incertain la réflexion sur le projet de vie à venir à l'issue du séjour ;
- l'absence dans notre service temporaire tant de temps de psychologue dédié que d'assistants sociaux ou de liens établis avec les assistants sociaux du territoire, qui accompagnent la personne et ses proches dans la construction de ce projet. Aucune action structurée envers l'aidant n'est menée en amont ou pendant le séjour aujourd'hui, les aidants rencontrés ignorant pour la plupart tout de l'aide existante sur le territoire et ne trouvent pas dans le service les relais pour les orienter ;

- enfin, le coût d'un hébergement temporaire peut être pour certaines personnes rédhibitoires. Certes, la métropole de Lyon soutient financièrement ces séjours, pendant 30 jours maximum et pendant l'été un dispositif dérogatoire permet lui aussi pendant 30 jours d'être hébergé en séjour temporaire pour 20€ par jour en sortie d'hospitalisation. Toutefois, pour des séjours plus longs, les personnes peuvent être en difficulté, l'hébergement temporaire ne pouvant, sauf très rare exception, bénéficier de l'aide sociale, en place à 100% pour notre hébergement permanent.

Pour ce qui concerne les demandes d'hébergement permanent de personnes vivant à leur domicile, relativement non urgentes, une visite de préadmission est programmée. Si elle conduit à un avis favorable (décision pluridisciplinaire), la personne et sa famille se voient proposer une chambre dès qu'une se libère, en EHPAD classique ou en secteur protégé si cela est nécessaire.

Le temps entre la visite de pré-admission et la proposition de chambre est le plus souvent assez court car nous avons fait le choix dans l'établissement de ne pas mettre en place de liste d'attente et programmons une ou des visites de pré-admission quand nous savons que, malheureusement, la probabilité qu'une ou des chambres se libèrent est assez forte, au regard de l'état de santé des résidents.¹ Dès lors il arrive qu'au moment de l'annonce de la possibilité d'hébergement, la personne ou ses proches soient surpris de la rapidité, et dans tous les cas, une rupture s'opère entre une vie à domicile et l'entrée en institution, plus ou moins préparée.

Ces différentes typologies de situation font échos à de nombreux points présentés au premier chapitre de ce mémoire, notamment en termes d'impact des politiques publiques, qu'elles soient nationales ou locales, en termes d'offre sur le territoire :

- La mise en place d'un accompagnement adapté aux besoins des personnes à leur domicile est complexe, tant du point de vue des démarches que de la disponibilité des services implantés (pour rappel, l'offre domiciliaire existante est bien en deçà des moyennes nationales) ;
- Les aidants, malgré les dispositifs en place à l'échelle du territoire, restent le plus souvent désarmés, perdus et en manque de soutien tant sur le quotidien vécu que sur les aspects administratifs, financiers, ...
- Hormis les séjours pour répit programmés en service temporaire, la plupart des admissions dans l'établissement, que cela soit en temporaire ou en permanent, est

¹ Ce choix est fait pour éviter d'avoir une longue liste d'attente et de devoir réévaluer la situation de la personne en demande plusieurs mois après le premier contact, au risque de devoir à ce stade ne plus être en capacité de l'accompagner et de répondre à ses besoins dans de bonnes conditions.

synonyme de rupture de parcours, pour la personne accompagnée mais aussi pour ses proches.

Aujourd'hui, la personne âgée vulnérable se trouve face à un choix binaire :

- soit sa situation est adaptée aux possibilités actuellement offertes par les services d'aide et d'accompagnement à domicile (et non l'inverse...) rendant son maintien à domicile possible ;
- soit, dès que ses besoins en soins croissent, vivre une rupture de parcours forte, non préparée, d'entrée en institution, parfois subie même si elle est consentie.

Au regard de l'évolution sociologique, démographique et socio-économique des personnes âgées à l'horizon 2030, de la volonté de plus en plus marquée d'une volonté de vieillir à domicile, l'offre existante ne permettra pas de répondre aux attentes et aux besoins de la population.

À l'échelle de l'établissement des Agapanthes, malgré :

- un travail important pour construire un continuum d'offre qui représente un socle intéressant pour accompagner les personnes accompagnées tout au long de leur parcours ;
- un positionnement tarifaire en phase avec les caractéristiques socio-économiques de la population du territoire ;
- un établissement récent, bien équipé du point de vue du matériel et bien doté du point de vue du personnel ;
- un renouvellement de l'équipe de direction, qui traite à court terme les problématiques managériales et de management de la qualité mais porte aussi une culture du travail en mode projet, insuffle pas à pas des projets structurants ;

la réponse n'est que partielle aux besoins et attentes identifiées.

Au-delà de l'offre proposée (accueil de jour, hébergement temporaire et permanent, unités protégées, PASA) et de ses limites, d'autres facteurs me semblent indispensables à travailler pour avoir la capacité de répondre de manière globale aux attentes des résidents actuels et futurs des Agapanthes :

- un manque de vie dans l'établissement, lié à son architecture très cloisonnée mais aussi à une faible ouverture sur la cité ;
- le faible maillage territorial en place, notamment auprès d'acteurs soutenant les aidants, dans leurs démarches mais aussi dans leur rôle et leur place d'aidant ;
- des équipes marquées par l'instabilité de l'équipe de direction depuis son installation dans les locaux de Bron, succession de directeurs, absences prolongées des

responsable de pôle hébergement et de pôle soins, directrice adjointe, - ancienne directrice des Acanthes -, sortie des effectifs après 30 ans passés dans le groupe, renouvellement de l'équipe de médecins coordonnateurs (0,5 ETP pour le permanent et 0,25 ETP pour le temporaire), instabilité qui amène aujourd'hui à un travail en profondeur sur les process et l'organisation de l'établissement.

Dans ce contexte, il me semble indispensable de réfléchir à la place que peut avoir/prendre l'établissement des Agapanthes pour :

- mieux respecter les droits fondamentaux des personnes, soutenir leur pouvoir d'agir pour leur (re)donner la possibilité d'avoir le choix notamment de leur lieu de vie ;
- accompagner aidé & aidant ;
- accompagner la professionnalisation de l'aide à domicile pour permettre d'accompagner des situations plus complexes ;
- faire tomber les silos pour réellement travailler tout au long du parcours, par un travail de coordination et de collaboration indispensable aujourd'hui peu en place dans la culture de l'établissement.

2.2 Respect des droits fondamentaux, soutien au pouvoir d'agir, quels leviers pour (re)donner le libre choix aux personnes âgées vulnérables ?

Il n'existe pas à proprement parlé de régime juridique spécifique aux personnes âgées. Plusieurs textes internationaux sont là pour leur donner des garanties, mais au même titre que n'importe quelle personne : ConvEDH, Charte des droits fondamentaux, Charte sociale européenne, Pacte international des droits civils et politiques...

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a, en outre, renforcé les droits et libertés des personnes âgées. L'article L. 311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles garantit lui l'exercice de droits et libertés individuels à toute personne accompagnée par un établissement médico-social. La loi du 2 février 2016, qui crée de nouveaux droits à destination des personnes malades et des personnes en fin de vie s'adresse nécessairement aux personnes âgées.

Toutefois, la liberté d'action, de choix, des personnes âgées, le pouvoir qui leur ai laissé de choisir par eux-mêmes et pour eux-mêmes sont souvent mis à mal. Les décisions prises par les autorités pendant la crise du COVID-19, notamment pour les personnes vivant en établissement, ont porté au grand jour ce phénomène.

Réaffirmer le pouvoir d'autodétermination, le droit de consentir, le droit de choisir son domicile paraissent indispensable pour respecter les droits et libertés des personnes âgées.

Quels leviers pour que ces droits fondamentaux puissent être respectés ?

2.2.1 L'importance du consentement

Le recueil du consentement de la personne pour toute entrée en établissement est obligatoire.

Il est systématiquement recueilli au sein des Agapanthes au cours de la visite de préadmission pour des séjours permanents. Le non-consentement, même par une personne dont les troubles cognitifs ou neuro-dégénératifs ne lui permettent qu'en partie de l'exprimer amène à un avis défavorable par le médecin coordonnateur, le plus souvent accompagné en visite de préadmission d'un des psychologues de la structure. L'entourage ne comprend pas toujours d'ailleurs, estimant que la personne n'a plus la capacité de donner un avis éclairé.

La démarche est beaucoup moins systématique pour la demande d'hébergement temporaire, pour lesquelles il n'y a pas de visite de préadmission formelle. Autant la famille est systématiquement rencontrée en amont, autant quand la personne est hospitalisée, il n'y a pas d'échange direct avec elle avant son arrivée dans l'établissement. Même si la famille nous rapporte le consentement de la personne, rien ne nous garantit dans ce cas qu'il s'agit d'une décision prise par la personne accompagnée elle-même.

La signature du contrat de séjour par la personne elle-même est alors recherché. On se heurte alors à des difficultés matérielles, notamment quand il s'agit d'accueillir « en urgence » une personne sortant de l'hôpital. La famille est sollicitée, parfois dans un délai très court, pour mettre en place le contrat de séjour et les autres formalités administratives sans avoir la possibilité matérielle de permettre au futur résident lui-même de s'approprier ses documents, pourtant fondamentaux au regard du respect de ses droits.

Il peut ainsi arriver que la personne, en capacité d'exprimer son souhait, manifeste une fois installée son non-consentement pour ce séjour temporaire. Dans ce cas, la situation est réévaluée en équipe, avec la personne. S'agissant d'un séjour temporaire, il lui est exprimé que ce séjour peut aussi lui permettre de choisir, en toute connaissance de cause, entre le plus souvent vie à domicile et vie en établissement. Il arrive aussi régulièrement que la personne rentre à son domicile, avant la fin du séjour programmé.

Lorsque la personne est en difficulté pour choisir seule, la désignation de la personne de confiance est un des outils permettant de l'aider à faire respecter ses droits, à être accompagnée dans la prise de ses décisions. Le consentement « assisté » est alors visé, si toutefois la décision est concertée. (LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, 2015).

Aux Agapanthes, à fin juillet 2023, environ la moitié des résidents présents avaient désigné leur personne de confiance.

2.2.2 Le droit de choisir son domicile

L'article L. 311-3, 2° du CASF permet notamment de choisir entre le recours à un accompagnement à domicile et l'admission au sein d'un établissement, tel qu'un EHPAD. La Charte Sociale Européenne (Conseil de l'Europe, 1996) et son article 23 précise En vue d'assurer l'exercice effectif du droit des personnes âgées à une protection sociale, les Parties s'engagent [...] à permettre aux personnes âgées de choisir librement leur mode de vie et de mener une existence indépendante dans leur environnement habituel aussi longtemps qu'elles le souhaitent et que cela est possible, moyennant : la mise à disposition de logements appropriés à leurs besoins et à leur état de santé ou d'aides adéquates en vue de l'aménagement du logement ».

Pourtant, en pratique, la liberté de choisir son domicile est souvent mise à mal quand la vulnérabilité est de plus en plus forte :

- la pression, même insidieuse des proches, qui peut être pressante et insistante, peut conduire une personne à renoncer à vivre à domicile, davantage pour soulager ses proches que par propre choix ; parfois des mises sous protection sont demandées par la famille pour faciliter l'entrée en EHPAD ;
- l'accès à un accompagnement à domicile adapté aux besoins de la personne demeure aujourd'hui complexe et laborieux à mettre en place. Confronté à une crise du recrutement sans précédent, le secteur de l'aide à domicile peine à répondre quantitativement et qualitativement aux besoins des personnes qui les sollicitent. Dans une étude auprès des adhérents de l'UNA (UNA AESIO MACIF CHORUM, 2021), 88% des structures d'aide à domicile déclarent avoir ouvert des postes en 2020, dont 1 sur 3 reste vacant. Dans ce contexte, mettre en place l'accompagnement adapté n'est jamais simple ni pour la personne, ni pour ses proches aidants, souvent démunis face à la complexité et la non-disponibilité des services ;
- tel qu'il est en place le plus souvent aujourd'hui impose aux personnes à s'adapter à ce qui leur est proposé plutôt que l'inverse.

Sur le sujet, le 128ème Avis par le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE, 2018) est tranchant : « L'impossible maintien dans le lieu de vie souhaité conduit à l'isolement et à l'exclusion des personnes du lieu de vie qui leur fait sens et à leur concentration dans un même lieu souvent non souhaité ».

« Le refus du vieillissement par notre société comme par la médecine conduit souvent, via une surmédicalisation, à certaines situations de sur-fragilisation et de sur-vulnérabilisation.

Ces situations font le lit de la dépendance. Lorsque la dépendance est évaluée comme étant trop prévalente, elle conduit assez systématiquement à l'institutionnalisation de la personne âgée. L'appréciation de la dépendance est polluée par les limites financières des personnes concernées, limites rapidement atteintes lorsque les aides au maintien à domicile sont insuffisantes en nombre et en temps, voire inadaptées. » Par ces quelques lignes, on mesure l'ampleur de la tâche pour faire « bouger les lignes », dans un contexte où les lois grand âge en préparation sont successivement abandonnées, abandons successifs relevant à mon sens de choix politiques. Pourtant, sans une offre à domicile plus adaptée, le maintien à domicile continuera, malgré une volonté manifeste et massive de la population, à rester difficilement accessible des personnes âgées les plus vulnérables.

2.3 Co-accompagner aidé et aidant

Les aidants, qu'ils soient des membres de la famille, des proches ou des professionnels de l'aide à domicile, jouent un rôle central en fournissant un soutien essentiel aux personnes âgées souhaitant vivre à domicile.

Les aidants contribuent à la préservation de l'autonomie et du bien-être des personnes âgées en les accompagnant dans les activités de la vie quotidienne, en veillant à leur sécurité, en leur apportant un soutien émotionnel et en coordonnant les soins et les services nécessaires. Ainsi, il est primordial de considérer les aidants comme des acteurs clés dans l'accompagnement des personnes âgées à domicile.

Cependant, la tâche d'aidant n'est pas sans difficultés. Les aidants font face à des pressions multiples et à des défis qui peuvent affecter leur bien-être physique, émotionnel et psychologique. Les exigences du rôle d'aidant peuvent être épuisantes et entraîner un stress chronique, une fatigue physique et mentale, ainsi qu'une altération de la qualité de vie. Le manque de soutien adéquat, l'absence de relève ou de temps de repos, ainsi que les sacrifices personnels requis pèsent lourdement sur les aidants, susceptibles de se sentir isolés et dépassés. Ces difficultés peuvent à leur tour avoir un impact sur la qualité des soins prodigués aux personnes âgées, entraînant des conséquences néfastes pour leur bien-être et leur santé globale.

Être identifié comme aidant par un professionnel de santé accompagnant son proche n'est qu'un des prérequis pour l'auto-acceptation de l'aide nécessaire dont doit bénéficier l'aidant. Le chemin est plus long, car il nécessite d'engager un cheminement, une réflexion, souvent rendus difficile par un quotidien guidé par l'action, le faire. Blocage, colère, culpabilité, animent souvent les aidants. Ça n'est que la répétition des échanges avec les professionnels (psychologues, médecins...) mais aussi et surtout la dégradation de leur propre santé qui conduisent les aidants à accepter de l'aide, via par exemple des séjours

de répit. À partir de ce moment-là, un nouveau travail peut commencer, un travail sur soi, un travail pour soi (Leduc, 2020) (Sardas, Gand, & Hénaut, 2018). Ces étapes ne sont jamais linéaires et déterminées à l'avance.

Mme C. accompagne depuis 5 ans au quotidien son mari atteint de la maladie de Alzheimer. Malgré le passage d'aide à domicile chaque matin, Madame gère tout le quotidien ou presque et subit les colères de son mari qui « l'attaque » verbalement en permanence ou presque, physiquement parfois. La situation devient intenable malgré le soutien d'associations, permettant à Madame de souffler sur quelques temps courts. Elle exprime de la culpabilité et de l'épuisement. Madame nous interpelle pour un hébergement permanent dans notre établissement. Lors de la visite de pré-admission, M. refuse de venir vivre aux Agapanthes. Un long échange entre Monsieur et le médecin coordonnateur lui fera accepter de venir dans l'établissement « en vacances », - dans le service d'hébergement temporaire. A l'annonce de cette nouvelle, Madame s'effondre, s'autorise à lâcher prise. Prise par ses émotions, un infirmier de l'établissement est appelé pour s'assurer de sa bonne santé. Il faudra deux heures au couple pour pouvoir rentrer à l'heure domicile dans des conditions sécurisées (Madame est au volant).

Les premières semaines du séjour seront difficiles pour l'un et l'autre : Madame est si exténuée qu'elle ne parvient pas à prendre plaisir à rendre visite à son mari, Monsieur lui en veut et se sent abandonné. Accompagnés par l'équipe de psychologues de l'équipe, petit à petit, le lien et les rencontres s'apaisent. Le couple passe des moments privilégiés ensemble, comme un déjeuner partagé au restaurant. Monsieur décédera subitement deux jours après un de ces déjeuners. Madame nous remerciera de l'accompagnement et la possibilité qui leur a été donnée de (re)vivre de tels moments.

Aux Agapanthes, l'accompagnement des aidants se fait par les équipes dans le quotidien de l'accompagnement, en recevant autant que de besoin les familles en demande. Certaines peuvent être très anxieuses, très culpabilisées de l'institutionnalisation. Devenir aidant d'un proche en EHPAD lorsqu'on a été aidant d'un proche au domicile nécessite d'accepter de lâcher prise. Cet accompagnement ne se fait aujourd'hui qu'en individuel, au cas par cas. Pour autant, un besoin d'accompagnement dans le collectif est ressenti par les professionnels. Un projet d'aide aux aidants des résidents d'unité protégées est envisagé.

Un projet d'accueil des aidants lors des activités du PASA est également imaginé, pour permettre aux proches de mieux comprendre l'accompagnement et de mieux vivre l'institutionnalisation.

L'hébergement temporaire nécessite également de gérer l'orientation des proches vers des dispositifs d'aide aux aidants. En effet, si l'hébergement temporaire est en lui-même un

dispositif d'aide aux aidants, il est aussi le déclencheur de prise de conscience d'un épuisement, l'opportunité de réfléchir à d'autres actions pour soulager les aidants dans leur rôle. Des orientations vers l'accueil de jour, vers des solutions d'accueil séquentiel ou vers des associations d'aide aux aidants sont souvent nécessaires. Le dialogue qui s'installe avec les aidants est donc majeur dans leur accompagnement.

Toutefois, comme pour l'hébergement permanent, cet accompagnement ne se fait qu'au cas par cas de manière individuelle et aucune démarche institutionnelle n'a été mise en œuvre à ce jour.

Au domicile, les difficultés peuvent également être rencontrées par les équipes. Une réunion de travail conjointe avec les équipes de RESIDOM a mis en évidence bon nombre de situations où le positionnement de l'aidant freine l'accompagnement proposé.

Mme H., 103 ans, habite seule en résidence autonomie. Elle a 2 filles dont une est très présente et anxieuse. Mme H. a une volonté très affirmée de vivre en résidence autonomie jusqu'au bout. Les professionnels notent une augmentation progressive des troubles cognitifs.

Un étayage important existe :

- *Passage du SSIAD 5 jours sur 7,*
- *Passage du SAAD 7 jours sur 7, midi & soir, le matin le weekend*
- *Accueil de jour 1 jour par semaine*

Les professionnels du SSIAD et du SAAD n'ont pas de difficultés avec Mme. H. mais en notent avec les aidantes, dont une très exigeante, qui formule des reproches permanents, sursollicite les services, laisse des post-it en nombre partout dans l'appartement en permanence. Tout ceci rend le travail des professionnels difficiles. L'aidante a été rencontrée, écoutée à plusieurs reprises par les responsables de service, sans évolution dans sa posture. Elle a besoin de déverser, n'arrive pas à lâcher prise, à faire confiance. Ancienne soignante, l'hypothèse est posée d'une culpabilisation de laisser les professionnels intervenir « à la place ».

Accompagner l'aidé sans prendre en compte les besoins des aidants, sans tenir compte de la place de chacun, son propre cheminement, conduira nécessairement à l'échec. Aussi, prendre connaissance et analyser les principaux besoins et attentes qu'ils verbalisent, expriment ou manifestent est essentiel. Même s'ils peuvent être variables d'une personne ou d'une situation à une autre, évolutifs également, tenter de les synthétiser est important :

- *soutien émotionnel et psychologique : Les aidants des personnes âgées vulnérables sont souvent confrontés à des situations complexes et émotionnellement éprouvantes. Ils ont besoin d'un soutien psychologique pour faire*

face au stress, à l'anxiété et à la détresse qui peuvent découler de la prise en charge de personnes âgées fragilisées ;

- formation et compétences : Les aidants doivent acquérir des compétences spécifiques pour prendre en charge les personnes âgées vulnérables, en particulier celles souffrant de maladies chroniques ou de problèmes cognitifs. Une formation adéquate leur permettra de mieux comprendre les besoins de la personne âgée et d'offrir des soins appropriés ;
- soutien matériel : Les aidants des personnes âgées vulnérables peuvent avoir besoin de ressources matérielles pour fournir les soins nécessaires, comme des équipements médicaux, des aides à la mobilité et des fournitures médicales ;
- accès à l'information : Les aidants ont besoin d'accéder à des informations fiables sur les problèmes de santé spécifiques aux personnes âgées vulnérables, ainsi que sur les services et les ressources disponibles pour les soutenir dans leur rôle ;
- répit et temps pour eux-mêmes : Prendre soin d'une personne âgée vulnérable peut être une tâche intense et chronophage. Les aidants ont besoin de périodes de répit pour se ressourcer, se reposer et prendre soin d'eux-mêmes ;
- coordination des soins : Les aidants des personnes âgées vulnérables peuvent se retrouver dépassés par la complexité des soins et des services nécessaires. Une coordination efficace entre les différents professionnels de la santé et les prestataires de services est essentielle pour garantir une prise en charge optimale ;
- soutien financier : Les aidants peuvent également être confrontés à des défis financiers liés aux coûts élevés des soins et des services pour les personnes âgées vulnérables. Ils ont besoin de soutien financier pour faire face à ces dépenses supplémentaires.

2.4 Renforcer la professionnalisation de l'accompagnement à domicile

Le secteur de l'aide à domicile pour personnes âgées fait face à de nombreuses difficultés qui entravent sa capacité à fournir des services de qualité et adaptés aux besoins spécifiques des seniors.

La pénurie de main-d'œuvre qualifiée constitue un défi majeur, tandis que le nombre de professionnels formés reste insuffisant.

Par ailleurs, la complexité croissante des besoins des bénéficiaires, en raison notamment de l'augmentation des pathologies liées à l'âge, requiert des compétences et des connaissances spécifiques chez les professionnels de l'aide à domicile, rendant ainsi indispensable une formation continue adaptée.

Pourtant, les professionnels intervenants à domicile comme leurs responsables de service sont aujourd'hui peu qualifiés.

2.4.1 Rappels historiques et impact sur la professionnalisation

Le secteur de l'accompagnement à domicile des personnes âgées vulnérables a vécu de multiples transformations, au gré des évolutions législatives. La plus marquante est structurante est sûrement la loi dite Borloo de 2005 (Le Roy & Puissant, 2016), créant le marché des services à la personne, décision qui conduira à une vision marchande et « industrielle » du secteur qui bouleversera les acteurs historiquement en place pour l'aide à domicile. À compter de cette loi, les entreprises lucratives d'aide à domicile se développent considérablement et l'aide à domicile se retrouve englobée dans un marché regroupant des activités très diverses (jardinage, garde d'enfants, ...). Le secteur, jusque-là structuré autour d'associations, de CCAS, et de particuliers employeurs, voit apparaître des structures entrepreneuriales.

Par ailleurs, les modes de financement des services à d'aide à la personne évoluent, passant d'un financement global des services par la collectivité prenant en charge les coûts réels à un financement individuel, versé à l'usager, via l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (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, 2001).

L'impact sur la personne accompagnée de ces transformations de fond n'est pas moindre. « Les particularités de ces activités, reconnues médico-sociales en 2002, réalisées exclusivement auprès des publics dits fragiles, sont niées. C'est donc une nouvelle représentation des services d'aide à domicile qui est retenue, une image remodelée par rapport aux compromis construits par les acteurs historiques du secteur fondé sur la relation d'usage » (Le Roy & Puissant, 2016). « L'évolution des dispositifs destinés au service d'aide à domicile met donc l'accent sur les capacités productives et la création quantitative d'emplois au sein d'un secteur. Or cela remet en cause la « relation d'usage », se définissant comment un service médico-social auprès de publics fragiles dont la régulation incombe à la puissance publique et requiert des qualifications et des conditions de travail et de rémunérations permettant l'exercice d'un travail social. Ainsi apparaissent des tensions entre ces deux visions des services d'aide à domicile ». Cette « industrialisation » des services d'aide à la personne conduit nécessairement à une standardisation des pratiques, des prestations qu'il faut pouvoir mesurer. La relation d'aide se transforme en une succession d'actes, le coucher 30 min, le portage d'un repas 15 min, ... laissant peu de place au lien entre la personne âgée et la personne qui délivre la prestation et à la dimension qualitative et personnalisée de ce que pourrait être un accompagnement. C'est une transformation en profondeur du métier, qui entraîne sans nul doute des conséquences importantes tant pour les personnes accompagnées que pour les salariés du secteur,

soumis à des contraintes de rentabilité et d'organisation qui les écartent, les éloignent de la possibilité de donner du sens à leur travail (Dussuet, Nirello, & Puissant, 2017).

2.4.2 Spécificité du travail au domicile et risques associés

Exercer la profession d'aide-soignant, d'auxiliaire de vie en EHPAD ou à domicile est fondamentalement différent. À domicile, lorsque le professionnel est isolé, avec un management nécessairement plus distant, les risques de comportements inadaptés, potentiellement maltraitants, la moindre sécurisation des gestes techniques, peuvent être de mise. Le professionnel peut aussi, indépendamment de toute pratique inadaptée, vivre mal ce face à face avec la personne accompagnée. Adopter la bonne posture, être « au bon endroit », sans trop de distance ni au contraire d'intrusion, n'est pas simple pour ces professionnels, qui, dans le contexte actuel de tension de recrutement, ne sont pas toujours formés de manière adéquate.

Par ailleurs, assurer les toilettes de personnes dont la mobilité est réduite, à leur domicile, dans de bonnes conditions pour le professionnel reste plus difficile qu'en établissement, souvent mieux doté d'équipements adaptés. Équiper des domiciles privés de rails, verticalisateurs, quoique prévu, reste complexe à mettre en place. Logement inadapté pour mettre en place le nécessaire, difficulté à convaincre, les aides-soignants, auxiliaires de vie intervenant à domicile interviennent encore parfois dans des conditions inadaptées et pénibles. La formation aussi à l'utilisation de ces outils et matériels fait aussi parfois défaut. Aussi, l'aide à domicile présente aujourd'hui des taux de sinistralité trois fois supérieurs à la moyenne nationale. (Conseil économique, social et environnemental, 2020)

2.4.3 La professionnalisation, levier d'un accompagnement plus adapté

Le CESE, dans un avis en date de 2020, recommande une « réflexion sur une réforme de la gouvernance territoriale du système », mettant en avant la place aujourd'hui des départements qui « décident tant de la demande que de l'offre d'aide à domicile sur les territoires ». Pour le CESE, ce fonctionnement a des conséquences pour l'ensemble des intervenants à domicile, ne permettant « ni l'amélioration des conditions de travail, d'emploi et de rémunération des intervenantes à domicile ni la reconnaissance et l'élévation de leur niveau de qualification » (Conseil économique, social et environnemental, 2020).

La création d'un service public territorial de l'autonomie, proposition du dernier rapport de Dominique Libault en 2022 (Libault, 2022) est inscrite dans la proposition de loi « pour une société du bien vieillir ». L'examen du texte de proposition de loi, suspendu en avril, devait reprendre en juillet 2023, avant un nouveau report *sine die*.

À date, et dans un contexte particulièrement complexe pour le secteur du point de vue de la Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels, le signal n'est pas encourageant.

Les personnels des SSIAD et SAAD du territoire de Bron ont été questionnés sur leurs besoins en termes de sensibilisation, de formation. Parmi les sujets récurrents exprimés,

- *le rôle et la place de l'aidant, les difficultés potentielles à accepter, à faire confiance, à lâcher prise ;*
- *l'accompagnement de personnes souffrant de maladies neuro-dégénératives ;*
- *le syndrome de Diogène : que faire pour la personne ? quoi savoir pour intervenir dans ces conditions particulières d'environnement ?*
- *les matériels et leur utilisation facilitant l'accompagnement des personnes au quotidien.*

2.5 Renforcer coordination et collaboration : point majeur pour limiter les ruptures de parcours

Les acteurs intervenants auprès des personnes âgées vulnérables sont nombreux et variés : médecin traitant, spécialistes, libéraux, les services à domicile tels que SSIAD, SAAD, SPASAD et bientôt service autonomie, potentiellement accueils de jour, plateforme de répit, acteurs associatifs, centres communaux d'action sociale, ...

Assurer la coordination et la communication entre ces différents acteurs est un réel défi, sans quoi des lacunes dans la continuité des soins et des services peuvent compromettre le bien être voire la sécurité des personnes accompagnées.

Le cloisonnement de l'accompagnement a des conséquences tant pour les personnes accompagnées, leurs aidants, que pour les professionnels. Système complexe, peu lisible, il conduit à des ruptures de parcours (avec des transitions domicile / médecine de ville / hôpital / EHPAD accélérant voire aggravant la dépendance), et des surcoûts de dépenses de soins.

Le parcours peut-être défini « comme le continuum de l'accompagnement global des patients et usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix » (ARS, 2016). La rapidité des réponses entre professionnels est « un élément majeur de la bonne structuration du parcours des personnes âgées » (Ministère des solidarités et de la santé, 2018).

Cela passe également par la compréhension globale et personnalisée de la personne, de ses attentes, de ses besoins. Avoir une approche élargie de la prise en charge des personnes âgées est indispensable pour aller au-delà de l'approche strictement médicale et curative.

Ce constat n'est pas nouveau et a conduit à la mise en place de différentes instances, ou dispositifs veillant à coordonner l'action des parties prenantes. Pour ne citer qu'eux, les DAC, Dispositifs d'Appui à la Coordination, créés par la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé (OTSS) du 14 juillet 2019, intègrent l'ensemble des dispositifs de coordination existants : les réseaux de santé, les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), les plateformes territoriales d'appui (PTA), les coordinations territoriales d'appui (CTA) de l'expérimentation PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie).

Cette intégration des multiples dispositifs existant concourt à la volonté de simplification et de structuration des parcours de santé des personnes d'un territoire. Ce dispositif n'est pas spécifique aux personnes âgées, il est voué à être un point d'entrée unique pour les professionnels, quel que soit l'âge de la personne qu'ils accompagnent. Les DAC sont particulièrement missionnés pour accompagner les situations complexes. Ils interviennent avec 3 niveaux d'action :

- L'appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux qui font face à des situations complexes de personnes rencontrant diverses difficultés
- L'accompagnement des personnes
- La participation à la coordination territoriale.

Les DAC ne se substituent pas aux professionnels en place, ils viennent renforcer leur action en mobilisant les ressources et compétences nécessaires sur un territoire donné pour améliorer la coordination des parcours de santé complexes.

Les critères de complexité tels que retenus par le DAC de la Métropole de Lyon sont formulés ainsi :

- « Concerne les situations présentant conjointement :
 - Une problématique médicale et médico-sociale
 - Un ou plusieurs professionnels en difficulté pour intervenir
 - Le souhait de maintien à domicile de l'utilisateur
- Sont exclues les situations :
 - Déjà prises en charge par un autre dispositif
 - Relevant exclusivement d'une problématique sociale ».

Le DAC de la Métropole de Lyon fournit 3 niveaux d'appui :

- Niveau 1 : l'information et l'orientation
- Niveau 2 : l'appui à la coordination ponctuelle
- Niveau 3 : la coordination soutenue, qui mène à la préparation d'un plan personnalisé de coordination en santé PPCS.

Autre dispositif portant une mission de coordination, les Dispositifs Renforcés d'Accompagnement à Domicile. Expérimentaux encore, ils interviennent autour et pour les personnes âgées à leur domicile, avec pour objectif le maintien à domicile, y compris quand les besoins se font croissants.

Quatre axes structurent leur action :

- Accompagner d'un point de vue social et par des services bien être ;
- Promouvoir la santé ;
- Soigner et aider au quotidien ;
- Vivre dans un lieu de vie sécurisé.

A la différence des DAC, les DRAD disposent de personnels en propre qui interviennent auprès de la personne, en sus de la coordination des professionnels déjà mobilisés ou mobilisés.

Les missions des DAC et des DRAD sont très différentes tant dans leurs missions que dans les moyens dont ils disposent. Ces dispositifs sont des avancées qui contribuent à fluidifier le parcours des personnes âgées, notamment dans le cadre d'un maintien à domicile qui devient de plus en plus complexes. Récents encore, évaluer leurs impacts sera indispensable.

L'offre médico-sociale à destination des personnes âgées reste aujourd'hui beaucoup moins mature que le champ du handicap dans la transformation de son offre au service du parcours de la personne. L'articulation entre la dimension institutionnelle du parcours (l'offre existante, son financement, la réglementation) et les souhaits de la personne, son parcours de vie, reste à assurer. Décloisonner, avoir une approche articulée et complémentaire des champs sanitaires, sociaux, et médico-sociaux, les mettre en réseau, les coordonner sera indispensable (Savignat, 2021). L'auteur insiste sur le fait que « cette approche porte une forte dimension territoriale », les délimitations territoriales selon les filières, les collectivités, administrations, étant de véritables obstacles au déploiement sur le terrain d'un travail coordonné, au service de la personne.

Constat a été fait à l'échelle du territoire de Bron d'un manque de dynamique entre acteurs de la gérontologie. L'idée d'organiser une instance gérontologique sur le territoire a été mise en avant par plusieurs acteurs lors de rencontres au cours des derniers mois : coordinatrice de la filière Rhône-Centre, CCAS de Bron, DAC, Métropole partagent la même vision que la direction des Agapanthes à ce sujet. Une rencontre entre direction des Agapanthes, DAC, CCAS de Bron, Métropole, et filière gérontologique Rhône-centre est programmée le 11 septembre, avec la volonté de lancer la dynamique auprès des acteurs et laisser ensuite la main pour créer, de façon partagée et collaborative, cette instance

géronologique. Ceci me semble indispensable pour favoriser une interconnaissance maximale entre acteurs de la gérontologie sur le territoire et ainsi fluidifier le parcours des personnes âgées.

2.6 Conclusion de la seconde partie

Les observations terrain recueillies au quotidien auprès de la population se tournant vers les Agapanthes montrent que la personne âgée vulnérable du territoire se trouve aujourd'hui face à un choix binaire :

- soit sa situation est adaptée aux possibilités actuellement offertes par les services d'aide et d'accompagnement à domicile (et non l'inverse...) rendant son maintien à domicile possible ;
- soit, dès que ses besoins en soins croissent, vivre une rupture de parcours forte, non préparée, d'entrée en institution, parfois subie même si elle est consentie.

Pour dépasser ce constat, l'analyse à la fois des retours des personnes et de leurs familles et des pratiques en place au sein de l'établissement et/ou au sein des services d'aide à domicile, a permis d'identifier plusieurs leviers laissant envisager une meilleure réponse possible aux attentes et enjeux pour les personnes âgées du territoire :

- mieux respecter les droits fondamentaux des personnes, soutenir leur pouvoir d'agir pour leur (re)donner la possibilité d'avoir le choix notamment de leur lieu de vie ;
- accompagner aidé & aidant ;
- accompagner la professionnalisation de l'aide à domicile pour permettre d'accompagner des situations plus complexes ;
- faire tomber les silos pour réellement travailler tout au long du parcours, par un travail de coordination et de collaboration indispensable aujourd'hui peu en place dans la culture de l'établissement.

Ces leviers sont cohérents avec les résultats des travaux de recherche menés conjointement par l'EHESP et la CNSA, présentés au premier chapitre de ce mémoire, dont une synthèse est présentée à la Figure 5 ci-dessous.



Figure 5 : Synthèse des principaux enjeux pour les personnes au regard de leur santé et de leur autonomie (Bloch & Rapegno, 2022)

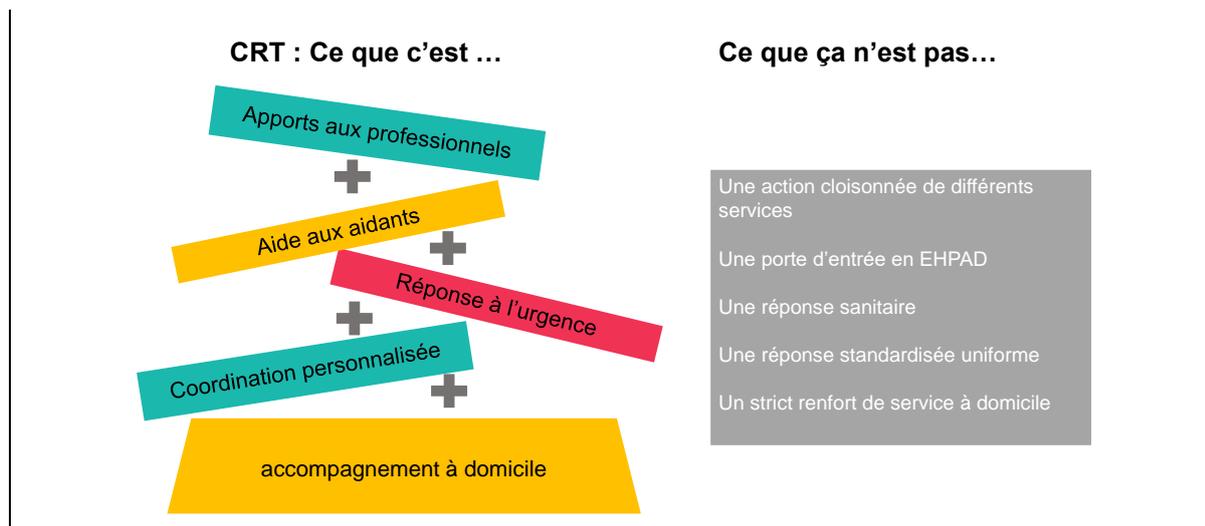
Les enjeux « 5 », « 6 », « 7 », « 9 », et « 10 » sont ceux qui émergent en priorité du croisement des retours terrain et des pratiques à faire évoluer au sein des Agapanthes. Ils sont en gras dans la Figure 5. Ces enjeux prioritaires sont aussi en cohérence avec les orientations des politiques publiques, tant à l'échelon national qu'à l'échelon local : virage domiciliaire, développement de solutions et d'aide pour les aidants, volonté de professionnalisation du secteur de l'aide à domicile, renforcement de la coordination pour limiter les ruptures de parcours.

Ces enjeux sont particulièrement ceux adressés dans le cadre de la création des CRT, Centre de Ressources Territorial, dont le Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 présente les objectifs et périmètre.

La LFSS 2022 définit un nouveau statut : le Centre de Ressources Territorial

2 volets de missions sont donnés à l'EHPAD CRT :

- Volet 1 : Mobiliser des ressources au bénéfice des personnes âgées et des professionnels du territoire
- Volet 2 : Assurer un accompagnement renforcé au domicile des personnes pour lesquelles les prestations « classiques » ne suffisent plus



Répondre à l'appel à projet CRT porté par l'ARS AURA est une réelle opportunité pour les Agapanthes de :

- apporter réponse aux attentes et besoins exprimés de manière récurrente par les personnes âgées vulnérables du territoire et leurs familles auprès de l'établissement ;
- valoriser la démarche engagée par les Agapanthes et le groupe ACPPA dans la mise en place d'un continuum d'offre dont l'objet premier est d'apporter réponse à la personne tout au long de son parcours ;
- s'inscrire pleinement dans une dynamique territoriale et partenariale.

Aussi décision est prise par l'équipe en place en juin 2022 de déposer une candidature à l'appel à projet CRT avec pour ambition de permettre de (re)donner le choix aux personnes âgées vulnérables du territoire, entre domicile et EHPAD dès lors que l'accompagnement « classique » en place au domicile ne suffit plus pour « bien vieillir ».

3 La mise en place du CRT de Bron : le choix fait pour répondre aux attentes des personnes âgées du territoire

Comme précisé en introduction de ce mémoire, j'ai occupé successivement plusieurs fonctions au sein des Agapanthes depuis octobre 2022. À mon arrivée dans l'établissement en tant que stagiaire de direction, j'apprends le jour de mon arrivée qu'une candidature va être déposée quelques jours plus tard, en réponse à l'appel à candidature porté par l'ARS Auvergne Rhône-Alpes relatif à la création de Centres de Ressources Territoriaux pour les personnes âgées. Début janvier 2023, c'est la bonne nouvelle, le projet a reçu un avis favorable. Il va falloir construire, mettre en place, dans un contexte pour l'établissement très instable : la responsable du pôle soins est en arrêt maladie (elle l'est toujours à mi-juillet), sa remplaçante (responsable pôle soins d'appui du groupe) sera licenciée pour faute simple (fin juillet), la directrice adjointe également (elle ne réintègrera pas l'établissement), la directrice, en poste à temps plein dans l'établissement depuis août, croule à la fois sous le quotidien de ce « gros bateau » de 121 chambres, et retrouve une respiration à l'idée de la mise en place de ce dispositif. Assez vite, la fin de mon stage approchant, un CDD m'est proposé en tant que chargée de mission pour accompagner la mise en place du CRT de Bron, double constat étant fait :

- matériellement, l'équipe en place ne dispose pas du temps nécessaire, seule, pour rentrer pleinement dans cette phase opérationnelle ;
- par mon parcours professionnel antérieur, j'ai l'expérience de ce type de mission, les projets partenariaux ont été mon quotidien pendant 15 ans et j'ai par ailleurs eu l'opportunité de créer une structure de toute pièce, l'établissement en région de l'entreprise qui m'a employée et dont j'étais associée pendant 15 ans.

1^{er} mars, me voilà chargée de mission pour la mise en place du CRT de Bron, avec à disposition, le cahier des charges, le dossier de candidature et son budget associé, et du support à travers :

- la directrice des Agapanthes et la directrice de RESIDOM, filiale domicile du groupe, largement implantée à Bron ;
- l'ensemble des services support du Groupe ACPPA : service juridique, achat, qualité, RH, ...

Depuis le 1^{er} juin, je suis directrice adjointe de l'établissement. Le pilotage du CRT ne fait pas parti de mon périmètre direct de responsabilité. Toutefois, je continue d'être impliqué dans le suivi de la mise en place de manière active pour deux raisons :

- La première parce que j'ai porté pendant mon CDD plusieurs chantiers et par souci d'efficacité le relais a été fait directement auprès de l'équipe CRT au fur et à mesure de son arrivée ;

- La seconde car en cas d'absence de la directrice de l'établissement, j'assume ses fonctions dans une logique de subsidiarité. Or la directrice en poste a annoncé pendant l'été son départ qui sera effectif à fin septembre. Il est donc important que la continuité soit assurée, y compris pendant la période suivant son départ au cours de laquelle son poste risque d'être vacant².

3.1 La phase de réflexion et de construction, de la mise en place

Dans cette phase de construction opérationnelle du dispositif, il est important d'avoir une vision à 360° des axes de travail. Découper le projet en tâches élémentaires, identifier les étapes et jalons, les livrables, construire un rétroplanning, en phase avec les choix et le positionnement portés dans le dossier de candidature. L'offre a été définie dans la candidature, il s'agit de mettre en place les conditions pour la déployer et qu'elle trouve son(ses) publics : aidés, aidants, et professionnels. La coordination des acteurs sera cruciale pour la réussite du projet. Ce point doit être aussi spécifiquement travaillé dans cette phase amont pour limiter les risques associés. En effet, le dispositif va nécessiter de travailler de manière coordonnée avec de nombreux professionnels, de mobiliser des compétences, des savoir-faire existants variés au sein de l'écosystème dans une logique de subsidiarité. C'est une modalité de travail qui reste à ce moment-là peu ancrée dans le fonctionnement des Agapanthes d'où la vigilance sur ce point et le travail sur une gouvernance adaptée pour ce dispositif.

Par ailleurs, le CRT est un dispositif nouveau, s'appuyer sur le retour d'expérience de dispositif proches en termes d'objectifs est aussi un axe retenu dans cette phase amont.

3.1.1 Le CRT de Bron tel qu'il a été pensé dans la candidature

Le CRT de Bron vise à permettre aux personnes âgées vulnérables de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique déjà en place (par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile) n'est plus suffisant pour leur permettre de continuer de vivre chez elles. Il s'agit « d'amener l'EHPAD » au domicile et développer une alternative à l'entrée en institution.

Le CRT c'est aussi un soutien et un appui aux professionnels du territoire, qui ont l'habitude d'intervenir au domicile des personnes âgées vulnérables. Actions de formation, de sensibilisation, analyse des pratiques professionnelles, coordination renforcée, ... autant de moyens pour soutenir les professionnels sur le terrain au quotidien, les guider, leur permettre de mieux se connaître, se former...

² Au 2 septembre, il est envisagé une direction de transition à compter d'octobre sans que toutefois rien ne soit matérialisé à ce jour.

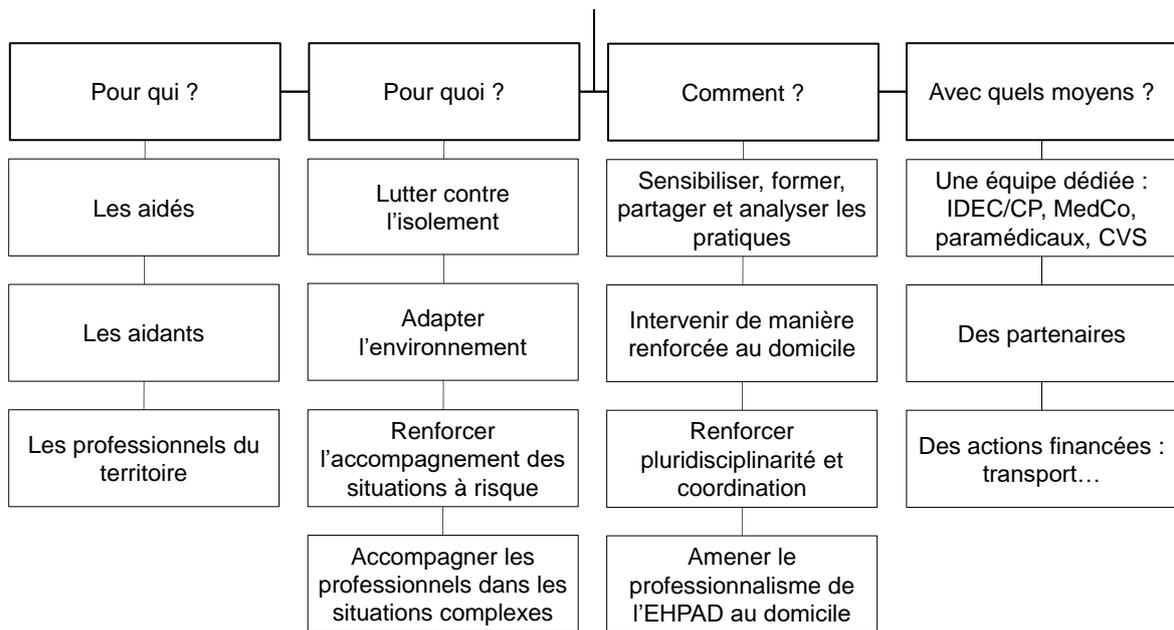


Figure 6 : positionnement du CRT de Bron

Troisième axe du CRT, le soutien et l'accompagnement des aidants. Le rôle et la place des aidants de personnes âgées vulnérables sont difficiles et évolutives : la charge physique, psychique peut devenir trop lourde au fil du temps, l'état de santé de l'aidant peut se dégrader, l'acceptation de l'aide nécessaire dont doit bénéficier l'aidant est souvent un long chemin, souvent rendu difficile par un quotidien guidé par l'action, le faire. Blocage, colère, culpabilité, animent souvent les aidants. Les accompagner est là aussi un point clé pour garantir le maintien à domicile de l'aidé dans des conditions adaptées.

Le CRT ne se substitue pas à l'existant au domicile des bénéficiaires, il vient le renforcer en luttant contre l'isolement du bénéficiaire, de son entourage, en accompagnant les professionnels face aux situations complexes, en renforçant l'accompagnement des situations à risques.

D'un point de vue budgétaire, le CRT de Bron c'est une dotation de 400 000 € par an, avec des charges réparties de la manière suivante :

Charges	
Groupe 1	74 000 €
Groupe 2	321 128 €
Groupe 3	480 €
total	395 608 €

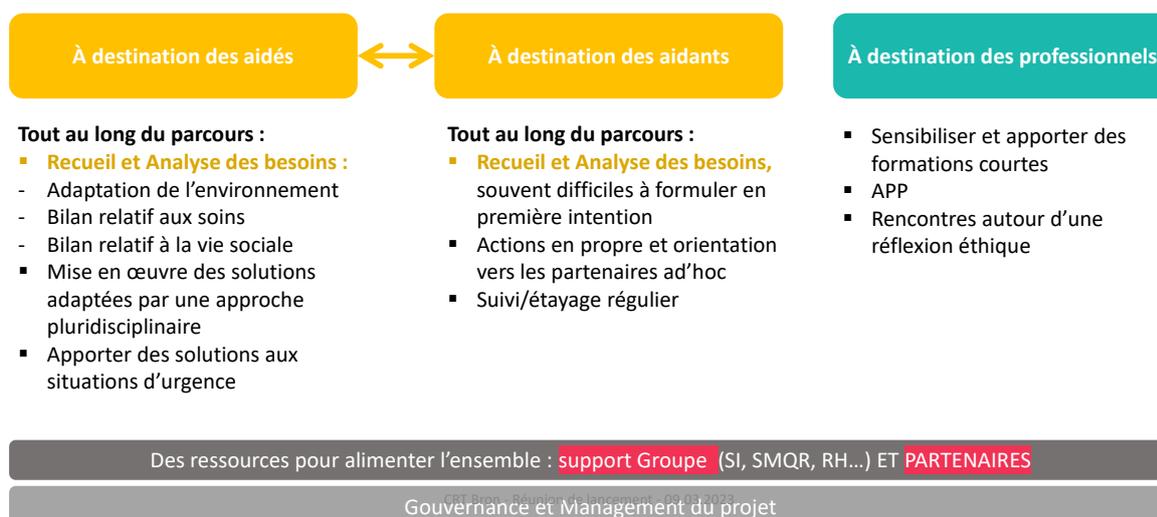
La majeure partie du budget concerne les ressources humaines à travers l'équipe dédiée. L'équipe CRT est placée sous la responsabilité hiérarchique du directeur des Agapanthes, directeur en charge du pilotage global du dispositif, des liens avec les tutelles et avec la direction des opérations du groupe.

3.1.2 Préparer et mettre en place la traduction opérationnellement les choix portés dans la candidature

Le découpage du projet de mise en place du CRT a été structuré en 5 blocs ou workpackages (WP) :

- WP0 : Définir la gouvernance et le management du projet
- WP1 : Mettre en place les conditions du déploiement de l'offre à destination des aidés
- WP2 : Mettre en place les conditions du déploiement de l'offre à destination des aidants
- WP3 : Mettre en place les conditions du déploiement de l'offre à destination des professionnels
- WP4 : Mettre en place des outils et ressources transversales.

La préparation du déploiement de l'offre est centrale dans cette démarche. Elle vient se nourrir des deux autres axes du plan d'action : la mise en place de la gouvernance et des modalités de management, et la mise en place des outils et ressources transversales mobilisant les services support du Groupe ACPPA mais aussi les partenaires du projet.



La décomposition en tâches élémentaires de la mise en place du CRT est portée pour plus de clarté en annexe de ce mémoire.

Un travail spécifique a été mené sur la gouvernance du dispositif dans un contexte partenarial peu habituel pour l'établissement.

3.1.3 Identifier les facteurs de risques et mettre en place les actions sécurisant l'approche

Les facteurs de risque pour un projet de cette ampleur dans un contexte partenarial peu habituel pour la structure porteuse du projet peuvent être assez nombreux.

Parmi ceux identifiés très en amont de la mise en place :

- La définition de critères d'inclusion permettant de donner toute sa valeur au dispositif ;
- Le recrutement de l'équipe, dans un contexte pour le secteur où recruter et fidéliser est particulièrement complexe ;
- L'inclusion dans le dispositif de personnes accompagnées par des services (SAAD, SSIAD) hors groupe sera nécessairement plus complexe que pour les personnes accompagnées par RESIDOM. Toutefois, cela sera essentiel.

A) L'attention portée à la définition des critères d'inclusion

La question des critères d'inclusion est soulevée très rapidement à l'annonce de l'avis favorable reçu de l'ARS, notamment par la direction médicale du Groupe. En lien au quotidien avec l'écosystème hospitalier, le risque de voir le CRT submergé de demandes pour des personnes à l'état de santé très précaire, sans solution, lui semble prégnant, dans un contexte hospitalier lui aussi tendu.

La réunion de lancement du projet avec les partenaires le 9 mars confirme cette intuition, au regard des questions adressées par différents acteurs présents.

Très vite s'engage une réflexion sur la construction de ces critères, permettant au CRT de garder toute sa valeur ajoutée pour des situations relevant du champ médico-social et non du sanitaire. Le CRT ne se veut pas non plus un dispositif pour préparer l'entrée à court terme en institution ; il pourra le faire « en bout de chemin », auprès de personnes accompagnées au long court mais pas en première intention.

Dès lors le travail a été mis en place, en mobilisant l'équipe projet CRT et les équipes terrain de RESIDOM. En effet, choix a été fait de construire ces critères en se basant sur l'analyse de situations réelles, terrain, rencontrées par RESIDOM et d'analyser les difficultés rencontrées, par l'aidé, l'aidant, les professionnels.

L'idée était de croiser ensuite ces difficultés et l'offre du CRT pour identifier là où :

- le CRT apporte le plus de valeur ;
- le CRT comble un vide par rapport à l'offre existant dans l'écosystème (DAC, autres acteurs...).

Les situations pilotes (présentées en annexe de ce mémoire) ont été choisies avec les équipes RESIDOM en prenant garde à la diversité des difficultés rencontrées.

De ce travail, nous retenons que la valeur ajoutée du CRT s'exerce dans des situations où :

- le positionnement de l'aidant (avec l'aidé, avec les professionnels en place) freine l'accompagnement ;
- l'isolement de l'aidé impacte sa vie, mais aussi l'accompagnement en place ;
- une action et coordination est nécessaire sur l'ensemble des volets d'action du CRT : soins, vie sociale, accompagnement des aidants s'ils existent ;
- dans une logique d'anticipation, pour éviter que certaines situations « n'explorent » et éviter les ruptures de parcours.

Sa valeur ajoutée ne trouve pas sa place quand :

- l'accompagnement nécessaire relève du sanitaire plutôt que du médico-social ;
- la situation de la personne (ou de son/ses aidant(s)) n'est pas stabilisée d'un point de vue psychiatrique ;
- les problématiques sociales (précarité...) et leurs expressions (addictions, ...) sont si envahissantes que le personnel est en danger (violences).

Les critères d'inclusion et le process d'admission ont été construits à partir de ce travail préliminaire. Ils sont détaillés au paragraphe 3.2.4B) page 5747.

B) Le recrutement de l'équipe dans un contexte complexe pour le secteur

Les difficultés de recrutement et de fidélisation du secteur social et médico-social ne sont plus à démontrer. Renforcé et mis en lumière par la crise COVID, elles mettent en tension les établissements dans leur fonctionnement au quotidien. (NEXEM ; FEHAP, 2022)

Les vacances de poste n'épargnent aucune fonction, même si les difficultés les plus importantes sont constatées pour les personnels soignants, éducatif et social, et les médecins.

L'équipe du CRT de Bron telle qu'elle a été construite en réponse à l'appel à projet est constituée de 5,2 ETP :

- Chef de projet (0,2 ETP)
- IDEC (0,8 ETP)
- Médecin coordonnateur (0,2 ETP)
- Psychologue (0,3 ETP)
- Ergothérapeute (0,3 ETP)
- Psychomotricien (0,2 ETP)
- ASD/IDE de nuit (2,2 ETP)
- Coordinateur de vie sociale (0,8 ETP)
- Secrétaire administratif (0,2 ETP)

Recruter l'entièreté de l'équipe dans les conditions actuelles pourrait paraître être un défi en soi...

Le groupe est équipé d'outils pour le recrutement (plateforme pour la passation d'annonces, base de données partagée de viviers, ...) qui seront largement utilisés dans cette phase de recrutement.

Pour certains postes, nous le verrons par la suite, l'appui de ressources internes au groupe permettront de lancer le dispositif au moins dans sa phase d'amorçage avant même que les recrutements soient finalisés (nous pensons au poste de médecin coordonnateur par exemple).

Globalement, hormis pour les postes d'ASD de nuit et de coordinateur de vie sociale, l'attractivité des missions proposées a permis de recruter, après toutefois de multiples retournements de situation, hésitations, une partie importante de l'équipe dès juin/juillet 2023.

- C) L'inclusion dans le dispositif de personnes accompagnées par des services (SAAD, SSIAD) hors groupe

Il a été décidé assez tôt que dans la phase d'amorçage du dispositif, les personnes accompagnées par le CRT seraient « recrutées » au sein des bénéficiaires de RESIDOM, filiale du groupe active à domicile et partenaire de la première heure du CRT de Bron.

Cela avait vocation de « sécuriser » l'approche, d'éprouver les process et outils construits spécifiquement pour le CRT en interagissant avec des professionnels issus du même groupe, partageant une culture et des outils communs.

Cela permettait de se donner ainsi de la latitude sur plusieurs points :

- Les problématiques d'interopérabilité des systèmes d'informations utilisés par le CRT, mais aussi par les acteurs du domicile déjà en place auprès du bénéficiaire ;
- Les problématiques en termes de responsabilité : que se passerait-il d'un point de vue juridique au cas où un problème arrive au domicile lors de l'intervention d'un acteur de soutien à domicile d'un bénéficiaire CRT, potentiellement habituel pour le bénéficiaire, mais qui ne respecte pas les exigences de qualité du groupe ? Le CRT n'a pas vocation, sauf urgence, à délivrer du soin mais à coordonner la prise en soin. Quelle légitimité auprès des acteurs existants et en place auprès du bénéficiaire pour imposer un niveau de professionnalisation des pratiques ?

Ces questions importantes sont aujourd'hui en phase d'investigation pour préparer la phase de déploiement plus large du dispositif, prévu à compter de septembre 2023, avec l'intégration d'un premier bénéficiaire non accompagné par RESIDOM.

3.1.4 Tirer parti des retours d'expérience des porteurs de dispositif aux objectifs proches

Le dispositif CRT est récent (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2022), celui de Bron fait partie de la première vague en région Auvergne Rhône-Alpes à recevoir un avis favorable (5 projets ont été retenus lors de ce 1^{er} appel à projet ; le CRT de Bron est le seul positionné sur la Métropole lyonnaise). Depuis un nouvel appel à projet est paru, les candidatures sont à déposer pour septembre 2023. Un second CRT est attendu sur la métropole lyonnaise (« sauf les communes de Bron, Vaulx en Velin, Vénissieux, Chassieu, St Priest, Genas, Décines, Lyon 08 », territoires limitrophes du CRT de Bron).

Ce 2nd appel à projet invite les trois « Dispositif renforcé de soutien à domicile pour personnes âgées dépendantes », - DRAD -, présents en Région à candidater pour voir leur action pérennisée. Issus d'une expérimentation « Article 51 », le volet 2 (« Assurer un accompagnement renforcé au domicile des personnes pour lesquelles les prestations « classiques » ne suffisent plus ») de la mission de Centre de Ressources Territorial a été inspiré de ces dispositifs qui dans leur forme actuelle prendra fin au 31 décembre 2023.

Les informations collectées (conférence et échanges téléphoniques directs avec certains des porteurs) sur la mise en place de ces dispositifs ont permis de confirmer des choix et d'alerter sur des points de vigilance :

- L'importance des critères d'inclusion et les choix menés par l'équipe projet du CRT de Bron ;
- La vigilance à avoir sur le travail de coordination avec des services de soutien à domicile et la répartition des responsabilités ;
- Les difficultés anticipées sur l'interopérabilité des systèmes d'information et le manque de maturité tant des solutions existantes que des pratiques terrain en place.

3.2 De la feuille de route initiale aux premiers bénéficiaires : quelles avancées ?

3.2.1 La mise en place des partenariats

Parmi les premières actions menées, la mise en place des partenariats, formalisées par des conventions avec chacun d'eux, a occupé comme un fil rouge mes premières semaines comme chargée de mission CRT.

L'offre du CRT définie dans la réponse au cahier des charges se voulait résolument collaborative, l'enjeu n'étant pas de porter en propre toutes les compétences ou savoir-faire mais de mobiliser les acteurs d'ores et déjà positionnés, dans une logique de subsidiarité.

Sur la cartographie de l'offre présentée ci-contre, chacune des briques s'appuyant sur un ou des partenaires est entouré en gras,

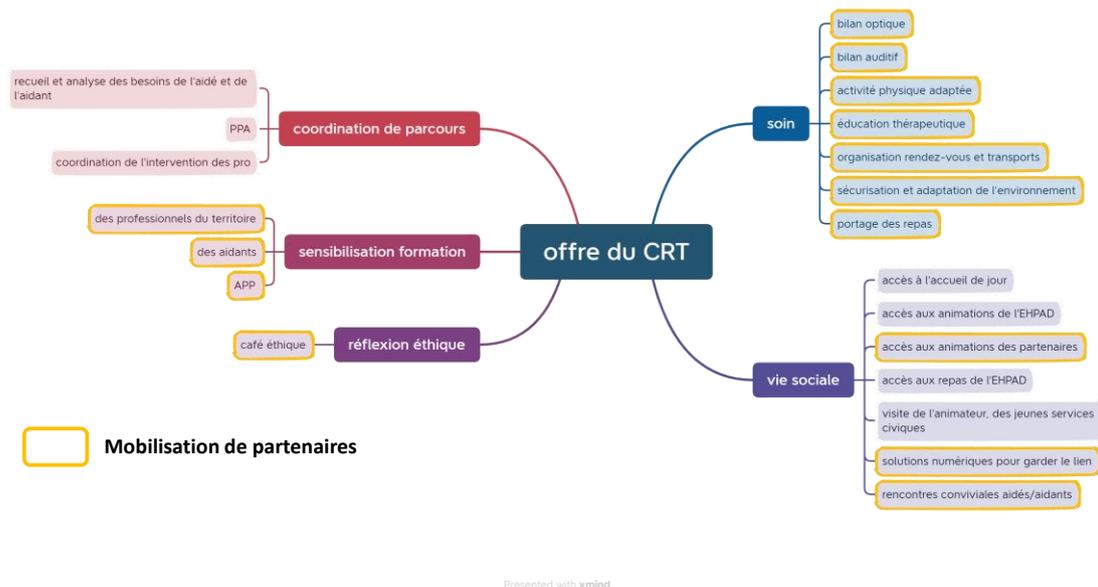


Figure 7 : Offre du CRT de Bron

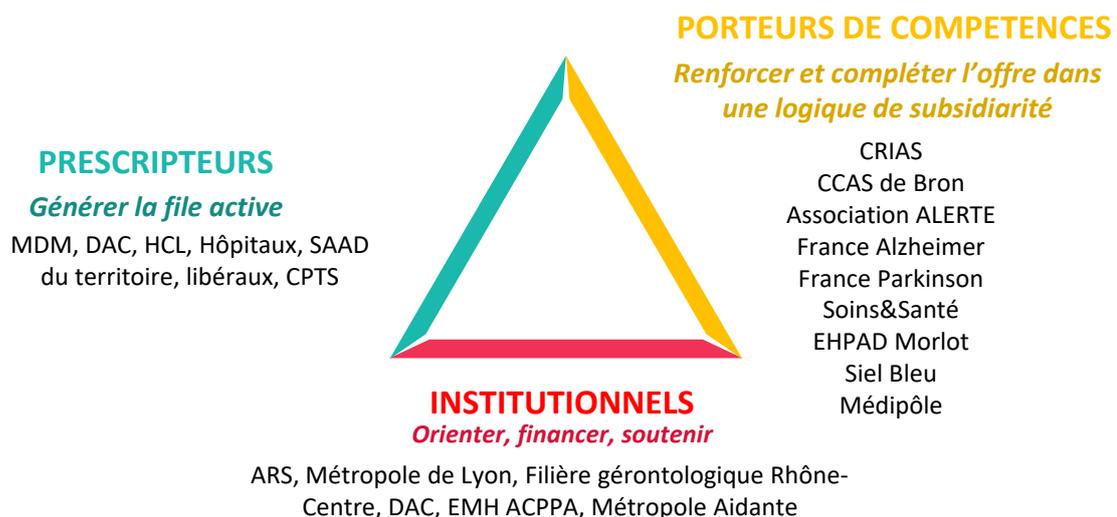


Figure 8 : Écosystème et partenaires

Le 9 mars 2023 se tenait la réunion de lancement de la mise en place du CRT de Bron avec l'ensemble de ses partenaires. Si pour le CRT cette réunion est importante, pour les partenaires elle est attirante, 24 présents, que nous retrouverons aussi nombreux lors de la réunion d'avancement début juillet.

Fort de ce succès, à l'issue de cet échange, chacun des partenaires est rencontré individuellement pour mettre à plat les modalités de collaboration. Pour donner suite à chacun de ces rendez-vous, un projet de convention est rédigé, partagé sur le fond, avant d'être soumis au regard complémentaire et affuté du service juridique du Groupe.

Début juillet 2023, le contenu de l'ensemble des projets de convention permet de couvrir la totalité de l'offre prévue dans la candidature, voire l'enrichir.

Facteur de ralentissement, la relecture par l'équipe de juristes du siège du groupe, débordés.

Le maillage partenarial se poursuit, notamment auprès des « institutionnels » tels que mentionnés sur la Figure 8. Une rencontre est prévue en septembre entre CRT, CCAS de Bron, DAC, et Métropole de Lyon pour réfléchir à l'organisation d'une instance gérontologique sur le territoire de Bron, de façon à relancer une dynamique entre acteurs de la gérontologie du territoire, favoriser la connaissance croisée des acteurs et ainsi fluidifier le parcours des personnes âgées du territoire. Une 1^{ère} rencontre avec tous les acteurs est prévue en novembre.

3.2.2 Le recrutement de l'équipe

Nous l'avons déjà abordé, la capacité à recruter ou non l'équipe est un facteur de risque pour la mise en place du dispositif.

Le premier travail réalisé a été de construire les fiches de fonction pour chacun des postes ouverts à recrutement, puis les annonces associées, leur publication et la rencontre des candidats.

Plusieurs « rebondissements » ont ponctué la période de mars à mai, période à laquelle j'étais chargée de missions CRT. Il m'a fallu être force de proposition et nous adapter, changer notre fusil d'épaule parfois par rapport à ce qui avait été pensé au départ !³

A) IDEC, Chef de Projet, IDEC-chef de projet ...

Initialement, un poste clé, le poste « d'IDEC/chef de projet », à temps plein était prévu. Ses activités et compétences de base devaient permettre, placé(e) sous l'autorité du Directeur de l'établissement porteur du CRT :

- De gérer l'admission des personnes entrant dans le dispositif, l'évaluation des situations par une visite à domicile, de préparer l'entrée dans le dispositif notamment par la mise en place du projet personnalisé d'accompagnement ;
- D'assurer la coordination du parcours des personnes accompagnées par le CRT ;
- D'assurer la coordination des professionnels intervenant auprès des bénéficiaires, des aidants, des professionnels qu'ils soient internes ou externes au groupe ACPPA ;
- D'assurer le partage d'informations, clé de voûte de la coordination dans le suivi opérationnel du quotidien ;

³ Dans ce chapitre, quand je parle de « nous », il s'agit de l'équipe projet CRT, à savoir la directrice des Agapanthes, la directrice de RESIDOM, et moi-même chargée de mission CRT à cette période.

- D'encadrer l'équipe pluridisciplinaire (psychologue, ergothérapeute, ASD de nuit, psychomotricien/ne, coordinateur/trice de vie sociale) ;
- De contribuer au pilotage du dispositif, son reporting et son suivi.

Nous cherchions donc une personne de formation soignant, titulaire du DEI complété d'un diplôme de Cadre de santé, et porteur d'une expérience en management et en pilotage de projet. Idéalement, cette personne dispose d'une connaissance du domicile et de l'EHPAD...

Une première candidature interne nous convainc, même si elle avait besoin d'un soutien et de formation en gestion de projet. Toutefois, elle déclinera l'offre, du fait des astreintes (administratives)⁴ et de la nécessité régulièrement de décaler ses horaires pour rencontrer l'équipe d'ASD de nuit.

Nous identifions quelques profils potentiellement intéressants, des négociations s'engageront mais n'aboutiront pas, ne pouvant « suivre » d'un point de vue salarial pour des profils rares et expérimentés⁵.

C'est après la rencontre d'une candidate psychologue, que je propose de changer notre façon de voir et décision est prise de dissocier les fonctions d'IDEC d'une part et de chef de projet d'autre part.

Finalement, la psychologue recrutée, disposant d'une expérience de chef de projet, prendra le temps budgété pour la chefferie de projet (0,2 ETP) en plus de son temps de psychologue (0,3 ETP) et nous serons en mesure d'embaucher rapidement, de manière transitoire du 1^{er} juin au 31 août 2023⁶, une IDEC qui connaît bien le fonctionnement de l'établissement et à qui sera proposé un parcours d'intégration au domicile. C'est elle qui portera les premières visites à domicile auprès des premiers bénéficiaires courant juin.

Depuis, plusieurs candidatures au poste d'IDEC ont été reçues et c'est une candidate interne qui rejoindra l'équipe au 1^{er} septembre, en CDI cette fois. Forte d'une expérience de 7 ans en SSIAD et ancienne infirmière référente des Agapanthes, elle présente un profil idéal.

⁴ Le CRT se doit de pouvoir intervenir 7j/7 et 24h/24 auprès de ses bénéficiaires. Au-delà de la présence prévue d'une ASD de nuit tous les jours, une astreinte administrative doit être mise en place. L'IDEC CRT ne pouvant raisonnablement pas être d'astreinte 365 jours par an, décision a été prise d'intégrer l'IDEC CRT dans le cycle d'astreinte administrative des Agapanthes.

⁵ La convention collective du Groupe impose de reprendre l'ancienneté depuis la date du diplôme d'IDE. 10 ans d'ancienneté avaient été budgétées en amont, difficile sans déstabiliser le budget/la constitution de l'équipe de sortir de ce cadre.

⁶ Personne détachée de la fonction hospitalière intervenant en CDD dans l'établissement depuis décembre

B) Recrutement des paramédicaux

Ce sont les postes qui ont posé le moins de difficulté. Psychologue, psychomotricien(ne), ergothérapeute ont pu être recrutés assez facilement.

Depuis mi-juin le poste d'ergothérapeute est occupé de manière transitoire et sera remplacé à compter de début septembre par une ergothérapeute qui travaillera à la fois pour le CRT (0,3 ETP) et l'établissement (0,7 ETP). Cette opportunité me semble très intéressante pour éviter que le CRT et son équipe soient isolés du reste de l'établissement.⁷

C) Coordinateur de vie sociale, ASD de nuit et médecin coordonnateur

Ces postes sont ceux pour lesquels les difficultés sont les plus grandes.

Pourtant essentiel pour la bonne marche du CRT, nous ne parvenons à date (mi-juillet) à recruter ni coordinateur de vie sociale, ni animateur, ni assistant de soins en gérontologie, ni aide médico-psychologique. Quelques candidats reçus, peu. Une proposition a été faite en mai, mais déclinée pour des raisons salariales. Les recherches se poursuivent. Par ailleurs, deux jeunes en service civique compléteront l'équipe début 2024.

Le recrutement des 2 ASD de nuit permettant de répondre à la demande du cahier des charges d'un accompagnement H24 des bénéficiaires par le CRT n'a pas encore abouti à mi-juillet, alors que les premiers bénéficiaires sont sur le point de signer leur DIPEC. Un des deux postes est pourvu à compter de septembre. Dans l'attente, nous mobiliserons le dispositif partagé d'IDE de nuit du groupe, dispositif lui aussi dans une phase de montée en charge et des ASD en CDD.

Enfin, les 0,2 ETP de médecin coordonnateur n'ont pas trouvé candidat. Dans l'attente, et dans la phase d'amorçage du dispositif, le médecin coordonnateur de l'établissement jouera ce rôle.

3.2.3 La gouvernance du dispositif

Différentes typologies d'acteurs interviennent selon les besoins identifiés par le CRT en fonction de leurs compétences et champs d'actions.

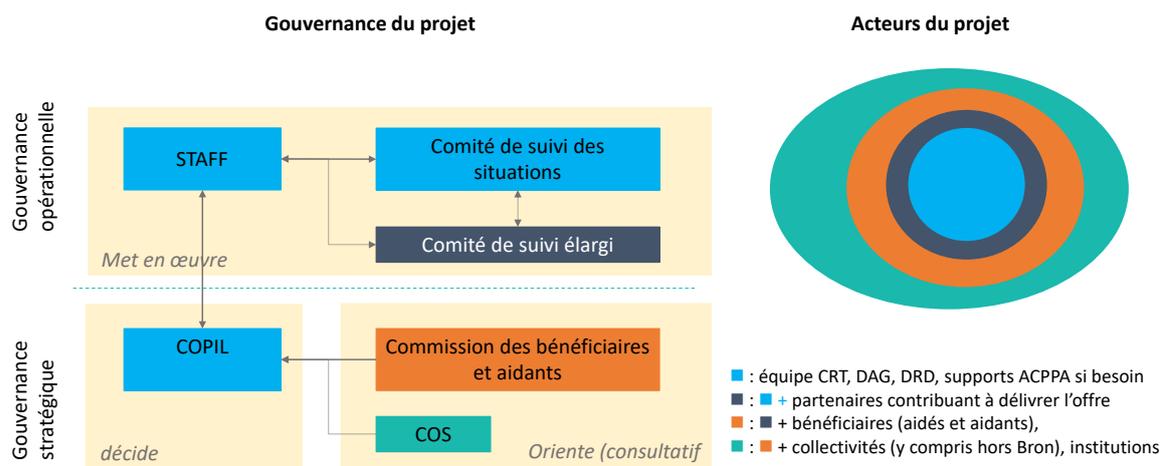
- L'équipe CRT ;
- Le groupe ACPPA et notamment ses services supports ;
- Les partenaires conventionnés, en appui de l'équipe pour délivrer l'offre du CRT ;
- Les partenaires prescripteurs, avec qui l'équipe CRT travaille à l'alimentation de la file active et la connaissance du dispositif par l'écosystème ;

⁷ D'autres mesures ont été prises pour cela, notamment la participation systématique de l'IDEC et de la chef de projet CRT aux staffs et briefs hebdomadaires de l'établissement

- Les partenaires institutionnels, pour alimenter la posture réflexive, pouvant avoir un regard critique sur le CRT, pouvant faire partager et faire profiter de leur retour d'expérience.

Chaque typologie d'acteurs a un rôle à jouer et une place dans le dispositif et sa gouvernance, opérationnelle et/ou stratégique.

La gouvernance du dispositif associe une gouvernance opérationnelle et une gouvernance stratégique. Ces deux volets sont essentiels à sa bonne marche, au service des personnes accompagnées.



A) Gouvernance stratégique

Elle est là pour orienter (gouvernance consultative) et décider (gouvernance décisionnaire) les orientations du dispositif.

Assurée par 3 organes, elle alimente les acteurs et organes en charge de la gouvernance opérationnelle du projet :

- Le comité de pilotage (COFIL) : c'est l'organe de décision du dispositif. Tous les deux mois, il réunit le directeur régional « région B », la direction médicale groupe, la direction des Agapanthes, le chef de projet CRT et l'IDEC CRT. En fonction de l'ordre du jour, les directions juridiques, communication, qualité risques peuvent aussi être mobilisées. Le COFIL décide des orientations données au CRT (positionnement, partenariats, ressources).
- La commission des bénéficiaires et des aidants : c'est le CVS du CRT.
- Le Comité d'Orient Stratégique (COS) : dans le cadre d'un dispositif résolument partenarial, il est important d'avoir un organe de gouvernance qui permette à chacun de s'exprimer, d'être questionner aussi, sur le positionnement du dispositif. Le COS du CRT se réunit 1 à 2 fois par an. Il vient alimenter les réflexions du COFIL par des éléments d'analyse extérieurs.

B) Gouvernance opérationnelle

La gouvernance opérationnelle met en œuvre les décisions, en s'appuyant sur 3 organes :

- Le staff CRT : organe de pilotage opérationnel du dispositif, il regroupe de manière hebdomadaire le chef de projet CRT, l'IDEC, la direction des Agapanthes et de RESIDOM. Ses missions :
 - Mettre en œuvre le dispositif et son suivi en appliquant les décisions prises en COPIL ;
 - Accompagner le COPIL dans ses prises de décision en l'alimentant des informations et données utiles à tous les stades d'avancement (reporting, composition COS, ...) ;
 - Rendre compte au COPIL de la bonne mise en œuvre du dispositif.
- Le comité de suivi des situations : organe de suivi des bénéficiaires et bénéficiaires potentiels, il réunit chaque semaine l'équipe CRT : chef de projet, IDEC, MedCo et paramédicaux ;
- Le comité élargi de suivi : une fois par mois, le comité de suivi est élargi aux partenaires délivrant une partie de l'offre pour assurer l'analyse et la réponse aux besoins non couverts par l'équipe CRT seule.

J'ai rapidement mesuré dès mars que ces modalités de gouvernance, classiques dans le cadre de dispositifs partenariaux dans d'autres secteurs d'activité, ne l'étaient pas pour le groupe. Elles ont toutefois été validées par le service juridique.

3.2.4 La mise en place des outils pour accompagner le parcours du bénéficiaire

La Figure 9 synthétise l'état d'avancement à fin juillet de la mise en place des outils nécessaires pour accompagner les bénéficiaires du CRT, tout au long de leur parcours.

Avant l'admission	L'admission	L'accompagnement
<input checked="" type="checkbox"/> Critères d'inclusion <input checked="" type="checkbox"/> Process d'admission	<input checked="" type="checkbox"/> DIPEC <input checked="" type="checkbox"/> Règlement de fonctionnement <input checked="" type="checkbox"/> Livret d'accueil <input checked="" type="checkbox"/> Projet Personnalisé d'Accompagnement	→ Déploiement de l'offre → Protocoles en cas d'urgence → Outils SI
<input checked="" type="checkbox"/> Outils de travail de l'équipe : locaux, mobilier, téléphonie, véhicule <input checked="" type="checkbox"/> Gouvernance et management <input checked="" type="checkbox"/> Plan de communication		

Figure 9 : Outils et méthodes à créer pour accompagner le parcours du bénéficiaire CRT (légende : → en cours, ☒ finalisé)

A) Outils et méthodes transverses

Les aspects logistiques ont été organisés de mars à juin et sont à fin juillet complètement opérationnels. Il a fallu « pousser les murs » au sein de l'établissement, pour dédier à l'équipe CRT un espace partagé pour toute l'équipe. Téléphonie (fixe, mobile, jour/nuit), véhicule pour les visites à domicile, mobilier, tout en opérationnel aujourd'hui.

Pendant mon contrat en tant que chargée de mission, le plan de communication a été préparé et l'équipe CRT en place reçoit l'appui du service communication du groupe, tant pour avoir un regard critique sur son contenu que pour nous accompagner dans sa mise en œuvre. Les cibles sont variées : bénéficiaires potentiels eux-mêmes (séjournant par exemple de manière récurrente au sein du service d'hébergement temporaire des Agapanthes), prescripteurs, partenaires, personnel du groupe, IRP des Agapanthes, CVS des Agapanthes, financeurs, relais d'opinion. Newsletter interne au groupe, logo, flyer, différents supports ont été travaillés conjointement.

B) Avant l'admission et l'admission

Les outils et méthodes nécessaires pour préparer et acter l'admission ont été préparés pendant mon CDD de chargée de mission.

Comme évoqué plus haut dans ce mémoire, critères et process d'admission ont fait l'objet d'un travail avec la direction médicale du groupe. Clé pour assurer le positionnement du CRT en termes de public accompagné, ces éléments ont été présentés aux partenaires lors de la réunion d'avancement de début juillet.

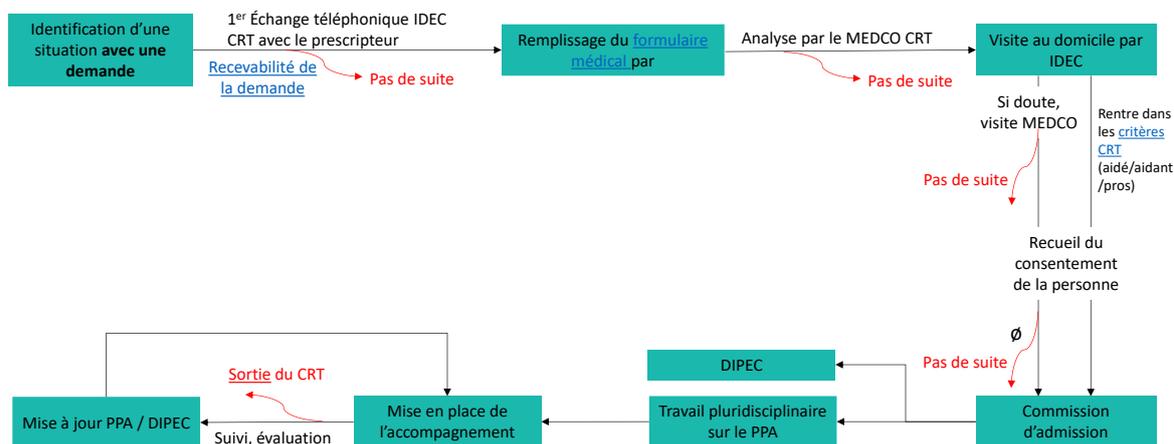


Figure 10 : schéma représentant le process d'admission au sein du CRT de Bron

Une fois un bénéficiaire potentiel identifié, l'IDEC CRT a un premier échange téléphonique avec le prescripteur pour vérifier la recevabilité de la demande.

Trois critères de non-recevabilité ont été posés, comme autant de garde-fou pour permettre au CRT de porter son action auprès de situations où il trouvera sa valeur :

- Le premier est évident mais doit être continuellement rappelé de nos interlocuteurs : le territoire concerné est Bron uniquement, toute demande de personne habitant en dehors du territoire n'est pas recevable à date ;
- Le second, la non-stabilisation de troubles psychiatriques de l'aidé ou de l'aidant proche
- Enfin, le CRT se réserve la possibilité de ne pas accompagner des situations où les problématiques sociales (précarité...) et leurs expressions (addictions, ...) sont si envahissantes que le personnel est en danger (violences).

Dès lors, une fois la recevabilité de la demande posée, l'étape suivante est l'évaluation du dossier médical (type viatrajectoire) par le médecin coordonnateur du CRT afin de s'assurer que la situation médicale de la personne soit compatible avec le positionnement du CRT. Cette étape est majeure car le CRT est un dispositif qui relève du champ médico-social, pas sanitaire.

Si le médecin coordonnateur CRT donne un avis favorable, l'IDEC organise et réalise une visite à domicile, pour évaluer plus finement la situation (de l'aidé, de l'aidant) et l'analyse au regard des critères définis.

Critères d'inclusion du CRT de Bron :

La situation correspond à une ou plusieurs des situations explicitées ci-dessous, avec a minima deux acteurs concernés parmi l'aidé, l'aidant, les professionnels

Δ L'aidé :

- en priorité, il souffre de maladie neuro-dégénérative
- son état général se dégrade, le mettant en danger
- il est isolé socialement
- l'isolement social a un impact sur son accompagnement et sur le travail des professionnels
- son environnement n'est pas adapté à son état général (mise en danger potentielle, problématique de mobilité, freins aux soins)

Δ l'aidant :

- il a besoin d'aide, exprimée spontanément ou pas (rôle des professionnels)
- son attitude/positionnement interfère de manière négative sur le travail sur professionnels (envahissement, dénigrement, reproches à répétition...)

Δ les professionnels :

- ils repèrent une dégradation de la situation du bénéficiaire (répétition de chutes, prises en charge de plus en plus longues, augmentation des troubles cognitifs...)
- ils identifient des besoins nouveaux qui nécessitent la coordination avec différents types d'acteurs (pluridisciplinarité) : psy, ergo, consultation mémoire...

En cas de doute, une seconde visite à domicile peut être organisée, avec le médecin coordonnateur du CRT. Lors de la visite, le consentement est recueilli. Dès lors si la personne est consentante, une commission pluridisciplinaire est organisée pour acter ou non l'admission dans le dispositif.

Ce process, volontairement bordé, est au final plus rapide qu'il ne peut y paraître sur le papier. L'agilité de l'équipe est importante. Les temps incompressibles sont davantage liés à la constitution du dossier médical par le bénéficiaire que par l'action en propre de l'équipe CRT.

L'admission est effective une fois le DIPEC préparé et signé. Un DIPEC type CRT a été spécifiquement créé pendant mon temps de chargée de mission, validé par les services juridique et qualité risques du Groupe depuis. Il est venu alimenter la base documentaire du système de management par la qualité et les risques, au même titre que le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil CRT, remis aux bénéficiaires lors de leur admission.

Dans les semaines qui suivent l'admission, la présence de l'IDEC auprès du bénéficiaire et de son entourage, et plus globalement de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire est importante pour affiner la connaissance des attentes et besoins, de l'aidé – le bénéficiaire, mais aussi de son/ses proche(s) aidant(s) et des professionnels qui interviennent habituellement à son domicile.

L'outil préparé pour recueillir les informations pour établir le projet personnalisé d'accompagnement est porté en annexe de ce mémoire. Il concerne tant les bénéficiaires que leurs aidants. Nous l'avons vu au chapitre 2.3, c'est en effet un prérequis à la mise en place d'un accompagnement personnalisé de qualité, adapté : accompagner l'un sans comprendre les besoins de l'autre ne pourra fonctionner. Pour construire le document qui servira de guide à l'équipe pour recueillir les informations utiles à sa construction, nous nous sommes appuyés sur un outil développé dans le cadre d'un projet partenarial international subventionné par les Instituts de recherche en santé du Canada (Ducharme, et al., 2009).

C) L'accompagnement

Depuis début juillet, le CRT a identifié ses 3 premiers bénéficiaires. Choix a été fait de limiter dans un premier temps la file active pour éprouver les outils et process préparés, donner le temps à l'équipe fraîchement recrutée de poursuivre le travail de construction, de maillage.

La signature des DIPEC, ralentie par la validation des documents par le service juridique, est prévue courant août.

Trois catégories d'outils et méthodes ont été ou sont encore à date (fin juillet) en train d'être conçues :

- le déploiement de l'offre :

À fin juillet, le déploiement de l'offre est engagé, même si les conventions partenariales ne sont pas encore signées pour le moment, les services juridiques étant toujours dans la phase de relecture, amendement, validation. Les premières actions sont planifiées, un programme d'information et de sensibilisation à destination des aidants et/ou professionnels est stabilisé jusqu'en mars 2024. Les logements des 3 premiers bénéficiaires du CRT vont être équipés par l'association Alerte, partenaire du CRT, du dispositif de téléassistance prévu. L'ergothérapeute du CRT a réalisé les premières visites à domicile pour réaliser les bilans nécessaires et formuler les préconisations adéquates. Les projets personnalisés d'accompagnement vont être construits.

- les protocoles en cas d'urgence, notamment pour accompagner les équipes lors de visite ou lever de doute à domicile la nuit :

Conduite à tenir en cas d'urgence, protocole en cas de décès à domicile, protocole en cas de crise suicidaire à domicile, les situations d'urgence sont travaillées en amont pour faciliter le travail des équipes sur le terrain.

- le système d'information :

La réflexion sur le système d'information s'est appuyée sur l'expérience et les pratiques de différentes entités du Groupe (équipes de RESIDOM à domicile, un des EHPAD du groupe qui a porté une initiative d'EHPAD « hors les murs », travail de fond du service SI), et sur les retours d'expérience des DRAD contactés.

Le partage d'information, résolument nécessaire dans le cadre d'un dispositif multi-acteurs, reste aujourd'hui, pour le CRT de Bron mais de manière générale, un point de difficulté important, les systèmes d'information utilisés par les différents acteurs présents dans l'environnement du bénéficiaire n'étant ni forcément les mêmes, ni facilement interopérables.

A date nous avons fait le choix d'utiliser le logiciel métier de RESIDOM, Apologic, solution assez largement répandue auprès des acteurs du domicile du territoire. L'EHPAD des Agapanthes, porteur du CRT, utilise lui Titan.

Une fois ce choix acté, les besoins en termes de système d'information pour le CRT ont été formalisés dans un cahier des charges par l'équipe, à destination du fournisseur

Arche, développeur d'Apologic. Ce cahier des charges reprend les items principaux suivants : interfaces envisagées, fonctions du dossier bénéficiaire, fonctions de planification, fonction de communication et d'échange, fonctions documentaires, statistiques, messagerie sécurisée.

3.3 La montée en charge du dispositif et les enjeux associés

3.3.1 L'ouverture à des bénéficiaires non accompagnés par RESIDOM

Très en amont de la mise en place du CRT, décision a été prise de démarrer auprès de bénéficiaires connus de RESIDOM, la branche domicile du groupe, très implantée à Bron. Ce choix visait à sécuriser l'approche, simplifiée par la connaissance facilitée des professionnels, une culture et des outils de travail partagés, et un risque plus faible en termes d'image pour le groupe en cas de difficultés majeures.

C'est dans cette logique que les 3 premiers bénéficiaires du CRT ont été admis pendant l'été 2023.

Pourtant il est évident que le CRT doit s'adresser à l'ensemble de la population brondillante potentiellement demandeuse, quel que soit le service d'aide à domicile qui l'accompagne :

- Pour la population elle-même ;
- Pour répondre aux exigences du cahier des charges du CRT et aux engagements pris au moment de la candidature ;
- Pour affirmer le caractère collaboratif et partenarial du travail mené par le CRT, en interne de l'établissement et du groupe mais aussi vis-à-vis des acteurs du territoire (prescripteurs, institutions, services d'aide à domicile, ...).

Ce choix a été exposé aux partenaires lors de la réunion d'avancement de début juillet, qui ont compris la démarche sans difficulté.

L'offre n'a pas été complètement déployée sur l'été (équipe incomplète, signature des DIPEC et règlement de fonctionnement retardée par la validation tardive des documents par le service juridique), toutefois ce mode de fonctionnement a permis d'éprouver le process d'admission, la présentation du dispositif auprès des bénéficiaires potentiels et de leurs proches, les modalités d'échange avec les professionnels du domicile (services d'aide, médecins traitants, ...). Les échanges ont globalement été fluides, les visites à domicile se sont passées sans difficulté particulières, en binôme à ce stade. Explications ont été données aux bénéficiaires et à leurs proches de la montée en charge du dispositif et des conséquences sur le déploiement progressif de l'offre. La téléassistance a pu être mise en place rapidement, les premiers bilans par l'ergothérapeute aussi.

Ce choix présupposait pour qu'il soit compris par les partenaires et les tutelles une ouverture rapide des admissions à l'ensemble de la population, i.e. une tenue des engagements... Dès août, l'identification de bénéficiaires potentiels non accompagnés par RESIDOM à leur domicile a été engagée, sans difficulté au regard des besoins des personnes sur le territoire. Aussi, courant septembre, 2 bénéficiaires supplémentaires rejoindront le CRT :

- Madame A. a été identifiée sur Viatrajectoire, à travers une demande d'hébergement en EHPAD « par dépit », faute d'autre solution adaptée. Madame A. a été contactée par l'IDEC CRT et une visite à domicile a été réalisée et le dossier médical évalué ;
- Monsieur T. est un bénéficiaire de l'accueil de jour de la Villa des Petits Bonheurs, venu passer 3 semaines au sein du service d'hébergement temporaire des Agapanthes pendant l'été. Un premier échange a été conduit pendant son séjour et une visite à domicile est planifiée.

Dans les deux cas, les dossiers médicaux étaient à jour sur Viatrajectoire et ont pu être évalués en amont par le médecin coordonnateur de l'établissement, qui répond aux sollicitations de l'équipe CRT dans l'attente du recrutement en propre. Contacts ont été établis avec les professionnels du domicile qui interviennent auprès de ces deux personnes.

En parallèle, l'IDEC, puis la chef de projet CRT arrivée au cours de l'été ont établi des contacts auprès des services d'aide à domicile intervenant sur le territoire pour préparer la suite :

- Présenter le dispositif ;
- Faire connaissance, car la phase pilote a montré qu'il était important que les équipes se connaissent pour fluidifier les échanges ;
- Identifier les besoins de sensibilisation et d'information des professionnels ;
- Identifier des bénéficiaires potentiels.

Des rencontres physiques sont planifiées pour poursuivre les échanges, répondre aux interrogations sur le fonctionnement et le rôle de chacun (le CRT ne vient pas se substituer à l'existant), aborder les problématiques de système et de partage d'informations.

L'été a également été l'occasion lors de contacts avec les services hospitaliers prescripteurs pour l'hébergement en EHPAD de les informer du démarrage du CRT (au-delà des prescripteurs de « 1^{er} rang », i.e. des partenaires du CRT depuis sa conception). La montée en charge du CRT en termes de file active, ouverte sur tout le territoire, a ainsi été esquissée au fil de l'eau, avant le déploiement plus large du plan de communication prévu et présenté au paragraphe 3.3.3 page 64. Le maillage partenarial s'intensifie peu à peu.

3.3.2 Le déploiement de l'offre dans sa globalité

A début septembre, l'offre du CRT n'est pas encore déployée dans sa globalité auprès des premiers bénéficiaires, essentiellement du fait de l'arrivée progressive de l'équipe dédiée. Toutefois, les difficultés de recrutement (notamment pour l'équipe de nuit et pour l'animation) ne doivent pas faire renoncer à démarrer, même en mode partiel.

Le travail de coordination de parcours, central dans le CRT, démarre auprès des premiers bénéficiaires, l'IDEC étant en place. C'est son rôle et sa mission première. La construction des premiers projets personnalisés d'accompagnement a démarré, avec l'appui de la psychologue, de l'ergothérapeute, et de la psychomotricienne du CRT. Le recueil fin des besoins et attentes est crucial en ce sens et les liens ont été établis avec les acteurs intervenants auprès des bénéficiaires.

Le programme de sensibilisation auprès des professionnels et/ou aidants et/ou aidés a été construit et validé avec les partenaires. Chaque premier jeudi du mois, une session est organisée, pour les 8 prochains mois, alternant le public cible prioritaire (selon les sujets abordés, les publics cibles peuvent être multiples). Les horaires et lieux pourront être adaptés au fil de l'eau en fonction des publics visés et retours d'expérience. Les sensibilisations auprès des professionnels seront importantes aussi pour communiquer sur le fonctionnement du CRT dans des moments privilégiés de convivialité à l'issue de ces séances de sensibilisation.

Au moment où j'écris ces lignes, la première session aura lieu dans quelques jours, le 7 septembre.

C'est le travail sur la lutte contre l'isolement et le lien social qui est le plus en retrait à ce stade, l'animateur du CRT n'étant pas encore recruté.

En sus du travail de l'animateur CRT et des propositions d'animations de nos partenaires, nous réfléchissons actuellement à l'utilisation d'un outil en cours de déploiement au sein des Agapanthes pour les résidents et familles, Sylver Do. Cette plateforme de partage permet aux familles et aux résidents de l'établissement de renforcer les liens sociaux, d'être informés et impliqués au quotidien dans la vie de l'établissement. Déployer cette plateforme au service des bénéficiaires du CRT et de leurs proches nous semble intéressant pour lutter contre l'isolement. En revanche, ceci ne peut arriver à mon sens que dans un deuxième temps,

- Une fois la file active plus conséquente ;
- Une fois le projet de vie sociale du CRT construit et déployé.

3.3.3 Le déploiement du plan de communication

La communication pour un dispositif tel que le CRT est cruciale, avec des objectifs multiples en fonction des cibles et actions. La Figure 11 en présente une version synthétique :

action	objectif visé	cible	interne/externe	échéance	avancement
logo	Créer une identité visuelle	tous	Interne/externe	01/05/2023	fait
ordre du jour réunion CSE-E	Consultation pour les plannings, etc...	CSE-E	interne	01/05/2023	fait
mail	Tenir informé de l'avancement dans l'attente d'une réunion	partenaires 1er cercle	externe	01/06/2023	fait
newsletter groupe	Informé du dispositif, recrutement équipe	personnel du groupe	interne	01/06/2023	fait
Livret d'accueil bénéficiaire	Présenter, informer, et respecter le cadre légal	bénéficiaires	externe	01/06/2023	fait
La charte des droits et libertés	Présenter, informer, et respecter le cadre légal	bénéficiaires	externe	01/06/2023	fait
courrier	Informé du dispositif, sourcer	familles de RESIDOM	externe	01/07/2023	à concevoir
courrier	Informé du dispositif, Renforcer l'attractivité et la visibilité, Rendre lisible Valoriser la contribution de l'établissement au développement local	institutions : Mairie de Bron, Grand Lyon, CCAS de Bron	externe	01/07/2023	fait
courrier	Informé du dispositif, sourcer	familles du tempo	externe	01/07/2023	fait
Ordre du jour réunion CVS	Informé du dispositif Améliorer la visibilité des services rendus Rendre lisible	CVS des AAG	externe	01/07/2023	fait
Ordre du jour réunion familles	Informé du dispositif Améliorer la visibilité des services rendus	réunion familles des AAG	externe	01/07/2023	fait
newsletter groupe	Valoriser les professionnels recrutés Présenter la concrétisation	personnel du groupe	interne	01/09/2023	en cours de préparation

action	objectif visé	cible	interne/externe	échéance	avancement
courrier	Faire connaître le dispositif aux prescripteurs, Accroître la notoriété Construire, consolider l'image d'un établissement fiable, performant, innovant Développer l'image d'un établissement avec lequel il est facile de collaborer	Médecins généralistes, IDEL, KinéL du territoire de Bron, services d'aide à domicile	externe	01/09/2023	prêt, à diffuser
plaquette/LEAFLET	outil de promotion de l'action qui doit clarifier les messages accompagne (ou prépare) une rencontre, un propos, sans être exhaustif	prescripteurs, prospects, familles RESIDOM	externe	01/09/2023	fait
page web	faire connaître le dispositif, accroître la notoriété		externe	01/09/2023	en cours de préparation
organiser une rencontre avec l'équipe	Valoriser les réussites et le travail Avoir une bonne image en cas d'arbitrage budgétaire	financeurs	externe	01/10/2023	en cours de préparation
inauguration du CRT	Informé du dispositif Améliorer la visibilité des services rendus Valoriser les équipes		externe, interne	01/11/2023	à concevoir
communiqué de presse	Au moment de l'inauguration	relais d'opinion	externe	01/11/2023	à concevoir
newsletter groupe	Partager retour et impact premiers bénéficiaires	personnel du groupe	interne	01/11/2023	à concevoir

Figure 11 : Plan de communication du CRT de Bron

L'appui de la direction Communication du groupe est un véritable atout dans ce cadre. En annexe le premier flyer préparé.

3.3.4 L'impact de la mise en place du CRT sur l'établissement porteur

Nous ne parlerons ici que de l'impact du travail de mise en place du CRT et de son démarrage constaté ; il conviendrait de refaire l'exercice, avec davantage de recul et de pratiques pour en avoir une vision plus complète.

Le CRT, par essence et par construction, complète le continuum d'offre des Agapanthes : CRT, accueil de jour, hébergement temporaire, permanent, PASA, unités de vie protégée, le CRT renforce le lien qu'ont les Agapanthes avec les personnes âgées vulnérables à domicile et son offre lui permet une certaine agilité pour répondre à des besoins variés. Lors des visites de l'établissement par des familles, ce point fait souvent « briller les yeux », même si l'annonce du territoire restreint à Bron amène souvent déception.

En pratique, l'astreinte de nuit du CRT est basée aux Agapanthes. Le CRT contribue à renforcer la présence dans l'établissement la nuit, passant de 3 à 4 soignants dans l'établissement, hors levers de doute à domicile. C'est un point important, dans cet établissement de 121 chambres, à l'architecture ne facilitant pas la tâche des soignants de nuit. Au-delà de l'apport pour les résidents eux-mêmes, c'est aussi un moyen de répondre à une des revendications du mouvement de grève de novembre 2022 et ainsi d'apaiser le climat social de l'établissement, qui reste fragile.

Le maillage partenarial construit dans le cadre du CRT met l'établissement en mouvement sur cette dimension, jusqu'alors très en retrait. Des premiers impacts sont visibles, pour l'hébergement temporaire notamment : alors que jusqu'à présent le service était très peu visible et connu, notamment des hôpitaux et cliniques environnants, nos partenaires prescripteurs du CRT se font relais de cette offre. Les échanges en amont sont plus fluides. Nous orientons aussi avec plus de facilité les familles et proches aidants vers les acteurs ad' hoc. La rencontre entre acteurs du territoire pour relancer une dynamique gérontologique prévue fin septembre 2023 a été initiée dans le cadre du CRT. Toutefois, sans aucun doute, elle aura des externalités positives pour l'établissement dans sa globalité.

Le CRT offre enfin et aussi une source intéressante de possibilités pour promouvoir la mobilité interne des salariés. Ainsi, la future infirmière coordinatrice du CRT est l'actuelle infirmière référente des Agapanthes, qui avait aspiration à un projet professionnel renouvelé. Le CRT a été l'opportunité pour l'établissement de garder dans son périmètre cette personne de valeur et de satisfaire ses aspirations personnelles. Globalement, en termes d'image et d'attractivité, ce dispositif est valeureux.

3.4 L'évaluation de la mise en place du CRT de Bron et du CRT lui-même

L'évaluation est un outil stratégique et de pilotage. Elle doit permettre de :

- vérifier que l'on a réalisé ce que l'on voulait faire ;
- apprécier les résultats des actions et notamment :
 - les effets constatés, attendus ou non
 - les écarts entre prévu et réalisé ;
- réinterroger les objectifs et les actions.

Dans le cadre de ce travail, l'évaluation peut être vue sous deux angles, ou plutôt avec deux temporalités et finalités différentes :

- l'évaluation de la mise en place du CRT ;
- l'évaluation du fonctionnement du CRT.

A ce stade, les deux sont intéressants : la première pour tirer parti de l'expérience de la mise en œuvre de ce dispositif innovant, y compris pour d'autres projets CRT en cours de conception au sein du groupe ACPPA, la seconde sera indispensable pour piloter le CRT en régime « nominal » de fonctionnement. Dans les deux cas, anticiper les critères et indicateurs d'évaluation est indispensable pour assurer au fil de l'eau la capitalisation des données nécessaires pour agréger les indicateurs retenus.

Évaluation de la mise en place du CRT du Bron

Elle a été anticipée au moment de la conception de la méthode de travail choisie et du plan d'actions associé en vue de la construction du CRT porté en Annexe II de ce mémoire.

Plusieurs types d'indicateurs ont été arrêtés :

- Indicateurs de résultats, pour mesurer l'atteinte des 5 objectifs :
- Indicateurs d'efforts (il s'est passé quelque chose concernant l'action) et/ou d'impact (l'action a servi à quelque chose)
- Indicateurs d'avancement des tâches du plan d'action

Les indicateurs sont portés en annexe V de ce mémoire pour un objectif donné en exemple.

Évaluation du CRT de Bron

Il ne s'agit pas ici d'évaluer le dispositif CRT comme élément de politique publique mais d'évaluer le CRT de Bron. La nuance est importante, tant dans l'objectifs que dans les méthodes et les moyens mis en place.

Qu'est-ce qui permettra de dire que le CRT de Bron atteint ses objectifs ?

« Le CRT de Bron vise à permettre aux personnes âgées vulnérables de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique déjà en place (par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile) n'est plus suffisant pour leur permettre de continuer de vivre chez elles » :

Cet objectif sera difficilement évaluable par une méthode directe, le CRT ne menant pas son action de façon isolée, les bénéficiaires recevant l'apport de différents acteurs, dont le CRT.

Alors comment évaluer que le CRT parvient à répondre aux besoins de ses bénéficiaires ? Quantitativement déjà, le nombre de bénéficiaires accompagnés sera un indicateur. Le nombre de demandes aussi, qu'elles aboutissent ou non en inclusion dans le dispositif. Qualitativement, le niveau de satisfaction du bénéficiaire et de l'aidant proche seront des indicateurs importants.

« Le CRT c'est aussi un soutien et un appui aux professionnels du territoire, qui ont l'habitude d'intervenir au domicile des personnes âgées vulnérables. Actions de formation, de sensibilisation, analyse des pratiques professionnelles, coordination renforcée, ... autant de moyens pour soutenir les professionnels sur le terrain au quotidien, les guider, leur permettre de mieux se connaître, se former... »

L'évaluation de ce pan de l'action du CRT est sûrement plus simple à mettre en œuvre. Le nombre de sessions de sensibilisation, d'analyse des pratiques organisées, le nombre de participants pour chacune, la taille du public touché par les sensibilisations au moins une fois par an et les séances d'analyse de la pratique permettront d'évaluer l'action du CRT auprès des professionnels.

« Troisième axe du CRT, le soutien et l'accompagnement des aidants ».

Le CRT sur ce volet va s'appuyer essentiellement sur ses partenaires, dans une logique de subsidiarité. Aussi, l'évaluation pourra être conduite en analysant le nombre (et la part) d'aidants mis en relation avec un partenaire, le nombre (et la part) d'aidants ayant bénéficié d'une action spécifiquement mise en place par le CRT (sensibilisation notamment).

Le niveau de satisfaction des aidants sera mesuré et ceci contribuera à évaluer l'action du CRT sur ce point.

3.5 Conclusion de la 3^{ème} partie

A date, début septembre, la mise en place du CRT de Bron se poursuit et entre dans une phase de déploiement, s'appuyant sur les retours d'expérience acquis après la phase pilote auprès des 3 premiers bénéficiaires.

Le travail mené en amont sur le process d'admission a été validé pendant la phase pilote. Les critères d'inclusion et le process d'admission ont été éprouvés, favorablement.

Les outils continuent d'être développés, notamment grâce aux recrutements de l'équipe qui a été consolidée pendant l'été.

L'équipe n'est pas encore au complet. Toutefois, cela ne doit pas empêcher d'accompagner plus largement. Décision est prise de déployer plus largement sans attendre la complétude du recrutement de l'équipe, et notamment des ASD de nuit. Dans l'attente, les bénéficiaires et leurs proches seront prévenus des nuits sans ASD d'astreinte. Par ailleurs, un/une ASD de nuit des Agapanthes de chaque équipe et contre-équipe seront formés pour intervenir dans le cadre du CRT pour palier aux absences imprévues et/ou congés des ASD de nuit du CRT.

Le travail sur la signature des conventions avec les partenaires se poursuit, avec l'appui du service juridique. C'est un frein important sur le déploiement de l'offre, mais là aussi cela ne doit pas faire renoncer. Cela ne pourra pas être un mode de fonctionnement pérenne mais dans l'attente, une bonne part des actions sont lancées, en dehors d'un cadre figé par une convention de partenariat, au coup par coup.

La réflexion sur l'animation d'une filière gérontologique sur le territoire se poursuit. La naissance du CRT a été l'occasion de relancer un travail en sommeil, précieux pour les personnes âgées du territoire de Bron, pour limiter les ruptures de parcours. Le CRT est un outil mais il ne pourra faire seul, et ne pourra répondre à tous les besoins. L'articulation des dispositifs existants, complémentaires, est indispensable. Les rencontres passées et celles planifiées en septembre et en novembre sont des jalons importants.

La communication auprès des prescripteurs du CRT, et plus largement la communication interne et externe devra être poursuivie et intensifiée. L'équipe communication du groupe vit actuellement une période difficile d'un point de vue RH, l'équipe CRT devra prendre en charge dans les prochaines semaines des actions en propre pour ne pas prendre trop de retard.

Les liens avec les tutelles ont été réguliers pendant cette phase de construction. Toutefois, ils devront être davantage formalisés dans les prochaines semaines.

Le départ de la directrice des Agapanthes, responsable hiérarchique directe de la chef de projet CRT, aura lieu le 22 septembre. A date, il n'est pas encore décidé de la suite pour la direction de l'établissement : une phase de management de transition est évoquée par la direction régionale, sans certitude à ce stade. Il conviendra à Jeanne Taveau, directrice de RESIDOM et à moi-même d'assurer le pilotage dans cette phase importante pour le déploiement. Jeanne porte la mémoire depuis la construction du projet et j'ai pour ma part contribué très opérationnellement à sa mise en place de mars à début juin. Cette mémoire et continuité seront importantes dans la période à venir qui sera décisive pour le dispositif.

Conclusion

Le défi auquel les acteurs chargés de l'accompagnement des personnes âgées vulnérables sont confrontés est considérable : comment accompagner le « bien vieillir » alors que :

- l'avancée en âge de la génération née en nombre après la seconde guerre mondiale va faire exploser les besoins de réponses adaptées, à la fois quantitativement mais aussi qualitativement dans les années à venir. Les attentes évoluent, les besoins se diversifient alors que les réponses apportées laissent peu de souplesse : c'est aujourd'hui le plus souvent la personne âgée qui doit s'adapter aux propositions faites par les acteurs en place que l'inverse, et cela plus de 20 ans après la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- le secteur rencontre aujourd'hui des difficultés majeures pour mobiliser le personnel nécessaire, que cela soit en nombre, en niveau de qualification. Cela a un impact au quotidien majeur sur le fonctionnement des structures, qu'il s'agisse d'établissement ou de services d'aide à domicile, bientôt services autonomie : absentéisme, coûts associés, recours à des vacataires ou intérimaires, micro-management au quotidien... L'impact sur le quotidien des institutions, des équipes, des directions, est énorme ;
- les politiques publiques afférentes, quoique soutenantes, ont été marquées par l'abandon successif de plusieurs projets de loi dédiés au grand âge.

Bien sûr des réflexions sont portées, des expérimentations conduites, toutefois, aujourd'hui, les personnes âgées vulnérables et leurs proches sont souvent largement démunies quand la perte d'autonomie s'accroît, quand l'aidant lui-même perd la santé, est épuisé.

C'est à ce moment-là que les ruptures de parcours surviennent, souvent dans un moment de grande fragilité, pour la personne elle-même et pour son entourage. Le maintien à domicile devient laborieux, voire dangereux. Sans préambule, l'entrée en institution devient alors souvent la seule solution, peu ou pas préparée, que cela soit par et pour la personne et ses proches.

Proposer des solutions pour sortir de cette offre binaire et polarisée EHPAD/domicile, tel est le rôle que le CRT de Bron, dispositif construit pour fluidifier le parcours des personnes âgées vulnérables du territoire. En agissant auprès de la personne âgée elle-même et de ses aidants en amont, i.e. avant que la situation ne devienne trop complexe pour permettre le maintien à domicile la vocation du CRT tend à limiter les ruptures de parcours. Il n'empêchera pas dans tous les cas une entrée en institution mais si nécessaire, il la préparera. Par un travail important de coordination de l'intervention des acteurs de l'accompagnement, du soin, il facilitera l'accompagnement global de la personne, au cas

par cas, pour répondre au plus près des besoins de la personne. En travaillant de manière concomitante et coordonnée sur les besoins de la personne âgée bénéficiaire et de son aidant, il répondra à la nécessité d'avoir une vision systémique des situations, trop souvent délaissée aujourd'hui. En luttant contre l'isolement, en apportant une solution en cas d'urgence, en facilitant la mise à disposition de solutions de répit pour les aidants, il permettra le maintien à domicile dans des conditions plus sécurisées et apaisées pour tous. En veillant à accompagner les professionnels du domicile du territoire dans des temps collectifs de sensibilisation et d'analyse de la pratique, il renforcera la professionnalisation des acteurs et ainsi permettra de délivrer un service de qualité renforcée aux personnes accompagnées.

Ce dispositif est récent, sa construction est encore en cours, son impact sera à évaluer finement sur la population accompagnée, sur les liens et les modalités de travail des professionnels à l'échelle du territoire. Les difficultés rencontrées, notamment pour recruter l'équipe dédiée, ne doivent pas faire renoncer. La phase pilote du dispositif a permis de vérifier l'accueil très positif par la population du dispositif. Les contacts que j'ai au quotidien auprès des familles en recherche d'une solution pour leurs proches âgées en tant que directrice adjointe de l'établissement porteur du CRT ne font que renforcer cette perception : l'attente est énorme.

(Re)donner le choix aux personnes âgées vulnérables quant à leur lieu et leurs conditions de vie, adapter la réponse à leurs attentes et non l'inverse, je trouve ce choix valeureux. Son déploiement sur le territoire de Bron, avec 30 bénéficiaires en régime « nominal », aura j'en suis convaincue un impact bien au-delà de l'apport direct aux bénéficiaires et à leurs aidants. Les externalités pour l'EHPAD des Agapanthes qui le porte sont déjà visibles, même si balbutiantes, aujourd'hui : le CRT contribue à faire évoluer les pratiques des équipes et de l'établissement en termes de partenariat, le travail en silo qui prédominait entre accueil de jour, hébergement temporaire peu à peu s'estompe, les liens avec les prescripteurs partenaires du CRT deviennent quotidiens.

En tant que directrice adjointe de cet établissement qui a vécu beaucoup d'instabilités ces dernières années, je trouve que le souffle apporté par le CRT aussi à l'établissement va permettre d'ancrer le futur projet d'établissement dans cette logique d'ouverture sur le territoire, de maillage partenarial. J'ai évolué la première partie de ma carrière professionnelle dans un environnement où le partenariat, la collaboration, la logique projet était le quotidien, car vital. Je suis convaincue aujourd'hui que les Agapanthes ont besoin aujourd'hui de cette ouverture vers l'extérieur pour « s'apaiser » et répondre pleinement à la volonté posée à sa construction : accompagner la personne tout au long de son parcours, au fur et à mesure de l'évolution de ses attentes et de ses besoins.

Bibliographie

- aides.francealzheimer.org.* (s.d.). Consulté le 12 19, 2022
- Antheus Advisor.* (s.d.). Consulté le 7 14, 2023, sur <https://antheusadvisors.com/les-residences-services-relai-de-croissance-du-marche-de-lhebergement-pour-seniors/>
- ARS. (2016). *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z.*
- Banque des territoires. (2019). *Maintien à domicile : vers des plateformes numériques de services.*
- Bloch, M.-A., & Rapegno, N. (2022). *Pour une (vraie) transformation de l'offre dans le champ du handicap et du grand âge sans « rupture de parcours ».* EHESP. CNSA.
- Campéon, A., Bihan, B. L., Mallon, I., & Robineau-Fauchon, I. (2020). « Le moindre grain de sel, et c'est la pagaille » : retour sur la condition des proches aidants. (C. n. vieillesse, Éd.) « *Gérontologie et société* », 42(161), pp. 13-29.
- 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, pp. 127-139.
- Carrère, A., Couvert, N., & Missègue, N. (2021, d'cembre). Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées. *Les dossiers de la DREES*(88).
- Carrère, A., Roy, D., & Toulemon, L. (2023). *Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives.* Institution des Politiques Publiques.
- CCNE. (2018). *Avis n° 128 Enjeux éthiques du vieillissement.*
- Conseil de l'Europe. (1996). *Charte Sociale Européenne.*
- Conseil économique, social et environnemental. (2020). *Le travail à domicile auprès des personnes vulnérables : des métiers du lien. Avis du CESE.*
- Cour des Comptes. (2022). *La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD, un nouveau modèle à construire.* Communication à la commission des affaires sociales du Sénat.
- CREAI Centre Val-de-Loire. (2019). *Hébergement temporaire en établissement pour les personnes âgées, Les enjeux de l'accompagnement, entre demande émergente.*
- Ducharme, F., Lévesque, L., Caron, C. D., Hanson, E., Magnusson, L., NOla, J., & Nolan, M. (2009). Validation d'un outil pour les proches aidants. *Recherche en soins infirmiers*, 2(97), pp. 63-73.

- Dussuet, A., Nirello, L., & Puissant, E. (2017). De la restriction des budgets de politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social. *La Revue de l'IRES*(91-92), pp. 185-211.
- Fondation France Répit. (2022). 3ème congrès francophone sur le répit et l'accompagnement des aidants. 2022. Lyon.
- Haut Comité Consultatif de la population et de la famille. (1962). *Politique de la Vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque*. La Documentation Française.
- Haut-commissariat au Plan. (2023, février 9). Vieillesse de la société française : réalités et conséquences. *Ouverture*(13).
- HCFEA. (2023). *Avis portant sur le projet de décret relatif aux services autonomie à domicile et sur les cahiers des charges applicables aux SAD et aux Saad-familles*.
- INSEE. (s.d.). *Comparateur de territoires*. Consulté le 07 15, 2023, sur INSEE: <https://www.insee.fr/fr/statistiques>
- 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*, 1(57), pp. 187-194.
- Le Roy, A., & Puissant, E. (2016). Evolution des référentiels politiques dans l'aide à domicile. (A. RECMA, Éd.) *RECMA*, 342, 69-84.
- Leduc, F. (2020). Les proches aidants en France. « *Gérontologie et société* », 42(161), pp. 31-35.
- Libault, D. (2022). *Vers un service public territorial de l'autonomie*.
- (2001). *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*.
- LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. (2015).
- Métropole Grand Lyon. (2023). *Schéma directeur en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap de la Métropole de Lyon - 2023-2027*.
- Ministère des solidarités et de la santé. (2018). *Grand Age et autonomie : atelier "Parcours des personnes âgées" - Synthèse des travaux*.
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. (2022, 04 27). Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées.
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. (2022, 04 27). Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territoriaux pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- Ministères des solidarités, de l'autonomie et des personnes âgées. (2023). *Décret no 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile mentionnés à l'article*

L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles et aux services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Monod, S., & Sautebin, A. (2009, 11 18). Vieillir et devenir vulnérable. *Revue Médicale Suisse*, pp. 2353-2357.

NEXEM ; FEHAP. (2022). *Crise des métiers du secteur sanitaire, social, et médico-social privé non lucratif : premier baromètre des tensions de recrutement.*

pour-les-personnes-agees.gouv.fr. (s.d.). Consulté le 12 19, 2022

santé, M. d. (2022, 04 22). Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées.

Sardas, J.-C., Gand, S., & Hénaut, L. (2018). Des services de qualité pour les proches aidants. Coconstruire des plans d'aide personnalisés et structurer une offre territoriale. *Informations sociales*, 3(198), p. 58 à 67.

Sardas, J.-C., Gand, S., & Hénaut, L. (2018). Des services de qualité pour les proches aidants. Coconstruire des plans d'aide personnalisés et structurer une offre territoriale. *Informations sociales*, 3(198), pp. 58-67.

Savignat, P. (2021). L'accompagnement à domicile à l'heure de vérité. Analyse et enjeux. *Cahiers de l'actif*, 5(540-541), pp. 43-55.

Siret, W., & Berrut, G. (2020). Innovation et inclusion en EHPAD. *Regards*, 1(57), pp. 153-164.

statistiques-locales.insee.fr. (s.d.). Consulté le 12 2022

Think tank Matières Grises. (2018). *Les personnes âgées en 2030.*

Think tank Matières grises. (2019). *Grand âge et numérique : objectif 2030 Rattraper le retard français.*

Think tank Matières grises. (2021). *L'EHPAD du futur commence aujourd'hui - Propositions pour un changement radical de modèle.*

THOMAS, P. (2019). Les personnes âgées et leur vulnérabilité réelle ou supposée. *TraHs*, 5.

UNA AESIO MACIF CHORUM. (2021). *Etude auprès des adhérents - 3ème édition.*

Liste des annexes

Annexe I : Décomposition en tâches élémentaires – mise en place du CRT de Bron

Annexe II : Exposé de situations pilotes ayant servi à établir les critères d'inclusion du dispositif

Annexe III : Recueil d'informations en vue de la construction du Projet Personnalisé d'Accompagnement – CRT de Bron

Annexe IV : Flyer de présentation du CRT de Bron

Annexe V : Principaux indicateurs pour l'évaluation de la mise en place du CRT

Annexe I : Décomposition en tâches élémentaires – mise en place du CRT de Bron

Mise en place opérationnelle du CRT Bron - plan d'actions

WP	action	tache	intitulé
WP0	Mettre en place la gouvernance et management du dispositif		
	A.0.1.	Définition de la gouvernance du projet	<ul style="list-style-type: none"> - Définition des instances, rôle, modalités de fonctionnement - Constitution des instances
	A.0.2.	Mise en place de la gouvernance opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Staff CRT - Equipe de suivi et de pilotage des situations - Comité de suivi élargi
	A.0.3.	Mise en place de la gouvernance stratégique	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de pilotage (COFIL) - Commission des bénéficiaires et aidants - Comité d'orientation stratégique (COS)
	A.0.4	Assurer le pilotage du projet de mise en place du CRT	<ul style="list-style-type: none"> - Animer une réunion de lancement du projet avec les partenaires - Animer les STAFF Projet CRT - Animer les COFIL CRT
WP	action	tache	intitulé
WP1	Mettre en place les conditions du déploiement de l'offre à destination des aidés		
	A.1.1.	Générer et gérer la file active	<p>T.1.11 Faire connaître le dispositif auprès des prescripteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - lister les prescripteurs potentiels et collecter les données nécessaires (un contact nominatif, coordonnées mail et téléphone) - préparer un mailing : cible et contenu - préparer un événement pour rencontrer, créer du lien : en amenant du fond sur un sujet à définir, l'occasion de rencontrer et faire se rencontrer - assurer le suivi des contacts, relancer, ... <p>T.1.12 Evaluer la faisabilité d'inclure une option CRT sur Viatrajectoire</p> <ul style="list-style-type: none"> - prendre contact auprès du CGS SARA et voir la démarche à suivre - prendre acte de la possibilité ou non <p>T.1.13 Mettre en place l'outil de suivi de file active</p> <ul style="list-style-type: none"> - concevoir l'outil partagé de suivi de la file active et les modalités de suivi (dépendra de la T1.12) - définir les responsabilités (qui fait vivre) <p>T.1.14 Mettre en place les modalités d'admission</p> <ul style="list-style-type: none"> - définir les critères de sélection à l'entrée - formaliser le process d'admission - créer les outils nécessaires pour rendre fluide le process
	A.1.2.	Accès aux soins : mise en place des briques	<p>T.1.21 Bilan optique : Définir et mettre en place les modalités de fonctionnement du partenariat avec Les opticiens mobile</p> <ul style="list-style-type: none"> - reprise de contact auprès des Opticiens Mobile, partage sur le besoin - définition et négociation des modalités d'intervention - création des outils de suivi et pilotage utiles (intégration au suivi des aidés) <p>T.1.22 Bilan auditif : Définir et mettre en place les modalités de fonctionnement du partenariat avec Odipro</p> <ul style="list-style-type: none"> - reprise de contact auprès de Odipro, partage sur le besoin - définition et négociation des modalités d'intervention - création des outils de suivi et pilotage utiles (intégration au suivi des aidés)

WP	action	tache	intitulé
		T.1.23	Activité physique adaptée : organiser la participation des aidés aux séances au sein de l'EHPAD
		T.1.24	structurer l'offre pour l'éducation thérapeutique du patient : - réunir les partenaires concernés (France Alzheimer, EHPAD Morlot, ESAD (Soins & Santé)) pour faire l'état des lieux des possibles - construire une offre globale et articulée, permettant aux professionnels de terrain en charge de la collecte des besoins des personnes accompagnées d'orienter au plus juste - préparer un support de communication adapté (à destination des professionnels) précisant l'offre, son objectif, et ses modalités de mise en œuvre
		T.1.25	organisation et coordination des rendez-vous et des transports associés - définir le process : Comité de suivi des situations -> relevé de décisions -> actions - préparer les outils clés en main : annuaire des professionnels à mobiliser, ... - pour les transports : s'appuyer sur les pratiques en place chez les partenaires (Soins et Santé notamment, EHPAD) pour consolider une base de données de contacts (taxis) et process facilité pour réservation
		T.1.26	Dispositif infirmier de nuit du groupe : Définir la marche à suivre pour le mobiliser - réunir les partenaires (métropole et CRT) pour définir le process pour mobiliser efficacement le dispositif existant - informer les professionnels de terrain de la marche à suivre (point de contact IDEC CRT ?)
		T.1.27	Portage des repas à domicile - prendre contact en amont avec le CCAS de Bron pour définir la marche à suivre - informer les professionnels de terrain de la marche à suivre (point de contact IDEC CRT ?)
		T.1.28	Sécuritisation du domicile et adaptation de l'environnement - reprise de contact auprès de Alerte et du CRIAS, partage sur le besoin - définition et négociation des modalités d'intervention - création des outils de suivi et pilotage utiles (intégration au suivi des aidés)
	A.1.3.	Lutte contre l'isolement / vie sociale : définir les outils et modalités	
		T.1.31	Permettre d'accéder à l'accueil de jour
		T.1.32	Permettre d'accéder aux animations et activités de l'EHPAD
		T.1.33	Permettre d'accéder aux animations et activités des partenaires
		T.1.34	Organiser l'intervention de l'animatrice de l'EHPAD à domicile
		T.1.35	Permettre d'accéder aux repas à l'EHPAD
		T.1.36	Mettre en place la visite de jeunes en service civique
		T.1.37	Mettre en place de solutions numériques pour garder le lien et stimuler l'activité
	A.1.4	Recueillir et analyser les besoins, propre à chacun des aidés, construire le projet personnalisé	
		ATTENTION : doit intégrer les besoins de l'aidant, ne peut être dissocié de WP2.1, accompagner - Adapter les outils groupe de structure de recueil d'informations, des attentes et besoins (des aidés et de leurs aidants) - Structurer le PPA.S type CRT (briques de l'offre "soins" et "vie sociale"), partenaires à solliciter spécifiquement	
	A.1.5.	Accès à l'offre : mettre en œuvre le PPA.S de l'aidé et en assurer le suivi	
		- Lancer la mise en œuvre de chaque PPA.S - Animer les réunions du comité de suivi hebdomadaires - Animer les réunions du comité de suivi élargi trimestrielles - Programmer et réaliser les visites à domicile (à T0, T0+1 mois, T0+2 mois, puis tous les 6 mois) pour chaque personne accompagnée	
WP	action	tache	intitulé
WP2		Mettre en place les conditions du déploiement de l'offre à destination des aidants	
	A.2.1	Mettre en place les outils et moyens pour co-construire un plan personnalisé d'aide à l'aidant	
	A.2.2	Se mettre en capacité d'orienter les aidants vers les bons guichets	
	A.2.3	Organiser la mise en place d'un forum à destination des aidants	
	A.2.4	Organiser des rencontres conviviales et de partage pour les bénéficiaires et les aidants	

WP3 Mettre en place les conditions du déploiement de l'offre à destination des professionnels	
A.3.1	Sensibiliser et former les personnels du territoire aux enjeux de l'accompagnement de personnes
T.3.11	<p>Construire un programme de sensibilisation à destination des personnels de terrain du territoire</p> <ul style="list-style-type: none"> - réunir les partenaires concernés (EMH, Rhonalma, CRIAS, ...) pour faire l'état des lieux des possibles : sensibilisations "sur-étagère" ou à construire - questionner les professionnels du territoire pour hiérarchiser les sujets à aborder en fonction des besoins - structurer un programme, définir le format, les modalités d'organisation et de communication (lieu, rythme, durée, ...)
T.3.12	<p>Rendre accessible aux professionnels du territoire les sessions de e-formation du groupe ACPPA</p> <ul style="list-style-type: none"> - régler les aspects opérationnels d'accès aux sessions (droit d'accès et modalités d'information) - préparer un outil de communication à destination des professionnels du territoire
A.3.2	Mettre à disposition un groupe d'analyse de la pratique
	partenaire identifié ?
A.3.3	Animer une réflexion autour de l'éthique sur le territoire
	<ul style="list-style-type: none"> - créer un groupe projet "éthique" (membres de l'équipe CRT, partenaires...) - définir en détail l'objectif du café éthique, sa cible (aidants, professionnels...), structurer un programme, - définir le format, les modalités d'organisation (lieu, rythme, durée, ...) et les outils de communication
WP4 Mettre en place les outils et les ressources transversales	
A.4.1	RH
T.4.11	<p>Création des fiches de poste</p> <ul style="list-style-type: none"> - création de la fiche de poste Chef de projet CRT - création de la fiche de poste MedCo et IDEC - création de la fiche de poste des paramédicaux : psy, ergo, psychomot - création de la fiche de poste ASD - création de la fiche de poste Coordinateur de vie sociale - création de la fiche de poste secrétaire administrative
T.4.12	<p>Organisation de l'équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création de l'organigramme (hiérarchique et fonctionnel) - Organisation des astreintes - Création des plannings
T.4.13	<p>Recrutement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définir le calendrier d'entrée en poste - Mettre les postes à pourvoir sur liste interne groupe - Mettre les annonces des postes à pourvoir - Tri des candidatures et convocations - Assurer les entretiens et la sélection en fonction du calendrier défini pour chaque poste - Contractualisation
T.4.14	<p>Intégration des salariés CRT</p> <ul style="list-style-type: none"> - remise des outils d'accueil, matériel, ... - organiser un moment permettant de donner corps à cette équipe
T.4.15	<p>GPEC/GEPP</p> <ul style="list-style-type: none"> - identification des besoins pour chaque poste - construction du plan de formation de l'équipe CRT
T.4.16	Information des instances représentatives du personnel

WP	action	tache	intitulé
	A.4.2	SMQR	
		T.4.21	Création de la base documentaire WP4.211 A destination des personnels - livret d'accueil du salarié - livret d'accueil sécurité - règlement intérieur adapté - document de remise de matériel WP4.212 A destination des personnes accompagnées - livret d'accueil - règlement de fonctionnement - DIPEC - PPA aidé - PPA aidant WP4.213 A destination des partenaires WP4.214 Outils métier
		T.4.22	Mise en place des instances
	A.4.3	SI	
	A.4.4	Communication	
		T.4.41	Communication interne
		T.4.42	Communication externe
	A.4.5	Gestion financière et comptable	
	A.4.6	Equipements et matériels	

Annexe II : Exposé de situations pilotes ayant servi à établir les critères d'inclusion du dispositif

Situation 1

- ♥ M. seul, 90 ans, GIR 2 pas d'aidant, pas de diagnostic de troubles cognitifs, autoritaire et misogyne. Dans le déni de sa maladie
- ♥ Étayage existant important :
 - SSIAD en doublon tous les matins,
 - SAAD midi et soir prochainement en binôme également
 - Portage repas CCAS, refus d'ouvrir la porte
 - Environnement : très complexe, syndrome de Diogène, encombrement massif rendant impossible l'installation d'un lève malade
 - Mobilisation de l'équipe mobile gériatrie : « on ne peut rien faire de plus »
- ♥ Beaucoup d'opposition, d'angoisses. Refus franc intervention équipe ψ mobile du Vinatier
- ♥ Difficultés relationnelles père / filles (2)

Problématique d'isolement forte,

- ♥ pas/peu de lien social,
- ♥ « retient » les professionnelles passant,
- ♥ « fait durer », intervention très longues et complexes pour le déplacer etc alors que quand il est seul, il se lève

VA potentielle du CRT

- ♥ Le lien social, qui permettrait selon toute vraisemblance de placer M. dans une autre dynamique
- ♥ Formation/sensibilisation des professionnels au Syndrome de Diogène : très fréquent et que faire ? Pour la personne ? quoi savoir pour intervenir dans ces conditions particulières d'environnement ?
- ♥ Possibilité d'intervention du ψ CRT, au domicile, éventuellement en binôme avec CVS du CRT

CRT Bron – R/W situations complexes et crière d'inclusion –
23.03.2023

Situation 2

- ♥ Mme., habite seule en résidence autonomie, 103 ans, 2 filles dont une très présente et anxieuse. Volonté affirmée de vivre là jusqu'au bout. Augmentation progressive des troubles cognitifs
- ♥ Étayage existant important :
 - SSIAD 5/7,
 - SAAD 7/7, midi & soir + matin le weekend
 - Accueil de jour 1x/semaine
- ♥ Pas de difficultés avec Mme
- ♥ Difficultés avec les aidantes, dont une très exigeante, des reproches permanents, sursollicitation des services, des post-it laissés en nombre partout dans l'appartement en permanence
- ♥ Rend le travail des professionnels difficiles

Problématique forte avec les aidants,

- ♥ Besoin de déverser
- ♥ N'arrive pas à lâcher prise, à faire confiance
- ♥ ? Culpabilisation de laisser les professionnels intervenir « à la place » (ancienne soignante)

VA potentielle du CRT

- ♥ Accompagnement de l'aidant dans son cheminement :
 - ψ CRT
 - Sensibilisation, ouverture sur l'extérieur
- ♥ Formation/sensibilisation des professionnels sur le rôle et la place de l'aidant, les difficultés potentielles à accepter, à faire confiance, à lâcher prise

CRT Bron – R/W situations complexes et crière d'inclusion –
23.03.2023

Situation 3

- Mme., 86 ans, vit seule le plus souvent, sa petite-fille vivant de temps en temps à son domicile. Une fille à Paris (gère les rdv médicaux, l'argent via des enveloppes laissées au domicile,...), un fils en AURA.
- de plus en plus de troubles cognitifs observés, pas de bilan cognitif réalisé, vigilance ++ / mise en danger (plaques de cuisson etc)
- Aime sortir
- Peu d'étayage aujourd'hui :
 - SAAD, 2h 5/7, maintien de l'autonomie
- Environnement OK

Nécessite de tout mettre en place avant que la situation n'explose,

- Bilan troubles cognitifs
- Étayage à renforcer
- Surveillance / mise en danger
- Mieux comprendre la situation familiale
- Maintenir vie sociale

VA potentielle du CRT

- Coordination d'ensemble pour la mise en place de l'accompagnement
 - Soins
 - Surveillance / mise en danger
 - Vie sociale
 - Compréhension situation/positionnement entourage

CRT Bron – R/W situations complexes et crière d'inclusion –
23.03.2023

Situation 4

- Mme. & M. C, mère et fils (97 et 63 ans), vivent au même domicile
- Mme : altération générale, perte d'autonomie. Chute => hospit. Le fils l'a laissée au sol toute la nuit (avait vu)
- M. PAC / diabète. Troubles psychiatriques+++ , addiction, syndrome de Diogène +++ (cafards, rats, ...)
- IP été 2022 par RESIDOM : sécurité & suspicion de maltraitance sur Mme par M
- Mme refuse l'entrée en EHPAD, se positionne en aidante de son fils
- L'IP a conduit à un renforcement des aides en place

Expressions de la précarité et de ses répercussions

- Difficulté à mobiliser l'ensemble des acteurs dans une logique pluridisciplinaire (AS, Vinatier, SAAD, SSIAD, ...)
- Violences envers le personnel lors des interventions au domicile
- Situation psy non stabilisée du fils

VA potentielle du CRT

- On atteint les limites (les besoins dépassent la logique d'offre soin/vie sociale/accompagnement des aidants)
- La non stabilisation psychiatrique du fils rend l'accompagnement par le CRT de la mère impossible dans des conditions acceptables
- Quant à l'accompagnement du fils par le CRT, ses besoins ne sont pas en phase avec l'offre

CRT Bron – R/W situations complexes et crière d'inclusion –
23.03.2023

**Annexe III : Recueil d'informations en vue de la construction du Projet Personnalisé
d'Accompagnement – CRT de Bron**



Recueil d'informations

En vue de la construction du Projet
Personnalisé d'Accompagnement

CRT de Bron

Date

Groupe ACPPA

Siège social

7 Chemin du Gareizin 69340 Francheville

Tél. 04 72 16 30 70 | www.groupe-acppa.fr

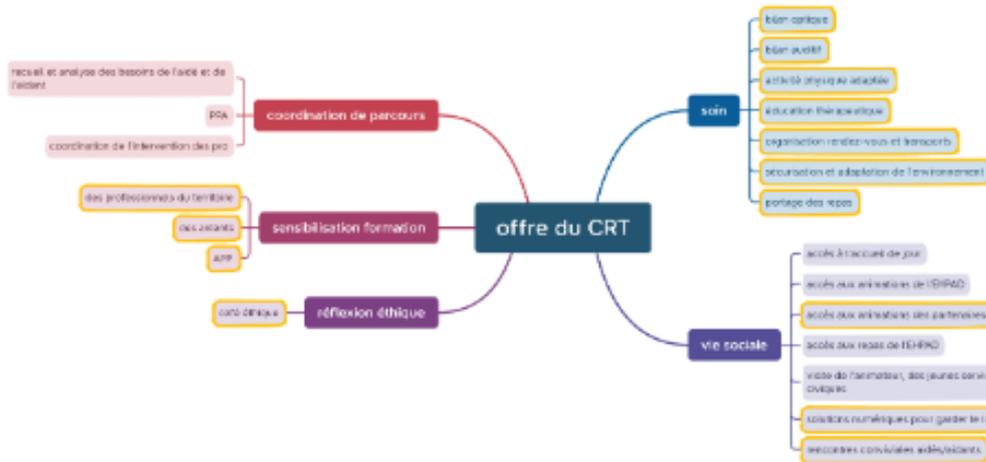
Objectif du recueil d'informations :

Identifier les besoins :

- de l'aidé,
- de(s) l'aidant(s),
- des professionnels mobilisés auprès de l'aidé,

et construire une réponse adaptée, en mobilisant de manière spécifique l'offre CRT.

Pour rappel, l'offre globale du CRT :



Bénéficiaire :

M.,
Mme.....
Domicilié.....
.....
.....
.....
Téléphone.....
.....

Informations disponibles dans le volet administratif du dossier de demande d'inclusion :

- Personnes référentes / Entourage / aidants (hors professionnels)
- Accompagnement en place aujourd'hui
- Contexte de la demande
- Protection juridique

I. Attentes et besoins de l'aidé

🌈 Accompagnements en soin

État des lieux des aménagements en place

Ressources mobilisées :	Cocher si OUI	Cocher si de plus en plus difficile	Si oui, pas qui ?
Le lever / le coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La toilette/l'habillement/le déshabillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La préparation des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La prise de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le ménage/le repassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les sorties/les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'aide à la prise des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre : préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La prise des rendez-vous médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'organisation des transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accueil de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Intervenants :

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

D'autres besoins non-satisfaits sont-ils exprimés ?

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

Aspects sensoriels :

Vue : (bilan récent ou pas, besoins couverts ou pas)

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

Audition : (bilan récent ou pas, besoins couverts ou pas)

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

Dentaire : (bilan récent ou pas, besoins couverts ou pas)

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

 **Le logement / l'environnement de vie**

Aides techniques (moyens existants, compatibilité avec la situation de la personne)

Le bilan ergo viendra compléter

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

Communication (moyens existants, compatibilité avec la situation de la personne)

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

Téléassistance (moyens existants, compatibilité avec la situation de la personne)

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

 **Vie sociale**

Soutien social principal :

- Famille Voisins Amis Autres

Nom et coordonnées des personnes si possible :

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

La famille :

Enfants : OUI NON Nombre :

Petits-enfants : OUI NON Nombre :

Liens au quotidien avec enfants et/ou petits enfants :

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

Quels besoins exprimés par le bénéficiaire en termes de relation et vie sociale ?

.....

.....

.....

.....

.....

Cocher au fur et à mesure de l'échange / pour guider l'échange

	A envie de	Serait d'accord pour	N'est pas intéressé(e) par
Animations à l'EHPAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artistiques/créatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ludiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bien-être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gym douce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Culturelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre			
Repas à l'EHPAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animations à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artistiques/créatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ludiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre			
Sorties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bibliothèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre			

II. Attentes et besoins de l'aidant

(à dupliquer pour chaque aidant proche pour avoir une vision systémique)

M., Mme.....Liens.....

Domicilié : au domicile du bénéficiaire

.....

.....

.....

.....

Téléphone.....

...

Quelle situation personnelle ?

Age :

En emploi

Sans activité professionnelle

Retraité

Des enfants à charge

Fatigue

Manque de sommeil

Tristesse, découragement

Anxiété

Diminution de vos activités sociales

.....

.....

.....

.....

.....

Aujourd'hui, l'aidant accompagne sur :

Ressources mobilisées :	Cocher si OUI	Cocher si de plus en plus difficile	Attentes
Le lever / le coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La toilette/l'habillement/le déshabillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La préparation des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La prise de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ressources mobilisées :	Cocher si OUI	Cocher si de plus en plus difficile	Attentes
Le ménage/le repassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les sorties/les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'aide à la prise des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La prise des rendez-vous médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'organisation des transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les aspects administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les aspects financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'adaptation du logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....

.....

.....

.....

.....

 **Besoins d'aide pour prendre soin de l'aidé :**

	OUI	NON	Commentaires
Besoin d'avoir plus de renseignements sur...			
La maladie de votre proche et de son traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le type d'aide disponible et la façon de l'obtenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les mesures d'aide financière disponibles pour vous ou votre proche et la façon d'en bénéficier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La façon de mieux aménager la maison pour faciliter les soins à prodiguer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	OUI	NON	Commentaires
La personne avec qui communiquer en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besoin d'avoir de l'aide pour discuter ouvertement...			
Avec votre proche de la situation qu'il/elle vit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avec votre famille de la situation que vous vivez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avec votre employeur de votre situation actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avec d'autres aidants à propos de votre situation d'aidant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Des solutions alternatives aux soins à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De vos sentiments à propos de la situation que vous vivez comme aidant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besoin d'avoir plus d'aide :			
Relativement aux aspects physiques des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pour réduire le stress que vous ressentez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De la part de votre famille ou celle de votre proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pour acquérir les habiletés nécessaires pour prendre soin de votre proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....

.....

.....

.....

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

 **Besoins d'aide pour améliorer la qualité de vie de l'aidé**

Pour votre proche :	OUI	NON	Commentaires
D'avoir plus d'échanges avec la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'avoir plus d'échanges avec les amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'être stimulé et avoir des défis à relever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De se sentir valorisé(e) en tant que personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De continuer à prendre plaisir de ses passe-temps et de ses intérêts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De ne pas ressentir de douleur et d'inconfort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De se sentir propre et confortable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De continuer à vivre à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'avoir une personne de confiance à qui parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

 **Besoins d'aide pour améliorer la qualité de vie des aidants**

Pour vous :	OUI	NON	Commentaires
Disposer de plus de temps personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De pouvoir passer plus de temps avec votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'avoir une vie sociale en dehors de vos tâches de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De pouvoir avoir une bonne nuit de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De pouvoir prendre des vacances ou un congé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De pouvoir relaxer sans s'inquiéter de votre proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D'être capable d'avoir des passe-temps et des intérêts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De pouvoir continuer à travailler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De faire des choses agréables avec votre proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Que votre famille montre qu'elle apprécie les soins que vous donnez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De savoir mettre vos limites comme aidant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....

.....

.....

.....

.....

 **Obtenir de l'aide de qualité**

Que ceux et celles qui fournissent de l'aide :	OUI	NON	Commentaires
Traitent votre proche avec dignité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous traitent avec dignité et respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En viennent à connaître votre proche et le considèrent comme une personne à part entière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Valorisent vos connaissances et vos compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Possèdent des connaissances et des compétences adéquates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....

Que l'aide fournie :	OUI	NON	Commentaires
Arrive au moment voulu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soit adaptée le plus possible à votre routine et à vos façons de faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soit fournie par des personnes en qui vous avez confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Que l'aide fournie :	OUI	NON	Commentaires
Que la qualité de l'aide fournie soit à la mesure de ce qu'elle en coûte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soit centrée sur vos besoins et sur ceux de votre proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soit décidée en accord avec vous et votre proche suite à une discussion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. Besoins des professionnels intervenant auprès d'eux

(à dupliquer pour chaque professionnel intervenant de manière régulière au domicile)

De quoi auriez-vous besoin pour vous aider dans l'accompagnement de cette personne ?

Sensibilisation/information

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

Matériel

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

Autre

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

Annexe IV : Flyer de présentation du CRT de Bron



Nouveau à Bron

Pour les personnes âgées à domicile et leurs aidants

Centre de Ressources Territorial

- Permet aux personnes âgées vulnérables de vieillir chez elles le plus longtemps possible
- Un soutien et un appui aux professionnels du territoire
- Un soutien et accompagnement des aidants
- Equipe dédiée pluridisciplinaire



3 Avenue du Doyen Lepine EHPAD Les Agapanthes
06 60 48 08 40
crt-bron@acppa.fr



LES PROFESSIONNELS AU DOMICILE :

- Vous repérez une dégradation de la situation de votre bénéficiaire à domicile
- Vous identifiez des nouveaux besoins avec la nécessité d'une coordination entre les différents acteurs à domicile

Auprès de l'aidé :

- Agé de plus de 60 ans, il vit à domicile à Bron
- La personne peut être en situation d'isolement social et/ou vulnérabilité

Avec les aidants :

- Un besoin de répit est exprimé et/ou évalué par les professionnels
- La situation d'aide à domicile occasionne de la souffrance, un besoin d'écoute ou de soutien

Les étapes pour une demande d'accompagnement CRT :

- Un dossier est à compléter - Volet médical à remettre au médecin coordonnateur du CRT
- Validation du volet médical et décision prise par l'équipe pluridisciplinaire CRT (acceptation ou refus demande)
- Visite au domicile du bénéficiaire et constitution du volet administratif de la demande d'accompagnement

En savoir plus :



Pour toute demande d'accompagnement CRT Bron :

06 60 48 08 40

crt-bron@acppa.fr

Annexe V : Principaux indicateurs pour l'évaluation de la mise en place du CRT

exemple sur un objectif :

WP0 : Mettre en place la gouvernance et management du dispositif		
indicateur	cible	état
▪ Modalités de gouvernance du dispositif décrites et validées par le service juridique	Fait	Fait
▪ Mise en place des instances de gouvernance stratégique du projet :		
- COPIL	1 à 2 par an	1 en 2023
- COS	1 à 2 par an	0 en 2023
- Commission des bénéficiaires et des aidants	1 à 2 par an	0 en 2023
▪ Mise en place des instances de management du projet :		
- Staff CRT	hebdomadaire	Hebdomadaire
- Équipe de suivi et de pilotage des situations	hebdomadaire	hebdomadaire
- Comité de suivi élargi	mensuel	Pas encore en place
▪ Assurer le pilotage du projet de mise en place du CRT (mars à juillet)		
- Animer une réunion de lancement du projet avec les partenaires	1 réunion	1 + avancement 3 mois plus tard
- Animer les STAFF Projet CRT	hebdomadaire	Hebdomadaire
- Animer les COPIL CRT	Mensuel	3

DEREGNAUCOURT	Justine	Septembre 2023
<p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p>ETABLISSEMENT DE FORMATION : ENSEIS</p>		
<p align="center">SORTIR DE L'OFFRE BINAIRE ET POLARISÉE EHPAD/DOMICILE Le rôle du CRT de Bron pour fluidifier le parcours des personnes âgées vulnérables brondillantes</p>		
<p>Résumé :</p> <p>L'EHPAD les Agapanthes, établissement du Groupe associatif ACPPA, est installé sur le territoire de Bron, au cœur de la métropole de Lyon, depuis décembre 2019. Dès son ouverture, sa vocation a été de mettre à disposition des personnes âgées du territoire un continuum d'offre, accueil de jour, hébergement temporaire, permanent, PASA, unités de vie Alzheimer.</p> <p>Constat a été fait à travers des observations terrain que cette volonté n'était pas suffisante pour répondre aux besoins et attentes des personnes âgées vulnérables de Bron, qui restent souvent face à un non-choix, entre maintien à domicile dans des conditions non adaptées à leur besoin et entrée en institution par dépit et/ou en urgence, une fois la situation devenue trop instable ou insécure.</p> <p>Dans un contexte démographique et sociétal qui, en lui-même, constitue un défi majeur pour les acteurs accompagnant le grand âge, il est crucial pour le secteur de travailler à la mise en place de solutions permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De respecter les droits fondamentaux des personnes âgées et notamment de leur (re)donner choix de leur lieu de vie ; ▪ De co-accompagner les personnes âgées vulnérables et leurs aidants ▪ De renforcer la professionnalisation des acteurs du domicile ▪ De renforcer coordination et collaboration à l'échelle du territoire pour limiter les ruptures de parcours. <p>C'est dans cet optique que l'EHPAD des Agapanthes a candidaté puis a été sélectionné par l'ARS AURA pour porter un CRT, Centre de Ressources Territorial, sur le territoire de Bron. La mise en œuvre de ce CRT est en cours. Une phase pilote auprès de 3 premiers bénéficiaires a été réalisée au cours de l'été 2023. Le déploiement à plus grande échelle est prévu sur le dernier trimestre 2023. Le CRT de Bron a pour vocation d'accompagner le maintien à domicile le plus longtemps possible dans de bonnes conditions, si tel est la demande, en travaillant auprès et au service de l'aidé, de l'aidant et des professionnels du territoire qui les accompagnent déjà. Il n'a pas vocation à se substituer à l'existant mais à le renforcer. Il s'appuie sur des financements dédiés à certaines prestations (transport des personnes accompagnées notamment), une équipe dédiée pluridisciplinaire de 5,2 ETP et des partenariats avec des acteurs de l'écosystème en travaillant avec une logique de subsidiarité, pour un budget annuel de 400 000 € pour 30 bénéficiaires.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>CRT, parcours, personnes âgées, aidant, EHPAD, domicile, partenariat, libre choix, territoire</p>		
<p align="center"><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		