



E H E S P

**PREVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE
DES PERSONNES AGEES ET/OU EN SITUATION DE
HANDICAP VIEILLISSANTES SOUHAITANT RESTER A
DOMICILE DANS LEUR TERRITOIRE DE VIE**

**REDEPLOYER LES RESSOURCES HUMAINES DE L'EHPAD
ET MOBILISER LES PARTENAIRES DE PROXIMITE**

Aurélie BARREAU

2023

cafdes

Remerciements

Au Directeur du Pôle Santé des Mauges pour son accueil durant mon stage et sa guidance dans mes réflexions,

A l'équipe de direction, aux professionnels et aux résidents pour le temps qui m'a été consacré me permettant de comprendre le fonctionnement et l'accompagnement réalisé dans chaque service du Pôle Santé des Mauges.

Aux directeurs et directrices rencontrés au cours de mon parcours professionnel qui m'ont permis d'évoluer dans mes pratiques professionnelles.

Aux intervenants dans le cadre de la formation pour la qualité de leurs interventions et suivis.

A mon Directeur de mémoire pour son accompagnement de qualité.

A tous les professionnels rencontrés dans le cadre de ce mémoire participant à enrichir ma réflexion,

Aux personnes âgées et leurs proches aidants pour le temps qu'ils m'ont consacré pour l'enquête de besoins.

A toutes les personnes ayant relu ce mémoire avec attention et minutie.

A ma famille pour son soutien bienveillant pendant cette formation.

S o m m a i r e

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 1 |
| 1 Les personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes, vieillissement, politiques publiques et accompagnements diversifiés..... | 3 |
| 1.1 Le vieillissement, une notion complexe | 3 |
| 1.1.1 La personne âgée | 3 |
| 1.1.2 La personne en situation de handicap vieillissante | 4 |
| 1.1.3 Les proches aidants | 5 |
| 1.1.4 Les concepts d'autonomie et de dépendance..... | 6 |
| 1.2 Le vieillissement et les politiques publiques en Europe et en France | 8 |
| 1.2.1 En Europe | 8 |
| 1.2.2 En France..... | 10 |
| 1.2.3 En Pays de la Loire | 15 |
| 1.2.4 En Maine et Loire | 17 |
| 1.2.5 Mauges Communauté | 18 |
| 1.2.6 Analyses des Besoins Sociaux : Beaupréau en Mauges et Montrevault sur Evre | 19 |
| 1.3 L'accompagnement des personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes dans leur perte d'autonomie sur le territoire..... | 20 |
| 1.3.1 Les dispositifs de maintien à domicile..... | 20 |
| 1.3.2 Des habitats entre le domicile et l'établissement | 21 |
| 1.3.3 Les EHPAD | 23 |
| 1.3.4 L'enquête de besoins auprès d'habitants du territoire..... | 27 |
| 2 Le Pôle Santé des Mauges | 28 |
| 2.1 La photographie de l'établissement..... | 28 |
| 2.1.1 Son histoire | 28 |
| 2.1.2 La Fondation FASSIC | 29 |
| 2.1.3 Les missions et les valeurs de l'établissement | 30 |
| 2.1.4 Son offre de services..... | 31 |
| 2.1.5 Le public accueilli | 36 |
| 2.1.6 Les listes d'attente pour le Pôle Personnes Agées, l'UPHA et l'UPHV | 37 |
| 2.1.7 Des professionnels avec une éthique forte auprès des usagers | 37 |
| 2.1.8 Le financement..... | 41 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2 L'environnement du PSM | 41 |
| 2.2.1 Les établissements sanitaires | 41 |
| 2.2.2 Les établissements sociaux et médico-sociaux..... | 42 |
| 2.3 Le diagnostic global par la méthode SWOT..... | 45 |
| 2.4 Les enjeux stratégiques | 50 |
| 2.4.1 Pour les habitants du territoire | 50 |
| 2.4.2 Pour les autorités de tarification | 50 |
| 2.4.3 Pour l'établissement..... | 50 |
| 2.4.4 Pour la direction de l'établissement..... | 51 |
| 2.5 La problématique | 51 |
| 3 La plateforme de ressources | 52 |
| 3.1 Les objectifs de la plateforme de ressources..... | 52 |
| 3.2 Mobiliser et impliquer autour du projet..... | 53 |
| 3.2.1 Au niveau de l'établissement | 54 |
| 3.2.2 Au niveau du territoire, une coordination indispensable | 54 |
| 3.2.3 La prise en compte des enjeux et des limites..... | 55 |
| 3.3 Elaborer le projet | 56 |
| 3.3.1 La constitution des instances | 56 |
| 3.3.2 L'écriture du projet | 57 |
| 3.4 Négocier avec les autorités de tarification dans le cadre du CPOM | 65 |
| 3.5 Le déploiement de la plateforme de ressources..... | 65 |
| 3.5.1 Constituer et fédérer une équipe..... | 65 |
| 3.5.2 La coordination avec les divers acteurs du territoire et l'inscription de l'offre.. | 67 |
| 3.6 Les indicateurs d'évaluation..... | 69 |
| 3.6.1 Pour les bénéficiaires et leurs proches..... | 71 |
| 3.6.2 Pour l'établissement et le dispositif | 71 |
| 3.6.3 Pour les ressources humaines | 72 |
| 3.7 Le plan de communication | 72 |
| 3.7.1 La communication en interne | 73 |
| 3.7.2 La communication en externe | 73 |
| Conclusion | 75 |
| Bibliographie..... | 77 |
| Liste des annexes..... | I |

Liste des sigles utilisés

- ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
- ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
- AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
- AJ : Accueil de Jour
- ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et médico-sociaux
- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- APF : Association des Paralysés de France
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ASV (loi) : Adaptation de la Société au Vieillissement
- CASF : Code d'Action Sociale et des Familles
- CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
- CLS : Contrat Local de Santé
- CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- CODIR : Comité de Direction
- CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- CRT : Centre de Ressources Territorial
- CSE : Comité Social et Economique
- CSSCT : Commission Santé, Sécurité et Conditions de Travail
- CVS : Conseil de la Vie Sociale
- DIVADOM : Dispositif Innovant de Vie A Domicile
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
- EAAR : Equipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes
- EMASP : Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
- EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
- ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
- ESM : Etablissement Saint-Martin
- ESMS : Etablissement Social et Médico-Social
- ETP : Equivalent Temps Plein
- FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
- FASSIC : Fondation d'Action Sociale et d'Inspiration Chrétienne

- FDV : Foyer De Vie
- GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
- GEVA : Guide d'Evaluation des besoins de compensation des personnes handicapées
- GIR : Groupe Iso-Ressources
- GMP : GIR Moyen Pondéré
- HAD : Hospitalisation A Domicile
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- ONU : Organisations des Nations Unies
- PA : Personne Agée
- PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
- PH : Personnes Handicapées
- PMP : Pathos Moyen Pondéré
- PRS : Projet Régional de Santé
- PSD : Prestation Spécifique Dépendance
- PSM : Pôle Santé des Mauges
- RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous
- SAD : Services Autonomie à Domicile
- SAAD : Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
- SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
- SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile
- SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
- SSR : Service de Soins et de Rééducation
- TMS : Troubles Musculo-Squelettiques
- UCC : Unité Cognitivo-Comportementale
- UHR : Unité d'Hébergement Renforcé
- UMIGP : Unité Mobile Intersectorielle de Géronto-Psychiatrie
- UPAD : Unité pour Personnes Agées Désorientées
- UPHA : Unité pour Personnes Handicapées Agées
- UPHV : Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes
- USLD : Unité de Soins de Longue Durée
- VSSJ : Village Santé Saint-Joseph

Introduction

La population mondiale est confrontée au vieillissement de ses pairs. L'Europe et la France n'y font pas exception. La France recherche, à travers de ses politiques publiques (la loi grand âge et autonomie très attendue en est l'exemple), à répondre à ce défi aussi bien sociétal qu'économique pour sa population. Les réponses apportées actuellement à l'accompagnement des personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes seront bien insuffisantes dans les prochaines années et en inadéquation avec les besoins de ces futurs seniors.

80 % des Français veulent vieillir à leur domicile. Les politiques publiques l'ont bien compris et depuis de nombreuses années, s'emploient à favoriser le maintien à domicile. La place et le rôle des aidants sont aussi des préoccupations majeures tant leur présence est indispensable dans le maintien à domicile. Il est à noter l'émergence d'habitats alternatifs à l'institution qui constituent de nouvelles réponses aux besoins de ces seniors.

Je travaille depuis 15 ans auprès des personnes âgées, principalement en institution. Dans le cadre de la formation, j'ai réalisé un stage de direction au Pôle Santé des Mauges situé sur Beaupréau en Mauges et Montrevault sur Evre. Ces communes sont sur le territoire de Mauges Communauté (entre Angers, Cholet et Nantes). Il accueille un public multi-pathologique au sein de 3 Pôles : Hôpital, Personnes Agées et Personnes Handicapées.

L'appropriation de la gestion globale d'un établissement et de la fonction de direction s'est effectuée par mon parcours professionnel et les enseignements reçus pendant la formation. Elle a fait émerger de nombreux constats et questionnements :

Les institutions pour personnes âgées sont trop nombreuses sur Mauges Communauté et des fermetures ont déjà eu lieu au profit du Saumurois. Paradoxalement, l'offre médico-sociale ne répond pas à l'ensemble des besoins des habitants et demande une adaptation de celle-ci. Les seniors affirment leurs droits à choisir où vivre leur vieillissement. Cependant, lors d'une rupture de parcours comme une hospitalisation, une entrée en institution peut s'imposer à eux, générant la plupart du temps de la colère et de la frustration. La question déontologique du respect de leur choix s'impose alors. Elle donne aussi l'opportunité de réfléchir à des solutions innovantes et alternatives.

Les directeurs sont confrontés à de nouveaux défis au sein de contraintes budgétaires toujours plus prégnantes : maintenir une offre d'accueil de qualité pour des personnes demandant de plus en plus de soins techniques du fait de leur dépendance et envisager de nouveaux accompagnements tournés vers le domicile, en lien avec les acteurs du maintien à domicile sur leur territoire.

Le Pôle Santé des Mauges (pour ne parler que de lui) est un acteur essentiel sur son territoire et a développé une expertise dans l'accompagnement au soin et à la dépendance pour les personnes âgées, à l'accompagnement à l'autonomie pour les personnes en situation de handicap. Son hôpital de proximité est également un atout, notamment pour les bilans gériatriques.

Face à ces constats, comment s'adapter aux évolutions de l'environnement ? Quelle stratégie d'ouverture de l'établissement adopter pour répondre aux besoins des habitants du territoire tout en respectant leur liberté de choix ? Comment travailler conjointement avec les acteurs du maintien à domicile sur Beaupréau en Mauges et Montrevault sur Evre ?

Pour répondre à ces questionnements, la création d'une plateforme de ressources me semble adaptée et pertinente. Ainsi, la logique de prestations remplace la logique de structure et répond aux besoins des habitants âgés, tout en favorisant le travail partenarial sur le territoire.

Dans un premier temps, je présente la personne âgée et la personne en situation de handicap vieillissante à travers la notion de vieillissement, les politiques publiques les concernant et les dispositifs d'accompagnements existants aujourd'hui pour elles. Une enquête de besoins m'a permis de recueillir leurs souhaits et de répondre au plus près à leurs besoins exprimés.

Dans un deuxième temps, je propose une présentation générale du Pôle Santé des Mauges avec son offre de services, le public accueilli et son environnement. Un diagnostic me permet de dégager les forces, les faiblesses et les enjeux auxquels sera confronté le PSM dans sa stratégie de développement.

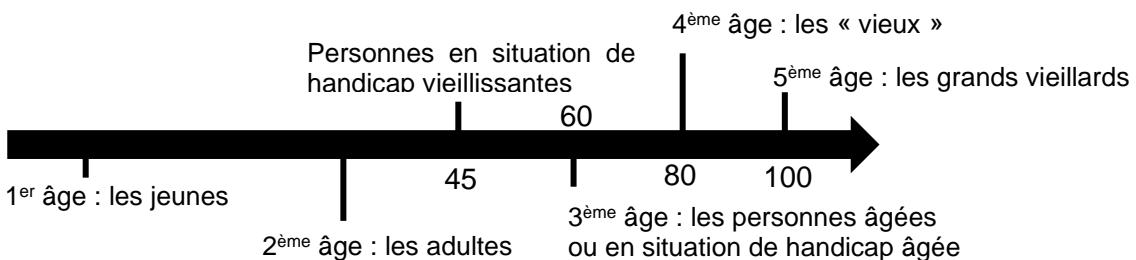
Dans un troisième et dernier temps, j'expose la conception, l'élaboration et le déploiement de la plateforme de ressources tout en intégrant les indicateurs d'évaluation et le plan de communication.

1 Les personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes, vieillissement, politiques publiques et accompagnements diversifiés

La façon de définir une personne âgée est complexe. Les termes utilisés comme « vieux » ou « vieillards » ont une approche péjorative de la personne, tout comme « anciens », « seniors », « retraités », « aînés » ... Qu'est-ce qu'être vieux ? Il est aujourd'hui difficile de définir à quel moment une personne est considérée comme âgée.

1.1 Le vieillissement, une notion complexe

Les populations sont réparties en « groupes d'âges » :



1.1.1 La personne âgée

Le vieillissement peut se définir comme l'action du temps sur les êtres vivants et comme l'ensemble des processus moléculaires, cellulaires, histologiques, physiologiques et psychologiques qui accompagne l'avancée en âge. Ce vieillissement concerne l'aspect affectif, cognitif, locomoteur, sensoriel ou cardio-vasculaire. A partir de 60 ou 65 ans, l'individu est confronté à divers changements qui le place face à des pertes (l'abandon du rôle de parent, la retraite ou le veuvage) susceptibles de l'entraîner vers un vieillissement accéléré. Selon Jack Messy, « *la vieillesse ne serait pas inéluctable au terme de la vie* » tant que l'individu disposera des moyens d'élaborer ses pertes¹.

Selon Mickaël Blanchet (2017), l'acceptation du vieillissement est d'autant plus difficile, dans une société où l'idée de rester jeune prédomine. Ainsi, les retraités s'investissent souvent dans la vie associative et politique. Cette participation diminue puis disparaît, conduisant les personnes âgées les plus vulnérables à une forme d'exclusion sociale. Comme si l'inclusion sociale ne tenait qu'à leur capacité à être utile ou à rendre service à la société. Cette vulnérabilité peut être renforcée par la baisse de l'état de santé et des difficultés économiques.

Des actions de prévention comme la prévention des maladies cardiovasculaires et des cancers ; la prévention du déclin physique et cognitif ; la prévention des déficiences

¹ <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2005-2-page-25.htm>.

sensorielles, auditives et visuelles et une alimentation adaptée auront un impact élevé sur cette vulnérabilité si elles sont précoces².

Ces retraités sont aussi un soutien à la sphère familiale. En effet, les jeunes retraités aident régulièrement leurs enfants dans la garde des petits-enfants ou financièrement. Ils peuvent aussi accompagner leurs propres parents vieillissants.

Selon l'article L.113-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) « *Toute personne âgée de 65 ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un accueil chez des particuliers ou dans un établissement. Les personnes âgées de plus de 60 ans peuvent obtenir les mêmes avantages lorsqu'elles sont reconnues inaptes au travail* ».

1.1.2 La personne en situation de handicap vieillissante

Le handicap a été défini dans le texte de loi du 11 février 2005 : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* »³.

Une personne en situation de handicap vieillissante a entamé ou connu sa situation de handicap avant de connaître les effets du vieillissement⁴. Est également considérée comme telle, la personne de 40 ans et plus présentant au moins une déficience survenue avant l'âge adulte et une incapacité apparue avant 20 ans⁵. Les effets du vieillissement sur la personne ont un effet cumulatif avec les incapacités préexistantes telles que les maladies cardiovasculaires, les atteintes sensorielles, les atteintes musculo-squelettiques, les maladies dégénératives... Il y a un effet d'accélération avec un risque accru de perte de contact social.

L'espérance de vie de ces personnes a augmenté entre le siècle dernier et aujourd'hui. Les courbes d'espérance de vie pour la population générale et les personnes en situation de handicap tendent à se rejoindre. Le quotient intellectuel en constitue un facteur déterminant.

| Déficience intellectuelle | Légère | Modérée | Sévère |
|---------------------------|--------|----------|----------|
| Espérance de vie | 74 ans | 67.6 ans | 58.6 ans |

Les polyhandicapés sont les plus vulnérables et leur espérance de vie est grandement affectée du fait d'un nombre important de déficiences.

Les personnes en situation de handicap vieillissantes peuvent faire face à ces ruptures :

² Ibidem, page 3.

³ Loi n°2005-102 du 11 février 2005, art. 2.

⁴ <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-2-page-295.htm>.

⁵ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er204.pdf>.

- La mise à la retraite, un déménagement dans un nouveau lieu de vie et une rupture de lien avec les autres travailleurs peuvent être vécus comme une forme d'exclusion et comme une perte de reconnaissance sociale aboutissant à une crise identitaire. 65 % d'entre eux aspirent à rester dans leur lieu de vie.
- L'hospitalisation ou la perte d'un proche (souvent un parent) qui accompagnait à domicile et qui nécessite un placement rapide alors même que cette séparation n'a jamais été pensée. Elle peut être traumatisante⁶.

Ainsi, nous constatons la présence de proches aussi bien pour la personne âgée que la personne en situation de handicap vieillissante. Cela nous amène à explorer la notion de proche aidant.

1.1.3 Les proches aidants

Le terme « aidants » est parfois associé à des adjectifs comme « familiaux », « naturels », « proches » ... Mais le terme de « proches aidants » est plus large que celui « d'aidants familiaux » car il ne suppose pas de lien entre l'aidant et l'aidé.

L'article 51 de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV) de décembre 2015 a introduit dans le CASF une définition d'un « proche aidant » auprès d'une personne âgée : « *Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée : son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.* » (Art. L.113-1-3 du CASF).

Les aidants sont en moyenne âgés de 52 ans et 57 % d'entre eux sont des femmes.

Pour une personne âgée de 60 ans ou plus et vivant à domicile, 80 % des aidants sont le conjoint ou les enfants. Pour une personne vivant seule à domicile, 10 % des aidants sont des amis ou des voisins.

Une enquête de « Vie quotidienne et santé » réalisée en 2021 a recensé 9.3 millions de personnes qui déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie, qu'elle vive dans le même logement ou ailleurs.

Cette aide peut être liée aux activités de la vie quotidienne (courses, démarches médicales, aide aux tâches administratives, bricolage), un soutien moral ou un soutien financier⁷.

Les conséquences sur la vie des aidants peuvent être négatives et amènent un « sentiment de fardeau » : problèmes de santé (palpitations, tachycardie, problèmes de dos...), vie professionnelle perturbée, risque d'isolement... Il faut savoir qu'un tiers des aidants

⁶ Op. cit., page 4.

⁷ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/ER1255MAJ1002.pdf>.

meurent avant l'aidé. L'échelle de Zarit évalue le « fardeau », c'est-à-dire la charge émotionnelle, physique et financière d'un aidant par la prise en charge d'une personne en perte d'autonomie. Ce document comprend 22 questions donnant un score reflétant l'épuisement. Il est présenté en Annexe I. Un médecin traitant rencontré sur une réunion de territoire expliquait que la présence d'un aidant accélérerait la dépendance de l'aidé. En effet, il a tendance « à faire à sa place » favorisant ainsi la perte d'autonomie.

Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2012, le répit est le besoin principal exprimé par les aidants. Il se caractérise par la mise en place d'aide à domicile ou d'un accueil transitoire en établissement. Ces solutions de répit proposent des relais à l'aidant pour lui permettre de se ressourcer et de s'occuper de lui. La loi ASV a reconnu le statut de « proche aidant » et institué le droit au répit. C'est un enjeu sociétal et de santé publique⁸.

Enfin, une vraie question se pose sur le nombre d'aidants disponibles dans les prochaines années du fait de la baisse du nombre moyen d'enfants par femme et d'une proportion de personnes sans enfant ni conjoint. Le nombre de proches aidants devrait diminuer et les contraindre à aider, ce qui aura des conséquences sur leur santé. Il ne fait aucun doute que sans eux, le maintien à domicile serait très compliqué, voire impossible pour une personne aidée. Il est donc légitime de s'interroger sur l'avenir du maintien à domicile⁹.

1.1.4 Les concepts d'autonomie et de dépendance

En 2014, Bernard Ennuyer évoquait les notions de handicap, de dépendance et de perte d'autonomie. Ses écrits ont inspiré les définitions suivantes¹⁰.

L'autonomie est la capacité à prendre pour soi-même des décisions. L'indépendance est la capacité à réaliser soi-même et à faire sans l'aide d'autrui.

A) L'autonomie

Elle est définie comme la capacité à se donner à soi-même ses propres lois, obéir à la raison et à la conscience morale. Elle est valorisée dans notre société. Le Ministère des Solidarités et de la Santé utilise les termes « grand âge » et « autonomie » couramment évoquant bien l'importance de partir de l'autonomie de la personne avant tout.

⁸ https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-07/nc_repit_aidants_vf.pdf.

⁹ https://www.ipp.eu/wp-content/uploads/2023/03/Rapport_IPP_41_vieillir_a_domicile_synthese.pdf.

¹⁰ ENNUYER B. *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation*. Paris, Dunod, 2014, 310 pages.

B) La dépendance

Elle est définie par la loi de 1997 comme « *l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière* »¹¹.

Le sociologue Albert Memmi (1979) a proposé une définition autre comme « *une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction du besoin* ».

Afin d'évaluer la dépendance d'une personne, l'outil Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources (AGGIR) est utilisé. Il mesure l'autonomie à travers l'observation des activités que peut réaliser seule la personne âgée. Cet outil comprend 10 variables discriminantes et est codifié selon la capacité ou non de la personne à les réaliser seule. Chaque personne évaluée se voit notifier un Groupe Iso-Ressources (GIR). Il en existe 6. Les personnes en GIR 1 et 2 sont les plus en incapacité : personnes alitées ou en fauteuil et ayant perdu leurs facultés mentales, corporelles, locomotrices et/ou sociales et nécessitant la présence quasiment constante de professionnels. A l'inverse, les personnes en GIR 5 et 6 sont les plus autonomes et nécessitent très peu d'aide. Une fois le groupe déterminé, une aide financière versée par le Conseil Départemental est attribuée dès lors que la personne est en GIR 1 à 4. Cependant, il impose une vision comme un cumul d'incapacités qui ne prend pas en compte l'environnement de la personne ni la façon dont elle ressent ses capacités ou incapacités ni son besoin d'aide. Le Guide d'Evaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) est un guide qui évalue les besoins et l'incapacité permanente par rapport au projet de vie. Elle aborde sa situation : aides, logement, transport, scolarité, insertion professionnelle, ressources... Elle prend en compte les facteurs personnels, l'environnement et les interactions existantes. Elle met en cohérence les démarches déjà réalisées par la personne et les accompagnements dont elle bénéficie déjà.

Cet outil complet serait complémentaire à l'outil AGGIR déjà existant.

C) La perte d'autonomie

Nous parlons de « perte d'autonomie » comme une limitation ou une restriction des activités de la vie quotidienne (soins, mobilité, communication...). D'ailleurs, il est moins stigmatisant dans notre société de parler de « perte d'autonomie » que de « dépendance ».

Les notions de vieillissement expliquées et les concepts d'autonomie et dépendance abordés, il est intéressant d'évaluer le nombre de personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes en Europe et en France couplé aux politiques publiques associées.

¹¹ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997, art. 2.

1.2 Le vieillissement et les politiques publiques en Europe et en France

Les politiques publiques représentent un enjeu majeur au vu des projections démographiques annoncées. Qu'en est-il vraiment ? Quelles sont les politiques publiques mises en œuvre ou annoncées pour accompagner les personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes ? Quelle est la projection démographique envisagée pour elles ?

1.2.1 En Europe

A) La personne âgée

Le vieillissement concerne l'ensemble de la population mondiale et, selon l'Observatoire des Territoires, la population européenne connaît un vieillissement significatif (20 % de la population est âgée de 65 ans ou plus en 2019 contre 17.5 % en 2010). Dans les pays du Nord, le phénomène a débuté dans les années 1980, tandis que dans les pays de Sud, qui comptent aujourd'hui la plus forte proportion de personnes âgées d'Europe, ils ont été plus tardivement concernés. C'est dans les pays d'Europe centrale et orientale que le vieillissement a été le plus rapide ces 10 dernières années. Il est le résultat de 2 facteurs : l'augmentation de l'espérance de vie et la baisse de la fécondité. La France se situe dans la moyenne européenne avec 20 % de personnes âgées de 65 ans ou plus en 2019¹².

Les politiques publiques

La Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée affirme leurs droits : dignité, bien-être psychique et mental, liberté, sécurité ; autodétermination ; vie privée ; soins de qualité et adaptés ; informations et conseils personnalisés, expression d'un consentement éclairé ; communiquer et participer à la société et à des activités culturelles ; liberté d'expression et de pensée ; soins palliatifs. Cette charte guide les politiques de chaque pays européen¹³. Le vieillissement de la population européenne est un enjeu majeur. Chaque pays a une dynamique démographique différent et apporte ses propres réponses. Selon Blanche Le Bihan, elles sont repérables selon l'axe Nord ou Sud¹⁴.

Les pays du Nord (Danemark, Pays-Bas et Suède)

L'intervention publique est généreuse et l'aide apportée se concrétise en prestations de services même s'il est de plus en plus difficile de répondre à toutes les attentes. Une entraide entre membres d'une même famille s'opère à nouveau depuis quelques années. Au Pays-Bas, différents congés sont à la disposition des aidants en fonction de leurs besoins et le financement de la dépendance concerne un panier de services précis. La

¹² <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

¹³ https://www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter_FR.pdf.

¹⁴ <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2013-2-page-13.htm>.

Suède finance la dépendance par un impôt et les services sont attribués prioritairement aux personnes âgées les plus dépendantes et isolées socialement.

Le Danemark est l'un des pays où la prise en charge des seniors est la meilleure. Les aînés se considèrent même comme « les plus heureux du monde ». L'objectif affiché est de prévenir la perte d'autonomie et de réduire les hospitalisations et/ou retarder l'entrée en institution. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile dépendent des municipalités danoises et sont gratuits pour les personnes âgées. Un professionnel se déplace à domicile pour évaluer le degré d'autonomie et les besoins de la personne pour mettre en place les solutions adéquates. Depuis 1987, le Danemark ne construit plus de maisons de retraite et seulement 6 % des seniors y résident encore. L'Etat préfère investir dans des habitats spécifiques et adaptés¹⁵.

Les pays du Sud (Italie et Portugal)

La responsabilité familiale est plus forte dans ces pays avec une obligation alimentaire qui pèse sur la vie familiale. L'Italie finance la dépendance par un impôt et les familles peuvent utiliser cet argent librement. Il est relativement faible et ne permet pas le paiement de services professionnels. Le Portugal a développé des services pour répondre aux besoins des familles malgré une tradition familialiste.

Les pays de l'Europe continentale (Allemagne, France)

L'Allemagne et la France ont une forte tradition familialiste. Malgré tout, ils ont développé des dispositifs publics dans les années 1990 comme la création d'une prestation monétaire financée par un impôt en France pour des prestations de services précises ; par une assurance dépendance obligatoire en Allemagne permettant aux familles d'utiliser cet argent librement. Depuis 2008, l'Allemagne a développé des établissements d'accueil pour personnes âgées au sein de fermes réaménagées. Les résidents y vivent avec les animaux de la ferme et prennent part aux activités agricoles. Cela favorise le sentiment d'utilité et de bien-être au contact quotidien des animaux. Le coût est modique par rapport à un EHPAD¹⁶.

Les pays européens sont amenés à développer des accompagnements mixtes, combinant soutien public et présence familiale dans le but de limiter les dépenses publiques et réguler les aides. Des prestations monétaires se développent (dites cash of care) facilitant le quotidien des personnes âgées et de leurs proches. Elles reposent sur une responsabilisation et une autonomie des familles pour coordonner les aides nécessaires du parent âgé. La plupart de ces pays s'attache à trouver des compromis entre le domicile et

¹⁵ https://www.lexpress.fr/monde/europe/ehpad-le-danemark-ce-pays-ou-les-seniors-sont-rois_2167320.html

¹⁶ <https://www.goodplanet.info/vdj/la-retraite-au-vert-ou-la-vie-a-la-ferme-une-alternative-aux-ephad/>.

l'institution en développant des hébergements alternatifs. La maison de retraite apparaît comme le dernier recours pour des personnes très dépendantes et multi-pathologiques.

B) La personne en situation de handicap vieillissante

Environ 87 millions de personnes présentent un handicap en Europe. Il est à noter l'absence de données concernant les personnes en situation de handicap vieillissantes dû à une absence marquée de politique sociale pendant de nombreuses années.

Les politiques publiques

Les pays européens ont une politique d'accompagnement des personnes en situation de handicap différentes. En effet, les pays du Nord de l'Europe se sont mobilisés sur ce sujet d'un point de vue humain et scientifique. La Grèce les a institutionnalisées massivement tandis que l'Italie les a dé-institutionnalisées. L'Allemagne et l'Autriche ont découvert cette population tardivement, la politique nazie d'extermination systématique des personnes en situation de handicap ayant abouti à les faire quasiment tous disparaître.

1.2.2 En France

A) La personne âgée

La France compte 67.8 millions d'habitants. Selon le Ministère de la Santé et de la Prévention, les personnes âgées de 60 ans et plus sont au nombre de 15 millions, 6.5 millions ont plus de 75 ans et 1.4 million ont plus de 85 ans. L'espérance de vie est de 78.4 ans pour les hommes et de 84.8 ans pour les femmes. L'âge moyen de la perte d'autonomie est de 83 ans¹⁷. La projection démographique des personnes âgées de 75 ans et plus est :

| | 2022 | 2030 | 2050 |
|--|----------------------|--------------------------------|--|
| Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus | 6.5 millions | 8.4 millions + 29 % vs 2022 | 11.3 millions + 35 % vs 2030 |
| Considérées comme autonomes (GIR 5/6) | 4.6 millions 71 % | 6.2 millions + 35 % vs 2022 | 8.4 millions + 35 % vs 2030 |
| Considérées comme modérément dépendantes (GIR 3/4) | 1.3 millions 20 % | 1.5 millions + 15 % vs 2022 | 2 millions + 33 % vs 2030 |
| Considérées comme sévèrement dépendantes (GIR 1/2) | 0.6 millions 9 % | 0.7 millions + 17 % vs 2022 | 0.9 millions + 29 % vs 2030 ¹⁸ |

11 586 000 personnes de 60 ans et plus vivent à domicile, soit 96 % de la population concernée¹⁹. Dès 80 ans, le nombre de personnes vivant en établissement augmente.

Ces personnes ont en moyenne 86 ans contre 72 ans à domicile²⁰.

¹⁷ <https://sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>

¹⁸ https://matieres-grises.fr/nos_publication/quand-les-babyboomers-auront-85-ans-projections-pour-une-offre-dhabitat-adapte-a-lhorizon-2030-2050/.

¹⁹ <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2003-1-page-103.htm>

²⁰ DREES. Les dossiers de la DREES. *Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? N°104*. Février 2023.

La nouvelle génération de personnes âgées est celle des « babyboomers ». Ils sont nés juste après la Seconde Guerre Mondiale et auront environ 85 ans en 2030. C'est la génération qui avait 20 ans en Mai 68. Elle porte les valeurs d'autonomie et de liberté. Elle a lancé le consumérisme et est très connectée. Elle connaît bien ses droits et veut décider pour elle. Cette génération ne voudra pas vivre son grand âge comme les générations précédentes et il sera nécessaire d'imaginer de nouveaux accompagnements²¹. D'ailleurs, 80 % des français souhaitent vieillir à domicile et y rester même si leur état de santé se dégrade²². La nécessité de repenser l'accompagnement est donc très prégnante.

Les politiques publiques

Bernard Ennuyer (2007) portait un regard sur les politiques du maintien à domicile²³ tout comme Thierry Le Brun en 2018²⁴ dont nous reprendrons ici les grandes lignes.

La loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources stipule que ces personnes ayant un domicile départemental reçoivent l'assistance à domicile. Les autres, s'ils y consentent, sont placés dans un hospice public, un établissement privé ou chez des particuliers. Jusque dans les années 1950, la tendance sociétale était le recours à l'hospice. Le consentement était absent comme les droits des pensionnaires, le règlement imposé et les biens remis à l'entrée.

Le début des années 1950 voit apparaître les premiers services d'aide-ménagère.

Le rapport Laroque publié en 1962 pose la question fondamentale de la place des personnes âgées dans la société. Il rompt avec la politique d'institutionnalisation et ambitionne de répondre aux souhaits des personnes âgées de rester vivre dans la société selon leurs souhaits et excluant toute ségrégation. Les questionnements et les idées sont d'ailleurs toujours d'actualité. Cependant, une crise économique impliquant un chômage important a conduit à infléchir une politique de la vieillesse radicalement opposée.

L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) est mise en place dans le cadre de la loi n°75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

A partir de 1981, le maintien à domicile n'est plus une priorité éthique mais un moyen de gestion des populations vieillissantes parmi d'autres.

En 1985, les groupes privés ouvrent des établissements à but lucratif pratiquant des tarifs libres. Le terme « résidence » apparaît dans le même temps.

La loi n°97-60 du 24 janvier 1997 met fin à l'ACTP au profit de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Elle sera remplacée par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

²¹ Op. cit., page 10.

²² BRAMI G. (2022). *La fin des EHPAD ? Réalités ignorées ou vérités rejetées*. Paris : Vérone éditions. 245 pages.

²³ <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-153.htm>.

²⁴ LE BRUN T. (2018). *Améliorer la qualité et le bien-être en EHPAD*. Brignais, Le Coudrier. 186 pages.

dans le cadre de la loi n°2001-647 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation d'autonomie. Le montant versé est insuffisant pour permettre une aide satisfaisante à domicile : les personnes âgées sont souvent contraintes de recourir à l'hébergement collectif. En juin 2006, le ministre délégué aux personnes âgées présente le plan « Solidarité-Grand Age » et réaffirme le libre choix du domicile. Force est de constater qu'il n'existe toujours pas, faute d'insuffisance de moyens de financement. Le nombre de lits en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) a augmenté de 30 % entre 2006 et 2014²⁵.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale garantit les droits fondamentaux des usagers. Elle est d'une importance capitale car elle propose des outils pour la mise en œuvre de ces droits. La Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie (CNSA) est créée en 2004. Elle participe au financement de l'aide à l'autonomie tout en garantissant une égalité de traitement sur le territoire.

La priorité du maintien à domicile a été affirmée dans tous les plans destinés aux personnes âgées dépendantes. Nous pouvons citer : le plan « vieillissement et solidarité » en 2003, le plan « solidarité grand âge » en 2006, le « plan Alzheimer 2008-2012 » et le plan « maladies neurodégénératives 2014-2019 ». Ils démontrent l'évolution sociétale vis-à-vis du grand âge et la nécessité d'adapter la société à ces changements.

La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 dite ASV a trois dimensions : l'anticipation, l'adaptation et l'accompagnement. Son objectif principal est de prévenir la perte d'autonomie et d'adapter les conditions de vie à domicile. Elle veut rendre les personnes âgées actrices de leur parcours. Elle reconnaît le statut de proche aidant, la nécessité de les aider et le droit au répit. Elle réaffirme les droits et les libertés des personnes âgées et la transparence des prix pratiqués dans les EHPAD.

En 2019 et dans un contexte de crise en EHPAD, Dominique Libault est chargé d'organiser une concertation nationale. Son rapport comprend 175 propositions. Il y parle de soutien à l'autonomie et refuse le terme « dépendance ». Les objectifs sont d'améliorer la qualité de l'accompagnement en EHPAD comme à domicile, de prévenir la perte d'autonomie, de répondre de façon plus adaptée aux besoins des personnes âgées et la reconnaissance de la perte d'autonomie comme un risque de protection sociale. Ce rapport préconise une évolution de l'ensemble de l'offre en adéquation aux besoins des personnes âgées, de sortir du cloisonnement EHPAD et domicile en proposant des solutions alternatives et intermédiaires qui seraient mieux articulées entre elles²⁶.

²⁵ Op. cit., page 11.

²⁶ LIBAULT D. *Concertation Grand âge et autonomie*. Mars 2019.

B) La personne en situation de handicap

René Lenoir (1976) indiquait que « *les débiles profonds mouraient presque tous à l'adolescence. Ils atteignent maintenant l'âge mûr et nous aurons dans 10 ou 15 ans, de grands handicapés du troisième âge* »²⁷. En effet, la France compte 635 200 personnes en situation de handicap vieillissantes dont 267 000 sont âgées de 60 ans et plus et 140 000 ont 70 ans et plus²⁸. 94 % d'entre elles vivent à domicile. C'est un public émergeant. Ces personnes sont accueillies dans des structures qui répondait jusque-là à leurs besoins. Cependant, les unités leur étant dédiées à partir de 60 ans sont insuffisantes.

a) *Les politiques publiques*

Jusqu'au XIVème siècle, les « *infirmes* » étaient accompagnés de façon charitable puis ils ont été enfermés car ils faisaient peur. La notion d'assistanat apparaît à la Révolution et après la Première Guerre Mondiale avec la création de barèmes permettant d'évaluer le montant des pensions d'invalidité. En 1975, deux lois sont adoptées :

- La loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées définit leurs droits fondamentaux : travail, garantie minimum de ressources, intégration sociale et scolaire. Des commissions départementales sont créées. Le bilan est décevant concernant, notamment l'accès aux aides techniques et humaines.
- La loi relative aux institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975 précise les missions, le fonctionnement et les financements de ces institutions.

Les années 1975-2005 voient la publication de plusieurs textes législatifs favorisant l'intégration des personnes en situation de handicap.

La loi du 2 janvier 2002 portant sur les droits des malades et la qualité du système de santé aura des répercussions positives sur la vie des personnes en situation de handicap au quotidien grâce aux « *outils* » mis en place.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées favorise la non-discrimination, compense le handicap, facilite l'accès aux droits et à la vie sociale et leur garantit le libre choix de leur projet de vie. Elle crée la prestation de compensation du handicap et les besoins de la personne sont évalués au sein des Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées (MDPH). L'Organisation des Nations Unies (ONU) adopte en 2006 la Convention Internationale Relative aux Droits des Personnes Handicapées qui oblige le respect des droits de l'homme pour les personnes en situation de handicap.

Le rapport Piveteau publié en 2014 « *Zéro sans solutions* » émet des recommandations concourant à organiser un parcours de vie sans rupture. Elle donnera lieu à la démarche

²⁷ Op. cit., page 4.

²⁸ Op. cit., page 4.

« une réponse accompagnée pour tous » (RAPT) par la circulaire DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes.

Le projet SERAFIN-PH²⁹ permet d'allouer des ressources aux Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux ESMS accompagnant des personnes en situation de handicap dans une logique d'équité et de souplesse.

Aujourd'hui, le cadre législatif est bien fourni mais les mentalités doivent évoluer. Le regard de la société et l'intégration de ces personnes ne sont pas encore à la hauteur des enjeux et les ESMS doivent être force d'innovation³⁰.

Début 2020, le monde entier vivait une crise sanitaire entraînant plusieurs confinements. Cette période a eu des répercussions non négligeables : beaucoup de professionnels ont préféré changer de métier et il est encore difficile de recruter. Les personnes accueillies ont perdu leurs repères, ne voyaient plus leurs proches et certains se sont laissés mourir. L'image des ESMS a été encore plus entachée et peu de personnes souhaitent y entrer encore aujourd'hui. Cette crise a exacerbé le pouvoir d'agir et l'autodétermination.

En mars 2022, Dominique Libault a remis le rapport « Vers un service public territorial de l'autonomie ». Il a l'ambition de garantir un parcours simplifié et des services de meilleure qualité pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap. Il préconise un rapprochement territorialisé des différents acteurs de l'autonomie. La coordination serait renforcée dans le but d'assurer une continuité de l'accompagnement. Son rapport comprend 21 propositions dont la création d'un guichet unique pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les aidants et les professionnels de santé et un « bouquet de services » plus large et évolutif³¹.

Dans ce sens, une proposition de loi visant à garantir le droit à vieillir dans la dignité et à préparer la société au vieillissement de sa population est actuellement à l'étude à l'Assemblée Nationale. Elle s'appuie sur de nombreux rapports et travaux. Des mesures sont annoncées comme la création d'un service public territorial de l'autonomie, un maintien à domicile renforcé, une prévention accrue dès 75 ans, un programme d'investissement pour des habitats inclusifs et une aide auprès des aides à domicile³².

Après une étude globale de l'accompagnement en Europe et en France, la présentation de la situation dans la Région et le Département puis sur Mauges Communauté va permettre de poser des axes de travail et de réponses en prévention des besoins identifiés.

²⁹ SERAPHIN-PH : Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des Financements aux parcours des Personnes Handicapées

³⁰ <https://www.cairn.info/revue-empan-2016-4-page-19.htm>.

³¹ LIBAULT D. *Vers un service public territorial de l'autonomie*. 17 mars 2022.

³² https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b1061_proposition-loi.

1.2.3 En Pays de la Loire

A) La personne âgée

Au 1^{er} janvier 2019 et selon l’Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), 3.8 millions de personnes vivent dans la région des Pays de la Loire, soit 5.8 % de la population française.

Le dernier Projet Régional de Santé (PRS) concerne 2018-2022. Les données démographiques citées sont celles-ci : en 2012, la région compte 340 000 personnes âgées de 75 ans et plus, soit 9.5 % des ligériens. La projection fait état de 130 000 personnes supplémentaires chaque année à partir de 2027. En 2030, l’augmentation des personnes âgées dépendantes seraient de 33 000 personnes. Ce qui impliquerait une augmentation des besoins d’accompagnement aussi bien sanitaire que médico-social.

75 % des personnes âgées de 80 ans et plus vivent à domicile. La région connaît une plus forte proportion de personnes âgées dépendantes accompagnées en établissement que la moyenne nationale. Pourtant, 14 % des personnes en GIR 5/6 sont accueillies en EHPAD³³. Elles accompagnent généralement leur conjoint dépendant ou ne souhaitent plus rester seules chez elles et n’ont pas trouvé d’autres habitats adaptés pour elles.

a) *Le Projet Régional de Santé 2017-2022*

Il est construit sous l’égide de l’Etat. Les principaux objectifs sont de :

- Poursuivre la diversification et la gradation de l’offre en faveur prioritairement du domicile (en ayant accès à une palette de solutions diversifiées) : Renforcer l’offre de services en Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), construire des partenariats avec les collectivités locales, poursuivre le déploiement des Equipes d’Appui en Adaptation Réadaptation (EAAR), développer des Services Polyvalents d’Aide et de Soins A Domicile (SPASAD), restructurer l’hébergement temporaire et mieux faire connaître l’accueil de jour, favoriser le développement de places dédiées à l’accueil de nuit ou en urgence ;
- Partager une stratégie médico-sociale coordonnée avec les départements : Analyse territorialisée de l’offre, déploiement de ViaTrajectoire Personnes Agées (PA), politique d’aide à l’investissement, développement coordonné en faveur du domicile… ;
- Soutenir les aidants : Organiser l’information, soutenir et former, renforcer le maillage des plateformes de répit, redéployer les offres de répit, améliorer la qualité de vie des aidants par des actions de prévention, réinterroger leurs besoins et lever les freins ;
- Rendre plus concrète pour les acteurs la dynamique de parcours : S’assurer du consentement préalable de la personne et l’impliquer systématiquement dans l’expression et l’évaluation de ses besoins ;

³³ <https://www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/media/34510/download?inline>.

- Construire l'EHPAD de demain : Faire émerger des expérimentations pour proposer des offres d'accompagnements graduées et diversifiées et positionner l'EHPAD comme acteur ressource sur son territoire, accompagner les professionnels dans l'accompagnement des publics spécifiques... ;
- Soutenir l'innovation : Habitats entre l'EHPAD et le domicile, réflexion autour de nouveaux modes d'accueil à domicile ou en répit et avoir une veille sur les nouvelles technologies³⁴.

L'ARS des Pays de la Loire a lancé en juin 2023 un appel à projet pour l'installation d'un Centre de Ressources Territorial (CRT) dans le département. Le premier est sur Saumur.

B) La personne en situation de handicap vieillissante

Il n'existe pas de données précises concernant le nombre de personnes en situation de handicap vieillissantes pour la région. La seule donnée disponible est 6 729 personnes ayant 45 ans et plus et étant accueillies dans un ESMS, soit 38 % de l'ensemble des personnes accueillies. Elles se situent principalement en Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) ou en Foyer de Vie (FDV). 400 personnes de moins de 60 ans sont en EHPAD, soit 1 % de l'ensemble des personnes accueillies³⁵. Cela reste à la marge. Il est à noter que certaines Résidences Autonomie accueillent d'anciens travailleurs d'ESAT afin d'éviter une entrée en EHPAD dès 60-65 ans. Une Maison d'Accueil Familial située en Vendée accueille le parent âgé et son enfant adulte en situation de handicap sans les séparer. Les professionnels accompagnent l'un et l'autre dans leur vieillissement et assurent au dernier survivant la possibilité de rester vivre dans l'établissement³⁶.

a) *Le Projet Régional de Santé des Pays de la Loire 2017-2022*

Il priorise un vieillissement de ces personnes dans leur milieu ordinaire de vie et veut construire des réponses diversifiées et modulables répondant aux besoins des personnes dans une logique de parcours. Elles sont présentées en Annexe II. La Région met en œuvre des actions en faveur des personnes en situation de handicap vieillissantes :

- Communiquer et partager sur les enjeux liés au vieillissement ;
- Garantir aux personnes en situation de handicap vieillissantes des parcours de vie fluides en favorisant les coopérations entre les acteurs des deux secteurs ;
- Mieux repérer et évaluer les besoins d'accompagnement médico-social de ce public ;
- Accompagner l'adaptation des projets d'établissements et des projets de vie ;

³⁴ Ibidem, page 15.

³⁵ ARS Pays de la Loire, Loire-Atlantique, Département de Maine et Loire Anjou, La Mayenne Le département, Sarthe Le Département, Vendée Le Département. *Plan d'action régional, L'accompagnement médico-social des personnes handicapées vieillissantes*.

³⁶ <https://handiespoir.fr/nos-lieux-d-accueil-et-d-accompagnement/la-maison-daccueil-familial-le-boistissandeau>.

- Adapter l'offre médico-sociale dans un objectif de maintien en milieu ordinaire ;
- Adapter l'offre médico-sociale institutionnelle à l'accueil de ce public³⁷.

1.2.4 En Maine et Loire

A) La personne âgée

Selon l'INSEE, et en 2020, le département comptait 820 713 habitants dont 134 375 de 60 ans et plus et 79 765 de 75 ans et plus. Cela représente un quart des habitants du département. En 2050, un tiers de la population départementale aura plus de 65 ans. L'enjeu est la mise en place d'un accompagnement adapté avec des moyens conséquents.

B) La personne en situation de handicap vieillissante

40 000 personnes en situation de handicap vieillissantes vivent en Maine et Loire. Les septuagénaires sont 10 fois moins nombreux que les quinquagénaires³⁸. Cela s'explique par une évolution de la pyramide des âges et une augmentation de l'espérance de vie pour ces personnes. Leur nombre va considérablement augmenter dans les prochaines années.

Le Schéma Départemental de l'Autonomie

Le Schéma Départemental de l'Autonomie du Maine et Loire 2023-2027 a été présenté en avril 2023 et sa parution officielle ne saurait tarder. Il concerne autant la personne âgée que la personne en situation de handicap. Le Département a présenté ses 6 axes stratégiques :

- Promouvoir l'attractivité et changer l'image des métiers de l'aide et de l'accompagnement ;
- Faciliter l'accès à l'information et aux droits en rendant lisible et compréhensible l'information délivrée ;
- Simplifier la gouvernance et améliorer la coordination et la lisibilité du secteur en renforçant le Département dans son rôle d'interlocuteur et d'intervenant ;
- Renforcer la prévention et le maintien des capacités des personnes pour favoriser leur autonomie, offrir des solutions de répit aux aidants et lutter contre l'isolement. Le département souhaite créer 120 nouvelles places d'accueil ;
- Transformer l'offre d'accompagnement, notamment sur le logement (l'adapter pour le maintien à domicile), le passage à la vie en établissement ou le choix de nouveaux types d'habitats intermédiaires. D'ici 2028, le département souhaite soutenir 100 nouveaux projets d'habitat inclusif et partagé en renforçant les moyens financiers³⁹ ;

³⁷ Op. cit., page 16.

³⁸ <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/departement-de-maine-et-loire-enquete-relative-laccompagnement-et-la-prise-en-charge>.

³⁹ Anjou, le mag de votre département. #1. Janvier/Février 2023.

- Participer à une société plus inclusive en plaçant les personnes âgées et les personnes en situation de handicap dans les politiques publiques départementales, notamment pour le sport et la culture⁴⁰.

Le département a pris la mesure des enjeux pour les prochaines années, autant sur l'importance de valoriser les professionnels travaillant auprès d'un public vulnérable que de prendre en compte les besoins de ce public. Dans ce sens, il a ouvert 2 appels à candidatures : l'un pour la création d'habitats inclusifs avec une aide à la vie partagée, l'autre pour la transformation et le développement de l'offre en faveur des personnes en situation de handicap (les notifications sont en novembre 2023).

1.2.5 Mauges Communauté

A) La personne âgée

Selon les données de l'INSEE datant de 2020, Mauges Communauté compte 120 454 habitants. Les 60 ans et plus sont 29 291, soit 24.3 % de la population totale. Les habitants ayant 75 ans et plus sont 11 363. Il est observé une croissance quasiment nulle sur ce territoire : la population ne se renouvelle pas.

B) La personne en situation de handicap vieillissante

Il est à noter l'absence de données chiffrées concernant les personnes en situation de handicap vieillissantes. Ce public émergeant n'est pas encore pris en compte dans les données recueillies.

Le Contrat Local de Santé de Mauges Communauté

Il s'articule avec le PRS de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et avec la politique menée par les collectivités territoriales. L'un des objectifs du Contrat Local de Santé (CLS) 2017-2021 est de travailler sur une offre de service innovante et des dispositifs intégrés dans une logique de parcours. Il est en cours de réécriture et sera diffusé prochainement. Ses trois axes stratégiques sont :

- Prévention, promotion de la santé et environnement,
- Accès aux soins, offre de santé et projet de santé du territoire,
- Parcours (personnes âgées, personnes en situation de handicap, publics spécifiques),
 - La fiche action affine la notion de parcours :
 - Evaluer les besoins de répit des personnes âgées et des aidants,
 - Identifier des opportunités de transformation de l'offre permettant l'émergence de nouvelles offres en adéquation avec les besoins du territoire,

⁴⁰ <https://www.maine-et-loire.fr/aides-et-services/professionnels/guides-plans-et-schemas/autonomie>.

- Encourager l'émergence d'initiatives de type mutualisation d'un véhicule adapté, transport adapté, transports et visiteurs solidaires.⁴¹

1.2.6 Analyses des Besoins Sociaux : Beaupréau en Mauges et Montrevault sur Evre

A) Beaupréau en Mauges

L'Analyse des Besoins Sociaux a été réalisée sur la période 2012-2017⁴². En 2017, la commune comptait 23 228 habitants, soit une hausse de 3.8 % depuis 2012.

Les personnes de 60 ans et plus étaient 5 663, soit une évolution de 10 % et les personnes seules et isolées étaient 3 802, soit une évolution de 13 % sur la période citée. L'augmentation est significative. L'indice de vieillissement⁴³ était de 67.4 en 2017. Il était inférieur à la moyenne départementale (73.5). La proportion d'aidants (entre 55 et 64 ans) était 3.5 fois plus importante que celle des aidés (85 ans et plus).

Cette population n'est pas à négliger car elle pourrait devenir aidée dans les années à venir. Cette étude met en lumière le manque d'anticipation pour l'adaptation du logement dans le cadre de la perte d'autonomie tout comme les difficultés de recrutement pour le développement de l'offre de soins ou d'aides à domicile. Cela constituerait un risque pour le maintien à domicile des plus âgés.

B) Montrevault sur Evre

L'Analyse des Besoins Sociaux a été réalisée sur la période 2011-2016⁴⁴. En 2017, la commune comptait 15 859 habitants, soit une hausse de 0.6 % depuis 2011. Depuis, le nombre d'habitants diminuent chaque année.

Les personnes de 65 ans et plus étaient 2 852 en 2016, soit une évolution de 7 % sur la période citée. Les personnes isolées et seules étaient moins nombreuses (48.5 % en 2016 contre 50.9 % en 2011). L'indice de vieillissement étaient de 65.3 en 2016. La proportion d'aidants était 4.1 fois plus importante que celle des aidés. Cette population n'est pas à négliger car son nombre va augmenter dans les prochaines années.

Cette étude laisse apparaître pour cette population des difficultés financières importantes et une certaine pauvreté entraînant une absence d'adaptation du logement et d'utilisation des services de maintien à domicile. Une partie de ces personnes âgées est résignée et renonce aux soins ou aux activités. Elle est peu habituée à demander de l'aide.

⁴¹ ARS Pays de la Loire, Mauges Communauté. Contrat Local de Santé (CLS) de Mauges Communauté 2017-2021.

⁴² Beaupréau en Mauges, CADDEP. *Analyse des Besoins Sociaux, Commune de Beaupréau en Mauges*, Mars 2022.

⁴³ Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans.

⁴⁴ Montrevault sur Evre, CADDEP. *Analyse des Besoins Sociaux, Commune de Beaupréau en Mauges*, Mars 2020.

Après avoir pris connaissance de l'augmentation significative de ces publics dans les prochaines années et la manière dont les ESMS se sont adaptés et ont modifié leurs offres pour répondre aux besoins de la population, la partie suivante s'attache à recenser les différents dispositifs d'accompagnements, qu'ils soient à domicile ou en établissement.

1.3 L'accompagnement des personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes dans leur perte d'autonomie sur le territoire

En France, il existe de nombreux dispositifs pour accompagner les personnes âgées ou en situation de handicap comme le maintien à domicile, l'habitat intermédiaire ou l'EHPAD. En voici une présentation succincte.

1.3.1 Les dispositifs de maintien à domicile

Le décret du 25 juin 2004 précise les missions des SSIAD, des SAAD et des SPASAD, repris ci-après⁴⁵.

A) Le SSIAD

Le SSIAD « assure, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes mais aussi des personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques invalidantes, les soins infirmiers et d'hygiène générale, les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ». Son rôle est de prévenir la perte d'autonomie, d'éviter l'hospitalisation, de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation et de retarder une entrée en établissement.

B) Le SAAD

Il assure au domicile des personnes des prestations de services ménagers (l'entretien du logement et la préparation des repas) et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie (aide pour la toilette, l'habillage, le déshabillage et les courses).

Le SPASAD est un service assurant à la fois les missions d'un SSIAD et celles d'un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD).

Il est à noter que les SSIAD et les SAAD travaillent bien souvent en silo, ce qui complexifie le maintien à domicile. Pour y remédier, les SSIAD, SAAD et SPASAD seront regroupés sous une catégorie unique de services nommée Services Autonomie à Domicile (SAD). Le décret est paru le 13 juillet 2023.

⁴⁵ Décret n°2004-613 du 25 juin 2004.

C) Le relayage

Il est inspiré de l'expérience du baluchonnage au Québec. C'est une forme de répit pour les aidants qui consiste en une intervention d'au minimum 2 jours et 1 nuit par un professionnel au domicile de la personne âgée et/ou en situation de handicap vieillissante.

Malgré ces services, Bernard Ennuyer (2006) évoquait des freins au maintien à domicile⁴⁶. Une absence de couverture des services sur les territoires, des aides financières souvent insuffisantes pour garantir un accompagnement optimal à domicile, le coût d'un professionnel présent la nuit et la présence quasiment indispensable des aidants sont les limites les plus fréquentes.

1.3.2 Des habitats entre le domicile et l'établissement

A) La Résidence Autonomie/Résidence Services Seniors

Il est nécessaire de faire la distinction entre les Résidences Autonomie et les Résidences Services Seniors. Les premières sont gérées par des organismes publics ou associatifs et sont considérées comme des ESMS. Les secondes sont gérées par des organismes privés à but lucratif qui délivrent des prestations et ne sont pas considérées comme des ESMS. Elles accueillent des personnes ayant encore une certaine autonomie (en GIR 4 maximum) recherchant une sécurité. Chacun bénéficie d'un logement et de salles communes permettant une vie sociale avec les autres occupants.

En 2019, les Résidences Autonomie étaient plus nombreuses qu'en 2015 et le nombre de places a augmenté de 7 % entre ces deux dates (soit 7 660 places supplémentaires pour un total de 113 140 places). Il est à noter la baisse du taux d'occupation sur cette même période (de 93 % fin 2019, à 87 % fin 2015). En cause, des tarifs variant d'un territoire à un autre et élevés pour la plupart des retraités⁴⁷. Ainsi, cet habitat concerne essentiellement les personnes les plus aisées. Les trois quarts des résidents sont classés en GIR 5 et 6.

B) L'habitat inclusif/partagé

L'habitat inclusif permet à des personnes âgées et/ou en situation de handicap de vivre dans des logements privatifs tout en bénéficiant d'espaces communs pour partager des moments de convivialité ensemble. Un projet de vie sociale est écrit conjointement entre les habitants. Chaque habitat héberge généralement entre 5 et 10 habitants. Chacun peut bénéficier des aides extérieures selon ses besoins.

⁴⁶ Op. cit., page 6.

⁴⁷ Op. cit., page 6.

C) L'habitat intergénérationnel/participatif

C'est un ensemble de logements individuels permettant l'accueil de différentes générations comme des personnes âgées, des familles, des étudiants ou des personnes en situation de handicap. Cet habitat est souvent géré par des bailleurs sociaux. Les valeurs portées sont la lutte contre l'isolement et la solidarité entre générations.

D) L'accueil familial

C'est un dispositif permettant à une personne âgée et/ou en situation de handicap d'être accueillie au domicile d'un accueillant familial. C'est une alternative à l'institution. Un agrément est délivré par le Conseil Départemental et la prestation est rémunérée. Selon le contrat signé, l'accueil peut être permanent ou temporaire, à temps complet ou partiel.

E) L'accueil temporaire

Il s'adresse à toute personne en situation de handicap ou personne âgée. C'est une forme de soutien à domicile, un accueil organisé pour une durée limitée et/ou sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement. Il est limité à 90 jours par an. Il comprend l'hébergement temporaire, l'accueil de jour ou de nuit et est généralement adossé à une institution. Son objectif est de développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne. Il est considéré comme un relais dans la vie de la personne et de son aidant et est très bénéfique en ce sens. Il a plusieurs missions :

- Une aide aux aidants : avoir un temps de répit pour prévenir l'épuisement et avoir un soutien de professionnels ou de pairs.
- Un bilan de la personne aidée : médical et des capacités restantes de la personne pour mettre en place les aides humaines et matérielles nécessaires au retour à domicile. En ce sens, une coordination entre tous les acteurs du territoire est indispensable.
- Une préparation à la vie en institution : se familiariser avec les professionnels, les autres résidents, les locaux et l'organisation de l'institution et permettre un cheminement vers une entrée dans l'institution.

L'accueil temporaire connaît aussi des freins à son fonctionnement. La charge de travail est plus importante pour les équipes qu'un accompagnement permanent. Le turnover des personnes accueillies occasionne plus d'admissions, d'accompagnements personnalisés et de sorties et peut épuiser les professionnels. Cela peut les motiver à accompagner la personne à rester le plus longtemps possible à son domicile. Le taux d'occupation est plus faible qu'un hébergement permanent. Cette donnée est à prendre en compte pour ne pas trop fragiliser l'institution par des recettes amoindries sur les produits de la tarification. Enfin, le reste à charge pour la personne accueillie n'est pas négligeable et freine les demandes. Malgré la possibilité de transférer l'APA, d'obtenir une aide pour le droit au répit dans le cadre de la loi ASV par le département et une autre aide en cas d'hospitalisation du proche

aidant, le reste à charge peut rester trop élevé pour les familles. Une diminution ou une annulation de celui-ci permettrait d'avoir davantage de demandes, un taux d'occupation plus élevé et des retours à domicile plus importants.

Ces modes d'habitats alternatifs trouvent leurs limites une fois que la personne devient vraiment dépendante. Il existe encore aujourd'hui peu d'informations sur ces dispositifs. Ils sont gérés par plusieurs acteurs. Cependant, il serait pertinent de centraliser l'information pour faciliter la recherche pour l'aidant et la famille.

1.3.3 Les EHPAD

Les EHPAD sont des établissements sociaux et médico-sociaux médicalisés où sont hébergées des personnes âgées dépendantes d'au moins 60 ans. Une dérogation est possible pour une personne ayant moins de 60 ans. Elle doit avoir besoin d'aide et de soins pour les actes de la vie quotidienne. Les services proposés sont l'hébergement, le soin, la restauration et l'animation.

A) Les lois les régissant

Avant d'être des EHPAD, ces établissements ont connu une longue histoire. Tout d'abord des « hospices », ils deviendront des « maisons de retraite » en 1975 et relèveront du secteur médico-social. Au même moment, le terme de « personnes âgées dépendantes » apparaît avec une aide financière créée pour agir sur la dépendance. La connotation reste négative et l'image de mouroir y est associée.

Les maisons de retraite deviennent des EHPAD en 2002 dans le cadre de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. C'est une avancée majeure pour les établissements. L'usager est garanti par 7 droits fondamentaux :

- Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité,
- Le libre choix entre le domicile ou l'établissement,
- L'accompagnement individualisé de qualité et respectant le consentement,
- La confidentialité des données,
- L'accès à l'information,
- L'information sur les droits fondamentaux et les voies de recours,
- La participation directe au projet d'accompagnement.

Elle est d'une importance capitale pour les EHPAD car elle propose la création d'outils permettant la mise en œuvre de ces droits fondamentaux : livret d'accueil, charte des droits et libertés de la personne accueillie⁴⁸, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, personne qualifiée, conseil de la vie sociale et projet d'établissement ou de service.

⁴⁸ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charter_2007_affiche-2.pdf.

La loi prévoit aussi les évaluations internes et externes qui prennent appui sur des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; ceci dans un objectif de garantir la bientraitance. Elle mettra également en place les projets d'accompagnements personnalisés⁴⁹. Encore aujourd'hui, elle reste une référence pour le secteur social et médico-social.

La loi ASV n°2015-1776 du 28 décembre 2015 va réaffirmer les droits et libertés des personnes âgées en leur permettant de donner leur consentement lors de l'entrée en EHPAD, d'être informées sur leurs droits et de désigner une personne de confiance. La loi renforce la liberté d'aller et venir et met en place un délai de rétraction de 15 jours suivant la signature du contrat de séjour. Elle fixe également un socle de prestations minimales relatives à l'hébergement et à inscrire dans le contrat de séjour. Les tarifs et la capacité d'hébergement doivent être transmis à la CNSA⁵⁰.

B) Le financement

Dans le cadre de la loi ASV, les EHPAD signent un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conjointement avec l'ARS et le Conseil Départemental tous les 5 ans. L'établissement signataire a un pilotage financier à long terme mais une convergence tarifaire peut impacter l'établissement négativement s'il est sur-doté et positivement s'il est sous-doté. Ainsi, chaque établissement doit déterminer et ajuster ses dépenses à ses recettes. Un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) est réalisé chaque année tenant compte des recettes prévues. En effet, les ressources de l'établissement proviennent de la tarification de trois prestations correspondant à la prise en charge des résidents et citées dans l'article R314-158 du CASF :

- Le tarif « hébergement » : il intègre une prestation socle comprenant l'administration générale, l'hôtellerie, la restauration, la blanchisserie et l'animation. Le tarif est identique à tous les résidents et est fixé par le Président du Conseil Départemental.
- Le tarif « dépendance » : il correspond aux besoins humains et matériels nécessaires à l'accompagnement de la personne dans sa perte d'autonomie. Il est versé par le département du dernier domicile du résident. Le département où est implanté l'établissement bénéficie d'une dotation globale versée en douzième. Le tarif dépend du GIR du résident.
- Le tarif « soins » : il implique toutes les prestations médicales et paramédicales. Il est versé par l'Assurance Maladie suite à la décision du montant du forfait alloué par l'ARS. Le tarif est fixé selon, le GIR Moyen Pondéré (GMP) et le Pathos Moyen Pondéré (PMP) enregistrés dans l'établissement. Le GMP est le résultat de tous les GIR des

⁴⁹ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

⁵⁰ Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

résidents et reflète la perte d'autonomie tandis que le PMP évalue les besoins en soins des résidents. Depuis la crise sanitaire, sont intégrées dans le forfait soins des mesures nouvelles correspondant au financement des primes Sécur, Grand Age, attractivité...

C) Des professionnels qualifiés et diversifiés

Le taux d'encadrement moyen en EHPAD en France est de 62 Equivalent Temps Plein (ETP) pour 100 résidents. Concernant les actes de soins spécifiques et de la vie quotidienne, des infirmiers et des aides-soignants sont présents. Des assistants de soins en gérontologie peuvent être recrutés et accompagnent plus spécifiquement les personnes âgées désorientées. Des psychologues proposent des temps d'accompagnements individuels et parfois collectifs. Certains établissements emploient des kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens. Sinon, la prestation est assurée en libéral. Des cuisiniers préparent des repas variés et adaptés. Des agents de service hôteliers s'occupent du nettoyage des chambres et des espaces communs, le service des repas et la blanchisserie. Les travaux de bricolage et de maintenance sont assurés par des agents qualifiés. Enfin, l'animation est proposée par des animateurs. Des éducateurs spécialisés commencent à être recrutés sur ces postes. La direction est gestionnaire de l'établissement accompagnée d'une équipe de direction et d'un service administratif.

D) Le public accueilli

4 % des personnes de 60 ans et plus vivent en EHPAD. Parmi elles, 9.2 % ont 75 ans et plus et 3 % ont 90 ans et plus. La proportion de femmes est plus importante que celle des hommes. La moyenne d'âge en EHPAD est de 86 ans⁵¹. 85.1 % des personnes accueillies sont dépendantes (GIR 1 à 4) dont 54 % sont très dépendantes (GIR 1 et 2). La proportion de résidents ayant besoin d'une aide et ayant des troubles divers est importante :

| Toilette | Habillement | Alimentation | Maladie neurodégénérative | Troubles de la cohérence | Troubles de l'orientation |
|----------|-------------|--------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 98 % | 93 % | 77 % | 35 %* | 87 % | 84 % |

* 14 % sont accueillis en unités dédiées : le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

43 % des personnes âgées de moins de 70 ans sont très dépendantes et 93 % ont des troubles de la cohérence.

La durée moyenne d'un séjour est de deux ans et sept mois. La moitié des nouveaux entrants arrivent de leur domicile ou de celui d'un proche. Les autres viennent d'un établissement de santé ou d'un autre établissement d'hébergement. L'âge moyen d'entrée est de 85 ans.

⁵¹ Op. cit., page 10.

Un quart de la capacité d'accueil d'un établissement est renouvelé chaque année. Les décès concernent les deux tiers des sorties dont un tiers des personnes sont entrées et sorties la même année. La moyenne d'âge du décès est de 89 ans⁵².

Gérard Brami (2022) évoquait les freins à une entrée en institution⁵³ : le souhait pour 80 % des Français de rester vivre à leur domicile en développant des aides professionnelles autour d'eux et le concours du proche aidant ; la représentation de ces établissements, les médias relayant les mauvais traitements et les faits divers ; le coût financier pouvant être très élevé pour certaines personnes avec des pensions de retraite moindres. Elles ne souhaitent pas bénéficier de l'aide sociale, de crainte d'un recours sur la succession, ne laissant rien aux enfants. L'entrée en institution est source de peur : celle de mourir, d'être dépendant et de quitter son environnement de vie sécurisant.

Les principales causes d'entrée en EHPAD restent la perte d'autonomie, un logement non adapté ne permettant plus de rester à domicile et la crainte de l'avenir. Souvent, l'entrée se fait sans anticipation ni choix personnel occasionnant des tensions au sein de la cellule familiale. La culpabilité des familles est palpable car elles ne respectent pas le souhait de leur proche et ont des inquiétudes quant à la vie au sein de l'établissement.

E) Les EHPAD en France, en Pays de la Loire et en Maine et Loire

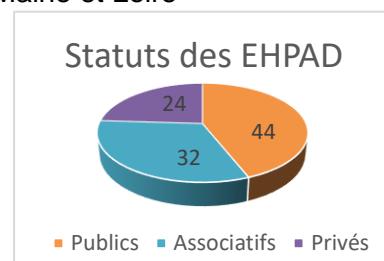
La France compte 7 333 EHPAD, majoritairement publics.

La capacité moyenne est de 81 places, le GMP moyen est de 714 et le PMP moyen de 198⁵⁴.

En 2014, la région Pays de la Loire comptabilisait 47 000 places d'EHPAD dont 1 500 places en hébergement temporaire ou en accueil de jour. Le taux d'équipement total est de 161 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, soit 34 places de plus que la moyenne nationale.

En Maine et Loire, il existe 208 maisons de retraite dont 130 EHPAD pour une capacité d'accueil de 13 882 places. Son taux d'équipement est supérieur à la moyenne nationale. Il existe une disparité de l'offre entre les territoires qui tend à se résorber par le transfert de places d'EHPAD sur les territoires défavorisés, notamment le Saumurois.

Quelques établissements en France accueillent les personnes en situation de handicap vieillissantes au sein des EHPAD. Le Maine et Loire a créé 152 places d'Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes (UPHV) et Unité pour Personnes Handicapées Agées (UPHA) et l'accueil familial sur son territoire⁵⁵.



⁵² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>.

⁵³ Op. cit., page 11.

⁵⁴ <https://www.conseildependance.fr/ehpadquelle-est-loffre-en-2023-en-france/>.

⁵⁵ Op. cit., page 16.

1.3.4 L'enquête de besoins auprès d'habitants du territoire

Consciente des éléments précédents et souhaitant en connaître davantage sur les raisons qui motivent les personnes âgées à rester à leur domicile, une enquête de besoins a été réalisée auprès d'un échantillon de personnes vivant sur Mauges Communauté.

Le Pôle Santé des Mauges, les SSIAD de Beaupréau et La Chapelle Saint-Florent ont été sollicités pour l'orientation vers certains de leurs bénéficiaires en capacité de répondre aux questions. L'objectif étant d'alimenter la réflexion sur la vieillesse et d'envisager comment mieux les accompagner. 10 personnes âgées accompagnées ou non d'un proche aidant ont répondu à l'enquête, dont les résultats sont présentés en Annexe III.

Les conversations étaient ouvertes à l'échange, permettant ainsi une liberté d'expression.

Les résultats montrent des profils différents. 5 hommes et 5 femmes ont été interrogés. Chacun a un proche aidant, majoritairement le conjoint.

Pour 7 d'entre eux, leur logement est adapté. Certains ont effectué les travaux correspondant à leur perte d'autonomie et d'autres ont acheté une maison directement adaptée à leurs besoins. Comme évoqué plus haut, le domicile est plébiscité et certains ne se projettent pas dans un habitat alternatif. L'EHPAD est pour tous le dernier choix de lieu de vie une fois la dépendance installée. 5 personnes seulement sont inscrites pour une entrée en EHPAD dont 4 d'entre eux en inscription de précaution.

De fait, l'image de l'EHPAD pour les personnes interrogées est très négative : entre peur, fin de vie, perte de personnalité et privation de liberté, coût financier important... Ainsi, les prestations qui pourraient être proposées par un EHPAD vers un public à domicile rencontrent peu de succès. Il est à noter que 2 aidants demandent davantage de répit et 4 d'entre eux souhaitent un soutien et une écoute. 5 personnes augmenteront les aides si nécessaires pour rester à leur domicile. Enfin, à l'unanimité, chacun souhaite vivre sa vieillesse à son domicile, en bonne santé et en restant maître de ses décisions.

Il est indéniable que la population âgée va augmenter dans les années à venir. D'une part, elle veut rester à son domicile et d'autre part, les places en EHPAD n'augmenteront pas. Alors, comment répondre aux demandes des personnes âgées en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap vieillissantes en respectant leur pouvoir d'agir, leur libre choix et en complémentarité des offres et des partenaires existants ?

La partie suivante va permettre de présenter le Pôle Santé des Mauges, d'en dégager un diagnostic prenant en compte ses forces et ses faiblesses et son ancrage sur le territoire. Ce diagnostic donnera des pistes d'actions pour répondre à cette question de départ.

2 Le Pôle Santé des Mauges

Le Pôle Santé des Mauges (PSM) accompagne des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. La négociation du CPOM cette année à amener la direction à envisager des solutions innovantes pour répondre aux besoins et aux demandes des habitants du territoire.

2.1 La photographie de l'établissement

Le PSM est issu de la fusion des Etablissements Saint-Martin (ESM) et du Village Santé Saint-Joseph (VSSJ) en 2020. Ils sont distants de 13 kilomètres et sont implantés sur Mauges Communauté, respectivement Beaupréau en Mauges et Montrevault sur Evre. Ces communes rurales sont faites de vallées, de bocages et de vignobles. Les établissements sont à proximité des commerces du centre-bourg et de grands parcs qui permettent aux résidents d'être autonomes pour les promenades et les petites courses.

Les deux sites sont gérés par la Fondation d'Action Sanitaire et Sociale d'Inspiration Chrétienne (FASSIC) depuis 2019. Le statut juridique est privé associatif.

2.1.1 Son histoire

A) Les Etablissements Saint-Martin

Les ESM ont été créés en 1846 par le curé de la paroisse avec l'aide d'une communauté locale. Les religieuses hospitalières assuraient l'activité et son objectif était de « *prendre en charge les pauvres, les infirmes, les malades et tous ceux dans l'impossibilité physique de subvenir à leurs besoins* ». En 1904, la communauté locale était affiliée à l'Institut des « Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph ». En 1990, l'Association « Sainte-Famille » a été créée et un premier directeur laïc nommé. Les Religieuses sont restées gestionnaires mais ont délégué progressivement les responsabilités dans l'objectif de transmettre à plus ou moins long terme l'établissement à une structure non-lucrative porteuse et garante de leurs valeurs. L'Association prend la gestion complète des ESM en 2012⁵⁶.

B) Le Village Santé Saint-Joseph

En 1872, une Sœur a ouvert sa maison aux indigents, aux vieillards, aux infirmes et aux orphelines pauvres. Elle a fondé en 1875 une communauté religieuse et l'Hospice a ouvert en 1880. En 1936, l'œuvre de bienfaisance est devenue une Association loi 1901 et les Etablissements Saint-Joseph ont été créés en 1950. La communauté religieuse a cédé la gestion en 1977. L'Hospice est devenu Maison de Retraite en 1979 et médicalisé en 1986. La communauté a quitté l'établissement en 1999 et le VSSJ a été créé en 2012⁵⁷.

⁵⁶ Livret d'accueil des Etablissements Saint-Martin.

⁵⁷ Livret d'accueil du Village Santé Saint-Joseph.

Historiquement, l'influence chrétienne a été très prégnante pour ces deux établissements qui étaient dirigés par le même réseau de Sœurs. L'environnement devenant de plus en plus complexe et l'injonction de l'ARS de regrouper les lits de médecine sur un seul site a engagé les deux associations et les Sœurs à se rapprocher de la Fondation FASSIC. Ainsi, les ESM sont entrés dans la Fondation en juillet 2019 et le VSSJ en janvier 2020. La direction a été commune en septembre 2020 et les établissements sont devenus le Pôle Santé des Mauges la même année.

2.1.2 La Fondation FASSIC

La Fondation reconnue d'utilité publique a été créée en 2018 par 2 Congrégations religieuses de l'Anjou : les Sœurs Missionnaires de l'Evangile à Angers d'un côté et les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph de Beaupréau de l'autre. Elles ont été rejointes par le Fonds de dotation « Patrimoine et Solidarité » du Diocèse d'Angers.

A) Ses valeurs et ses missions

Ses valeurs sont portées par la poursuite des actions des Sœurs créées depuis 1679 en accueillant avec bienveillance des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes malades. Une attention particulière est portée auprès des personnes « sans solutions », comprenant celles et ceux ne trouvant pas d'accueil dans d'autres établissements. C'est d'ailleurs dans la quintessence chrétienne d'avoir une attention particulière aux plus démunis. Ses missions sont multiples :

- Assurer la pérennité des actions des Sœurs,
- Gérer le patrimoine immobilier des établissements,
- Soutenir les actions innovantes grâce à sa capacité à recevoir des dons et legs,
- Développer de façon solidaire et efficiente les établissements.

Elle favorise le développement humain et spirituel des personnes accueillies.

B) Ses membres

Le Conseil d'Administration est composé de membres fondateurs (les sœurs et le diocèse d'Angers), de personnalités qualifiées (développeur, médecin, menuisier, formateur...), de partenaires institutionnels (Fondation du Bon sauvage de la Manche) et de membres de droits (directeur général, commissaire aux comptes et commissaire du Gouvernement). L'éthique chrétienne reste forte et les personnalités qualifiées lui permettent d'assurer le développement de ses établissements avec des partenaires ayant conscience des enjeux.

C) Ses établissements

La Fondation a son siège social à Angers. Elle gère 24 établissements installés dans les Mauges, à Angers et dans la Somme. Cela représente 1 300 places et 1 200 salariés.

Trois secteurs d'activités regroupent les établissements :

- Sanitaire : un hôpital de proximité,
- Personnes âgées : 7 EHPAD permettant un accueil en fonction des besoins de la personne comme des Unités d'Hébergement Renforcé (UHR), Unités pour Personnes Agées Désorientées (UPAD), PASA, Accueils de Jour (AJ), Résidence Seniors, un béguinage et une résidence autonomie,
- Personnes en situation de handicap : 5 établissements intégrant des accueils diversifiés comme des FDV, Foyers d'Accueils Médicalisés (FAM), foyer d'hébergement, UPHA, UPHV, pôles d'activités, AJ et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)⁵⁸.

2.1.3 Les missions et les valeurs de l'établissement

La mission du PSM est d'accueillir la population du territoire, ne pouvant plus vivre à son domicile, lors d'une hospitalisation de façon temporaire, ou de façon permanente/temporaire pour les personnes en situation de handicap ou les personnes âgées. Ses valeurs sont celles portées par les ESM et le VSSJ antérieurement et la FASSIC aujourd'hui. Il s'agit d'accueillir et de prendre soin des plus fragiles et des plus démunis dans les domaines du sanitaire, du grand âge et du handicap, d'animer des actions fondées sur le respect et la dignité et d'encourager les actions innovantes et audacieuses. Le PSM a à cœur de développer la collaboration avec les autres acteurs, de respecter les libertés individuelles et de favoriser l'intégration sociale sur le territoire.

Son fonctionnement est régi par les articles D 312-155-0 à D 312-159.2 du CASF. Chaque personne accueillie bénéficie d'un projet d'accompagnement personnalisé élaboré entre la personne, ses proches et l'équipe pluridisciplinaire. Le projet est écrit quelques semaines après son entrée et révisé tous les ans. Cet outil permet une analyse des besoins de la personne et donne du sens aux actions entreprises par les professionnels.

Une politique préventive est mise en place pour la lutte contre la maltraitance. Elle s'exerce à travers les documents institutionnels affichés dans les halls d'entrée et fournis aux personnes à leur arrivée, par une sensibilisation régulière et par le recueil et le traitement des fiches d'évènements indésirables. Le développement de thérapies non médicamenteuses comme la médiation animale, la rigologie, la musicothérapie ou la méthode Snoezelen favorise la bientraitance et une vie sereine.

La Charte des droits et libertés de la personne accueillie affichée dans les établissements reste une boussole dans l'accompagnement au quotidien et vient interroger de façon déontologique certaines libertés fondamentales comme :

⁵⁸ <https://fassic.org/>.

- L'expression et la participation des personnes accueillies se réalisent par le biais de commissions, d'enquêtes de satisfaction, de temps d'activités sociales et par des entretiens individuels. Un Conseil de Vie Sociale (CVS) se réunit trois fois par an sur chaque Pôle et chaque site pour évoquer les souhaits, les attentes des personnes et les projets de l'établissement.
- La liberté d'aller et venir est garantie dans les locaux. Les personnes accueillies ont la possibilité de se promener dans les jardins non clôturés pour les personnes ayant la capacité de le faire. Les proches n'ont pas de contrainte d'horaires pour les visites. Lors de « cluster », la restriction de visites et d'aller et venir peut-être activée temporairement interrogeant éthiquement cette rupture de liens familiaux et sociaux.
- La vie privée et l'intimité sont respectées. Chaque personne accueillie dispose de la clé de sa chambre. Son courrier lui est remis et elle reçoit les personnes qu'elle souhaite dans son espace privatif.
- La liberté de croyance est respectée quelle que soit l'appartenance religieuse.
- La liberté de décision est assurée. Tous les moyens sont mis en œuvre pour lui permettre de prendre sa décision de manière éclairée sur son accompagnement quotidien. Elle choisit une personne de confiance et est encouragée à rédiger ses directives anticipées qui précise ses souhaits pour sa fin de vie dans le cas où elle ne serait plus en capacité de le faire. Elle a le libre choix du médecin traitant et des professionnels paramédicaux intervenant auprès d'elle.

Le PSM renégocie son CPOM cette année. Après validation de celui-ci, les équipes (en groupes de travail) vont s'engager dans l'écriture d'un projet d'établissement regroupant les 2 établissements sous l'égide de la FASSIC. Les premières pistes se dessinent ainsi :

- Pôle PA : le maintien de l'autonomie au domicile, le développement de dispositifs intermédiaires, une prise en charge d'excellence en institution et l'adaptation aux évolutions des populations accueillies.
- Pôle Personnes Handicapées (PH) : des accompagnements spécialisés en fonction des pathologies, une attention sur l'accueil d'un nouvel arrivant, un accompagnement vers l'autonomie et la sortie de l'institution par une offre immobilière pertinente⁵⁹.

2.1.4 Son offre de services

Le PSM a la particularité d'accueillir sur chacun de ses sites les 3 secteurs d'activités. Les bâtiments sont proches les uns des autres facilitant les parcours de vie des personnes accueillies et permettant ainsi un travail collaboratif optimal. Les plans des 2 sites sont présentés en Annexe IV. Chaque Pôle fonctionne en autonomie avec son propre personnel.

⁵⁹ Note de synthèse du projet stratégique – 6 mars 2023.

Les services supports comme les cuisines, la pharmacie, la lingerie, la maintenance et l'administratif interviennent sur chaque Pôle. Cela requiert une organisation complexe comme pour les cuisines qui distribuent les repas sur une vingtaine d'unités.

La capacité d'accueil du PSM se résume ainsi :

| | Personnes Agées (PA) | Personnes Handicapées (PH) | Hôpital (labelisé Hôpital de Proximité) |
|---|--|--|---|
| ESM (Beaupréau en Mauges) 240 salariés | EHPAD : 149 places (dont 6 places d'AT) (<i>dont PASA : 12 places</i>) UPAD : 13 places | FDV : 34 places FAM : 16 places UPHA : 28 places | SSR : 12 lits Médecine : 18 lits |
| VSSJ (Montrevault sur Evre) 165 salariés | EHPAD : 42 places AJ Alzheimer : 12 places Résidence Séniors : 10 appartements | FDV : 40 places UPHA : 25 places UPHV : 11 places AJ : 5 places | SSR : 30 lits |
| TOTAL | 226 places | 159 places | 60 lits |

A) Le Pôle Personnes Agées (PA)

Le PSM compte 226 places accueillant des personnes âgées autonomes, dépendantes ou désorientées, en hébergement permanent, temporaire ou à la journée⁶⁰.

a) *Les Etablissements Saint-Martin*

L'EHPAD

Il accueille 149 personnes âgées en perte d'autonomie dont 6 places sont dédiées à l'hébergement temporaire. Elles sont réparties sur 6 unités. 2 d'entre elles accueillent plus spécifiquement des religieuses et des religieux.

L'UPAD

Il a une capacité de 13 places. Les résidents accueillis ont une désorientation spatio-temporelle, sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et sont autonomes d'un point de vue physique. L'unité est sécurisée et bénéficie d'activités adaptées et variées ainsi que d'un espace extérieur clos.

Le taux d'occupation de l'EHPAD/UPAD était de 90.93 % en 2022. Il était de 95 % sur les 2 années précédentes. Cet écart est dû à des reports d'entrées en lien avec la crise sanitaire et l'absence de professionnels. Le GMP était de 676 et le PMP de 277 en 2022. Ces chiffres sont ceux retenus pour le CPOM. La moyenne nationale pour un établissement

⁶⁰ Rapports d'activités du Pôle Personnes Agées.

associatif du GMP était de 698 et le PMP de 197 en 2021⁶¹. La durée moyenne de séjour est de 4 ans (en 2019, la moyenne nationale était de 2 ans et 7 mois).

Le PASA

Il a ouvert en avril 2023 sur autorisation. Il accueille chaque jour 12 résidents hébergés à l'EHPAD.

Un projet architectural d'envergure est en cours. Certaines chambres ne font que 10 m² et ne disposent pas de douches privatives. La cuisine centrale n'est plus aux normes et la pharmacie est à l'étroit. Le site bénéficie également de « locaux associatifs » sous-utilisés (une salle de réunion et 2 studios en cas de besoin pour les médecins de garde). L'équipe de direction envisage la construction d'un logement intergénérationnel pour accueillir 4 personnes âgées et 4 personnes en situation de handicap. Le Conseil Départemental a validé ce projet en avril 2022 et le PSM a obtenu 1 ETP animateur à la vie sociale partagée.

b) *Le Village Santé Saint-Joseph*

L'EHPAD

Il comprend 42 places réparties en 3 unités de vie. Le taux d'occupation est de 96.77 %. Il était autour de 99 % entre 2018 et 2020. Les postes vacants non pourvus expliquent cette absence d'entrée. Dans le cadre du CPOM, l'établissement souhaiterait transformer 11 places d'EHPAD en UPAD. La durée moyenne de séjour est de 6 ans. Le GMP était de 602 et le PMP est de 296 en 2022 (chiffres retenus pour le CPOM). Pour rappel, la moyenne nationale du GMP était de 698 et le PMP de 197 en 2021.

L'Accueil de Jour Alzheimer

Il a une capacité de 12 places et l'âge moyen des personnes accueillies est de 77 ans. Son taux de remplissage était de 15 % en 2022 et depuis 2018, la moyenne était de 29 %. L'attente des tutelles étant de 60 % (et la moyenne nationale de 68.7 %), cela reste largement insuffisant au regard des éléments chiffrés. Selon la responsable du Pôle, cela peut s'expliquer par un tarif élevé intégrant les prestations de l'ergothérapeute, l'amortissement des bâtiments neufs et l'absence d'équipe mutualisée. L'absence de transport est également une difficulté dans ce milieu rural. Pour contrer cette sous-utilisation et parce que la demande est présente, une expérimentation des locaux de l'AJ est en cours depuis mai 2021. Ils sont utilisés comme un PASA. 180 journées ont été réalisées. 24 résidents en ont bénéficiés.

⁶¹ <https://www.uni-sante.fr/actualites/panorama-ehpad-2021>.

La Résidence Seniors

Elle comprend 10 appartements de type T1 bis adaptés et sécurisés. Elle a été conçue pour des personnes autonomes et valides. Son taux d'occupation était de 70 % en 2022. Il s'explique par un tarif mensuel aussi élevé que sur Angers, ce qui est incohérent. Le Comité de Direction (CODIR) envisage de diminuer le tarif pour permettre à des personnes à faibles ressources d'en bénéficier ou à des personnes en situation de handicap de s'en saisir comme logement tremplin. L'objectif pour 2023 est d'être à 90 % de taux d'occupation et à l'équilibre financièrement.

B) Le Pôle Personnes Handicapées (PH)

Le Pôle PH a une capacité de 159 places accueillant des adultes en situation de handicap dès 20 ans jusqu'à leur fin de vie et ayant des pathologies multiples. L'hébergement peut être permanent, temporaire ou à la journée⁶².

a) *Les établissements Saint-Martin*

Le Foyer De Vie (FDV)

Il a une capacité de 34 places dont une en hébergement temporaire, réparties en 3 unités. Il accueille des adultes en situation de handicap ayant une certaine autonomie mais qui n'ont pas l'aptitude à exercer un travail productif, même en ESAT. Chaque unité à sa spécificité : l'autonomie, la proximité éducative et un rythme de vie tranquille.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)

Il accueille 16 personnes sur 2 unités en situation de handicap mental, psychique et inaptes à la vie professionnelle. Elles ont besoin d'un accompagnement éducatif et d'une surveillance médicale constante. Une unité accueille des personnes ayant des troubles du spectre autistique tandis que l'autre accueille des personnes ayant des troubles psychiatriques et vieillissants. Le Pôle PH demande, dans le cadre du CPOM, la création de 12 places supplémentaires pour répondre à la demande.

L'UPHA

Elle a une capacité de 28 places. Il est à noter qu'à ce jour, uniquement 19 places sont reconnues UPHA et donc financées comme telles. Les 9 places restantes sont financées comme des places EHPAD. Ce n'est pas négligeable sur le budget. En effet, le prix de journée d'une place UPHA et d'une place EHPAD varie de 16.60 €. Dans le cadre du CPOM, une reconnaissance des 9 chambres EHPAD en UPHA a été demandée. L'unité est installée au sein de l'EHPAD. La plupart des résidents sont en GIR 6 donc autonomes.

⁶² Rapports d'activités du Pôle Personnes Handicapées.

Les taux d'occupation de ces unités étaient de 100 % en 2022, n'ayant pas connu de mouvements.

Comme évoqué plus haut, le projet architectural concerne aussi ce Pôle avec la rénovation du FAM, l'installation de l'UPHA en son sein et la création de 5 maisonnes dont 2 développant l'autonomie et 1 spécialisée pour l'accueil de personnes ayant des troubles du spectre autistique.

b) *Le Village Santé Saint-Joseph*

Le Foyer De Vie (FDV)

Il a une capacité de 40 places réparties en 4 unités. Chacune a sa spécificité : les jeunes sous amendement Creton, les troubles psychiatriques, les 20-40 ans et les plus fatigables (avant une entrée en UPHV). La moyenne d'âge est de 38 ans. Diverses activités sont mises en place sur les unités et de nombreux partenariats culturels et sportifs permettent aux résidents de participer à la vie de la société.

L'Accueil de Jour

Il accueille 5 personnes chaque jour sur le Pôle d'activités.

C'est un espace où les personnes de l'AJ et 20 résidents du FDV participent à des activités selon leurs goûts, leurs envies et qui les valorisent :

- Médiation animale : nourrissage des animaux de la ferme, nettoyage des box, promenade en calèche avec des chevaux de trait...
- Nature : réalisation d'un potager, entretien d'espaces verts, récolte du miel...
- Art de la table et bien-être : réalisation de recettes pour le déjeuner. Temps bien-être ou randonnée l'après-midi.
- Bois : création de jeux en bois mis en vente ou en location.

L'UPHV

Elle a une capacité de 11 places. Les résidents sont demandeurs pour participer au Pôle d'activités, aux sorties, aux activités proposées pour le FDV. Ces personnes ont besoin d'une stimulation éducative importante.

L'UPHA

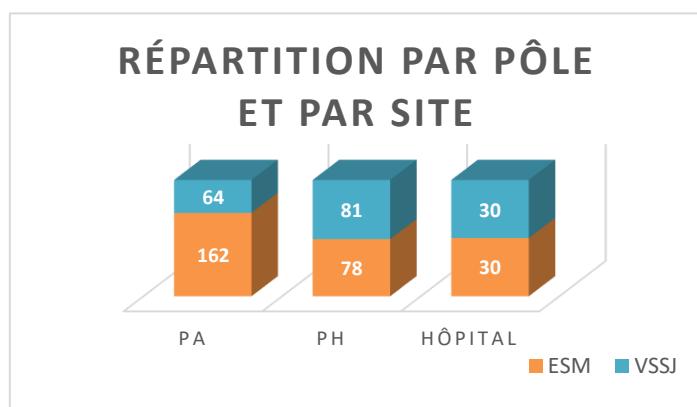
Elle a une capacité de 25 places. La plupart des résidents sont en GIR 3. La durée moyenne de séjour est de 11 ans.

Il n'y a pas eu de départ en 2022 sur ces 2 unités. Pourtant, les listes d'attente sont conséquentes. Les unités proposent des échanges avec d'autres structures permettant des temps de répit et un accueil séquentiel pouvant déboucher sur une admission.

C) L'Hôpital

Il est implanté sur les 2 sites et a été labellisé Hôpital de Proximité en 2023. Il comprend 18 lits de Médecine, dont 5 lits identifiés Soins Palliatifs sur les ESM. Il faut ajouter 42 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), répartis de la façon suivante : 12 lits sur les ESM et 30 lits sur le VSSJ. Les patients proviennent majoritairement des Mauges.

Les pathologies traitées pour la médecine sont la décompensation cardiaque, l'insuffisance respiratoire, les troubles digestifs, les soins de support cancérologique, les bilans de chutes et les évaluations gériatriques. Le SSR gère la gériatrie, la post chirurgie, la traumatologie, la diabétologie, la neurologie et la cancérologie. L'Hôpital s'inscrit dans un projet collectif de territoire pour répondre aux besoins des habitants et être un soutien pour les professionnels.



La répartition par Pôle se traduit ainsi, indiquant une forte proportion de personnes âgées sur les ESM.

2.1.5 Le public accueilli

Les rapports d'activités des Pôles PA et PH permettent d'en apprendre davantage sur le public accueilli, notamment pour l'EHPAD, l'UPHV et l'UPHA.

- L'EHPAD : En 2022, la moyenne d'âge était de 88 ans. 70 % des résidents étaient des femmes. La répartition en GIR et les besoins des résidents se composent ainsi :

| GIR 1 | GIR 2 | GIR 3 | GIR 4 | GIR 5/6 |
|-------|-------|-------|-------|---------|
| 6 % | 29 % | 21 % | 38 % | 6 % |

Soit 50 % en GIR 2 et 3, démontrant une dépendance importante.

| Surveillance en soin | Prise en charge psychiatrique | Rééducation fonctionnelle | Troubles de l'orientation et/ou comportementaux |
|----------------------|-------------------------------|---------------------------|---|
| 100 % | 85 % | 30 % | 74 % |

Les troubles psychiatriques sont en augmentation et demandent une prise en soin spécifique avec des professionnels formés.

Il y a eu 117 hospitalisations dont 27 % concernent les chutes et 16 % une insuffisance cardiaque. Elles sont en baisse depuis 6 ans. Il est à noter une absence marquée d'hospitalisation sur l'hôpital du PSM en lien avec des postes non pourvus entraînant la fermeture de lits. Un quart des résidents décèdent chaque année.

En 2022, l'âge moyen d'âge d'entrée était de 84 ans. Il est constaté une entrée de plus en plus importante de personnes ayant moins de 70 ans présentant une maladie Alzheimer ou maladies apparentées. Les deux tiers des entrants sont originaires de Beaupréau en Mauges ou Montrevault sur Evre. Ils étaient à l'hôpital, en SSR, en hébergement temporaire ou au domicile avant leur arrivée.

- L'UPHV : La moyenne d'âge est de 63 ans et il n'y a pas eu de mouvements en 2022. La majorité des résidents est originaire de FDV, essentiellement ceux du PSM.
- L'UPHA : La moyenne d'âge est de 73 ans et la durée moyenne de séjour de 11 ans. La moitié des résidents est originaire de Beaupréau en Mauges et Montrevault sur Evre. Il n'y a pas eu de mouvements en 2022.

2.1.6 Les listes d'attente pour le Pôle Personnes Agées, l'UPHA et l'UPHV

Pour comprendre les profils et les motivations des personnes souhaitant entrer au PSM, une analyse des demandes d'admissions pour l'EHPAD et l'UPHA déposées sur la plateforme Via Trajectoire et pour l'UPHV, via les dossiers papiers a été réalisée.

Concernant l'EHPAD et l'UPHA au 31 décembre 2022, pour les ESM et le VSSJ, il y eu 416 demandes, dont 134 dites « immédiates ». Cela conforte le besoin de places sur le territoire et la précaution prise par les familles de réaliser les dossiers en amont car il faut attendre environ 8 mois pour obtenir une place. Les demandes proviennent majoritairement de Beaupréau en Mauges et Montrevault sur Evre (qui est l'un des critères d'entrée au PSM) et les personnes s'inscrivant sont à leur domicile, majoritairement en GIR 2 ou 4. Les principaux motifs d'inscription sont : la perte d'autonomie, l'inscription de précaution, le logement inadapté, l'épuisement de l'aidant et l'hospitalisation après une chute. L'analyse des listes d'attente EHPAD et UPHA est présentée en Annexe V.

Concernant l'UPHV au 31 décembre 2022, 41 demandes étaient recensées. Les personnes demandeuses sont pour la plupart, en Foyer d'Hébergement, au domicile familial ou en famille d'accueil. Les troubles associés expliquant la demande d'entrée sont pour 44 % la déficience intellectuelle, pour 17 % le handicap moteur et pour 12 % chacune la maladie mentale et la trisomie 21⁶³.

2.1.7 Des professionnels avec une éthique forte auprès des usagers

Le PSM compte 401 ETP, toutes fonctions confondues. Il est difficile de présenter les équipes sur chaque Pôle tant ils sont nombreux. La présentation du Pôle PA du VSSJ intégrant l'EHPAD, l'AJ ainsi que l'UPHA et l'UPHV géré par le Pôle PH est privilégiée en lien avec le sujet de ce mémoire.

⁶³ Ibidem, page 34.

A) L'équipe pluridisciplinaire

L'accompagnement des résidents est assuré par une équipe pluridisciplinaire de 37.61 ETP salariés sous la convention collective 51. Pour rappel, le taux d'encadrement en EHPAD est de 62 ETP pour 100 résidents. Pour le Pôle PA et de façon proratisé, il serait de 41.54 ETP pour 100 résidents. Cela semble faible mais il est à noter l'absence des fonctions administratives et supports qui se partagent sur les autres services.

L'organisation de travail privilégie le rythme de chaque résident en préservant son autonomie lors de la toilette, de la prise des repas et des déplacements. Les équipes ont des transmissions plusieurs fois par jour assurant ainsi la continuité de prise en soin du résident. Ce sont également des temps d'échanges autour de problématiques rencontrées ou lors d'un décès.

a) *L'équipe du Pôle PA*

Le Pôle est géré par une responsable à temps plein. Elle partage son temps entre l'EHPAD, l'AJ et l'UPHA. Elle est membre du CODIR et est secondée par une coordinatrice sur l'UPHA et l'AJ et une Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice (IDEC) sur l'EHPAD. Une secrétaire médico-sociale est présente à 70 %.

L'équipe soignante, exclusivement féminine, intervenant de jour comme de nuit est composée d'Infirmières Diplômées d'Etat (IDE), d'aides-soignantes, d'aides médico-psychologiques, d'auxiliaires de vie et d'agents de soins. Le recours à l'intérim a été maîtrisé en 2022 malgré des postes vacants et non pourvus. Pour la nuit, une IDE est présente sur l'Hôpital. Elle peut apporter son expertise lors d'un appel téléphonique et se déplacer en cas d'urgence. Des agents de service veillent à la propreté des locaux. En complément, une psychologue est présente à mi-temps et une ergothérapeute à 40 %. Une animatrice à temps plein propose des activités variées chaque jour de la semaine. Elle est épaulée par 20 bénévoles. De plus, une équipe d'aumônerie composée d'une vingtaine de bénévoles intervient une fois par semaine pour les messes et célébrations. Une aumônière est présente 2 jours par semaine.

La moyenne d'âge des salariées est de 46 ans. L'ancienneté est de 10 ans en moyenne, ce qui prouve une relative stabilité et une qualité de vie au travail. De plus, la moitié des salariés sont domiciliés sur Montrevault sur Evre limitant les temps de transport et participant à concilier vie personnelle/professionnelle.

L'UPHV bénéficie de 5 aides-soignantes/aides médico-psychologiques et d'un temps de coordination. La responsable du Pôle PH a la responsabilité de l'UPHV.

b) *Les professionnels transversaux et administratifs*

Ces professionnels ont la particularité de travailler de façon transverse sur les 2 établissements pour la plupart et pour les 3 Pôles. La direction partage son temps sur les

2 établissements et pour tous les services. Elle rend compte de sa gestion auprès du conseil d'administration de la FASSIC.

Un CODIR se réunit toutes les 2 semaines pour évoquer les axes stratégiques à mettre en place. Est présente la directrice adjointe, la directrice des soins et les IDEC la suppléants, les responsables de Pôles et leur IDEC ou chef de service, la responsable qualité, les responsables ressources humaines, le responsable financier et la responsable communication et fonds pluriels. Ses membres sont complémentaires dans leurs compétences et, selon mon analyse, je considère qu'ils sont un soutien et un relais indispensables à la gouvernance et à l'action. Ils sont responsabilisés dans la gestion budgétaire et les achats qui les concernent.

Le pôle administratif gère la comptabilité, les ressources humaines et la qualité.

Des informaticiens pilotent le système d'information et veillent aux données hébergées.

La pharmacie délivre les médicaments dans chaque service.

Le linge des résidents est traité en interne. Le linge plat, le linge éponge et les tenues professionnelles sont entretenus par un prestataire externe.

Tous les repas sont confectionnés sur place et acheminés dans les différents services en liaison chaude ou froide.

Enfin, l'équipe technique et logistique assure l'ensemble des travaux d'entretien des bâtiments et équipements. En effet, les professionnels recrutés ont des expériences variées dans le bâtiment, la menuiserie...

B) Les professionnels libéraux

De nombreux professionnels libéraux interviennent sur le Pôle. Concernant le médical et le paramédical, il peut être cité les médecins traitants, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, le pédicure... Il est nécessaire de signaler la difficulté pour les résidents d'avoir un médecin traitant. C'est pourtant l'une des conditions pour une admission au sein du Pôle. Le territoire connaît, comme d'autres régions, des difficultés à recruter des médecins. Ceux intervenant à l'Hôpital peuvent pallier mais cela reste insuffisant.

Un éducateur sportif propose des séances hebdomadaires de sport adaptées et des coiffeuses investissent le salon de coiffure.

C) La pénibilité au travail

Les professionnels du PSM ont une identité professionnelle forte. Chacun dans ses missions a à cœur d'accompagner le résident dans les actes de la vie quotidienne. Ils effectuent des tâches liées aux déplacements, à la mobilisation des personnes et des gestes répétitifs pouvant entraîner des Troubles Musculo Squelettiques (TMS). D'ailleurs, les accidents de travail liés aux métiers du service à la personne sont les plus nombreux d'après l'assurance-maladie. La charge psychologique est aussi très importante face à des résidents pouvant avoir des accès de violence verbale ou physique, à des familles de plus

en plus exigeantes, à la gestion des chutes ou à la fin de vie. La crise sanitaire que nous venons de vivre a accentué ces difficultés, les professionnels étant au plus près des malades avec des risques pour eux-mêmes. Les résidents coupés de leurs proches ont été plus virulents encore ou au contraire, se sont laissés mourir. Le rythme de travail est intense sur une journée et certains horaires les sollicitent encore plus. Ce rythme est parfois difficilement compatible avec leur vie de famille : travail du soir, du week-end et des jours fériés, remplacements inopinés des collègues... Enfin, ces professionnels sont confrontés à un risque de projection pour leurs proches ou pour eux-mêmes dans le vieillissement, la perte d'autonomie ou la mort.

Les risques professionnels sont réels et il est indispensable de travailler avec les équipes sur ce sujet. Dans le cadre du Comité Social et Economique (CSE), est instauré la Commission Santé, Sécurité et Condition de Travail (CSSCT). L'agent technique y participe également. Un Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) répertorie les risques et formalise l'ensemble des actions mises en place pour les réduire ou les supprimer. Ces risques concernent principalement les TMS, l'organisation du temps de travail, les spécificités des personnes accueillies et les chutes.

L'augmentation constatée des accidents de travail et des arrêts maladie démontre des risques psychosociaux entraînant une diminution de la capacité de travail, un taux d'absentéisme élevé et des épuisements professionnels. Dans ces conditions, il est facile de comprendre que la qualité de prise en charge ne soit pas toujours optimale.

Nous avons conscience de l'épuisement des professionnels au sortir de cette période. Nous constatons également que l'avancée en âge et l'augmentation de la dépendance amèneront des prises en soin de plus en plus lourdes et complexes demandant des compétences professionnelles plus pointues. Les postes vacants non pourvus sont la réalité de métiers qui, aujourd'hui, n'attirent plus, par leur pénibilité, l'équilibre vie personnelle/professionnelle et par des salaires trop bas. La perte du sens de la vocation est aussi présente. Une dynamique est à reconstruire pour rendre attractif le secteur. Un projet fédérateur auprès des équipes autour d'un objectif commun, innovant, répondant aux besoins des habitants et permettant la transformation des pratiques professionnelles serait une belle opportunité.

D) Le management des ressources humaines

La qualité de service pour les personnes accueillies dépend, en grande partie, des professionnels les accompagnant et de leurs compétences. Il faut également envisager les compétences indispensables pour les évolutions à venir.

Pour cela, nous utilisons un outil de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC). Dans le cadre des entretiens professionnels, les salariés expriment leurs attentes et leurs souhaits d'évolution. Ils sont consignés dans l'outil avec leurs

compétences. Nous développons la formation continue et l'accompagnement vers des formations qualifiantes pour permettre aux salariés d'évoluer professionnellement selon leurs capacités et leurs envies. Chaque professionnel est incité à prendre des initiatives, à être autonome et à participer aux projets en cours.

2.1.8 Le financement

Le financement des EHPAD et de l'UPHA correspond aux financements décrits plus haut. Le PSM est habilité à recevoir des personnes bénéficiant de l'aide sociale. Le prix de journée est défini par le Conseil Départemental. A ce jour, les ESM ont un prix de journée inférieur à 6.00 € par rapport au VSSJ, créant un déséquilibre financier pour les ESM. Un travail conjoint est à mener avec le Conseil Départemental pour obtenir un prix de journée unique. Ces tarifs relativement bas permettent aux plus démunis d'avoir accès au PSM. L'Hôpital et le FAM ont un financement via l'ARS. Le FDV et l'UPHV sont financés par le Conseil Départemental. La loi ASV a conduit les ESM et le VSSJ à contractualiser un CPOM avec l'ARS et le Conseil Départemental. La renégociation est en cours sous l'entité juridique du PSM. Cette contractualisation fait l'objet d'une demande des autorités de tarification d'augmenter de 8 chambres la capacité du SSR et de créer 4 chambres d'hospitalisation de jour.

La présentation globale du PSM effectuée, nous allons porter un intérêt à son environnement et aux autres établissements du territoire, dont certains sont des partenaires sur qui nous pourrons nous appuyer dans le cadre du sujet de ce mémoire.

2.2 L'environnement du PSM

Mauges Communauté bénéficie de services adaptés pour les habitants. Cependant, leur nombre reste restreint, notamment pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap et les places de SSIAD. Une présentation des dispositifs présents sur ce territoire et ses alentours, couplée à une cartographie les représentant présentée en Annexe VI, va permettre de mieux cerner l'environnement du PSM.

2.2.1 Les établissements sanitaires

Mauges Communauté est au carrefour d'Ancenis, Angers, Cholet et Nantes. Chaque ville possède des établissements hospitaliers. Le Centre Hospitalier de Cholet est le plus proche et un travail partenarial avec le PSM concernant l'imagerie médicale, l'antibiothérapie, l'Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP), l'Unité Mobile Insectorielle de Géronto-Psychiatrie (UMIGP), les urgences pour les transferts existe...

Le SSR de Montfaucon-Montigné a une capacité de 42 lits. Il est géré par l'Association des Paralysés de France (APF) Handicap. Il souhaite ouvrir une unité cognitivo-comportementale (UCC) de 10 lits ainsi qu'un service d'hospitalisation de jour.

L'Hospitalisation A Domicile (HAD) Mauges Bocage Choletais est basé à Cholet et intervient sur le secteur du PSM. Ainsi, les résidents reçoivent des soins médicaux complexes tout en restant dans leur lieu de vie.

Une Maison Médicale est adossée au VSSJ. Des médecins, des infirmiers libéraux et des kinésithérapeutes y travaillent et interviennent sur l'établissement. 2 orthophonistes y travaillent également mais n'interviennent pas sur le VSSJ alors que le besoin est présent. Il est nécessaire d'aller les rencontrer dans l'intérêt des personnes accueillies afin de comprendre leurs réticences ou les freins organisationnels.

2.2.2 Les établissements sociaux et médico-sociaux

A) Les établissements accueillant des personnes âgées

Les personnes âgées habitant sur Mauges Communauté ont accès au Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC). Il est installé à Beaupréau en Mauges. De niveau 3, il assure l'accueil, l'écoute, l'information, le conseil et le soutien aux familles pour les personnes âgées de plus de 60 ans. Il réalise une évaluation globale des besoins, fait des propositions, met en place un suivi et une adaptation du plan d'aide personnalisé pour les habitants les sollicitant. Enfin, il coordonne les interventions des acteurs du secteur gérontologique⁶⁴. La Maison de l'Habitat est installée dans des locaux à proximité. Ouverte en janvier 2022, elle est un guichet de référence pour toutes questions concernant l'habitat et le logement. Elle accompagne, financièrement ou non, les personnes âgées dans les travaux de rénovation énergétique et d'adaptation visant à favoriser le maintien à domicile ou la création de logements adaptés. Dans le cadre du Programme Local de l'Habitat, elle apporte une aide financière pour des projets d'habitats innovants ou intergénérationnels⁶⁵.

a) En EHPAD

Le Maine et Loire apparaît sur-doté en places d'EHPAD par rapport à la moyenne nationale. Son taux d'équipement est de 127 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans (97 pour la moyenne nationale). Cependant, il existe une disparité de l'offre entre les territoires qui tend à se résorber par le transfert de places d'EHPAD de la partie ouest du département vers la partie est, le Saumurois. Elle occasionne des fermetures d'établissements, notamment sur Mauges Communauté. Il reste 22 EHPAD sur Mauges Communauté dont 3 sur Montrevault sur Evre et 5 sur Beaupréau en Mauges pour une capacité de 647 places. Peu d'établissements proposent un accueil de jour ou un accueil temporaire.

L'EHPAD de Gesté, à 11 kilomètres des ESM, offre des services diversifiés et engage une politique d'EHPAD « hors les murs » : le PASA, l'accueil de jour, des logements

⁶⁴ MAUGES COMMUNAUTE. *Rapport d'activité 2021 CLIC de Mauges Communauté*.

⁶⁵ <https://www.maugescommunaute.fr/vivre-et-habiter/maison-habitat/>.

intermédiaires en construction, un Dispositif Innovant de Vie A Domicile (DIVADOM) et des locaux à disposition des assistantes maternelles.

b) *En logement intermédiaire*

Mauges Communauté compte 8 Résidences Autonomie et 4 Résidences Services Seniors. Cependant, elles sont inégalement réparties sur le territoire. Il y en a une sur Beaupréau en Mauges d'une capacité de 70 places et celle du PSM sur Montrevault sur Evre. Le département recense 81 habitats partagés, 26 habitats inclusifs et 17 habitats participatifs. Mauges Communauté en compte respectivement 16, 5 et 4. Parmi eux, 7 sont opérationnels, 7 sont en conception et 11 sont en réflexion⁶⁶. Au vu du nombre important d'infrastructures présentes et envisagées, nous pouvons noter que c'est un mode d'habitat plébiscité par les seniors comme alternative à l'institution. Il existe 2 habitats intergénérationnels sur le territoire, dont un sur Beaupréau en Mauges. 2 autres sont à l'étude sur une autre commune.

c) *A domicile*

En Pays de la Loire, le taux d'équipement est de 19 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, c'est une place de moins que la moyenne nationale. La Région souhaite diminuer les places d'EHPAD au profit de places de SSIAD.

Mauges Communauté compte 4 SSIAD et selon le PRS 2018-2022, les Mauges, qui peut être défini comme un territoire de 1 315 km² entre Angers, Cholet et Nantes, ont plus de 10 places d'EHPAD pour 1 place en SSIAD.

Le SSIAD de Beaupréau en Mauges a une capacité de 47 places. Au travers de mon étude et d'une rencontre avec l'une des IDEC, j'ai perçu une lassitude. En effet, la plupart des personnes âgées vivant à domicile ne souhaitent pas aller en EHPAD et vont maintenir les aides à domicile. L'enquête de besoins l'a aussi relevée. Le SSIAD a le sentiment de « porter à bout de bras » (et de mettre en danger les professionnels) ces situations jusqu'au point de rupture entraînant une entrée non préparée en EHPAD. L'IDEC évoquait la création d'un service d'urgence sociale où des professionnels neutres interviendraient auprès de la personne pour échanger sur sa situation.

Le SSIAD de Mauges sur Loire expérimente un DIVADOM depuis un an. L'objectif est de favoriser le maintien à domicile de la personne âgée en renforçant la coordination des différents intervenants dans son accompagnement en lui proposant autant de prestations et de services qu'en établissement. Il accompagne 20 personnes âgées de plus de 60 ans et/ou en situation de handicap vieillissantes. L'objectif est de maintenir l'aspect curatif de la situation pour ensuite travailler sur le préventif et la suite de l'accompagnement. Le DIVADOM perçoit un réel besoin d'accompagnement la nuit et sur la question de la nutrition.

⁶⁶ <https://data.maine-et-loire.fr/pages/habitat-intermediaire/>.

17 SAD sont implantés sur Mauges Communauté, essentiellement l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR). Ces établissements emploient des auxiliaires de vie sociale. Ils connaissent des difficultés de recrutement.

Enfin, il existe une douzaine d'accueillants familiaux sur Mauges Communauté.

B) Les établissements accueillant des personnes en situation de handicap

Un Centre Local du Handicap a été créé en juillet 2018 dans le but d'informer, de conseiller et d'accompagner les personnes en situation de handicap dans les démarches administratives et d'animer le réseau d'acteurs du handicap sur Mauges Communauté.

Une Equipe Mobile Ressource et Appui est en cours d'expérimentation sur Mauges sur Loire pour les adultes en situation de handicap. Ses missions sont : l'information, le conseil et la prévention. Elle évalue la situation de la personne et recherche des solutions adaptées. Elle est un soutien auprès des aidants et un relais aux intervenants à domicile. L'APF a créé un Dispositif d'Accueil Modulé d'Aide au Répit pour des enfants et adultes en situation de handicap prioritairement de 0 à 25 ans. Implanté sur Montrevault sur Evre, il propose des temps de répit, soutient les aidants et oriente vers les professionnels ressources. Les professionnels interviennent sur site, à domicile ou dans les lieux de vie de la personne.

a) *En institution*

Le Maine et Loire a créé des dispositifs spécifiques d'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes. Mauges Communauté compte 23 places d'UPHV et 67 places d'UPHA. C'est loin de couvrir l'ensemble des besoins du territoire. En complément, une UPHV de 13 places couplées à une UPHA de 15 places se construit à la Salle de Vihiers.

b) *A domicile*

Il existe un SAVS sur la commune de Chemillé en Anjou et sa capacité est de 20 places. Les besoins du territoire sont insuffisamment couverts. Il serait opportun que le PSM ouvre ses services vers le domicile, notamment par un renforcement de l'accueil temporaire.

La présentation du PSM et son environnement partenarial réalisé, il est pertinent de considérer l'établissement par la mise en perspective de ses forces et ses faiblesses en interne, ainsi que les opportunités et les menaces inhérentes à son environnement politique et social.

2.3 Le diagnostic global par la méthode SWOT

Le diagnostic du PSM va nous permettre de prendre des décisions stratégiques permettant de répondre aux évolutions de son environnement. Pour cela, la méthode SWOT est l'outil idéal⁶⁷. Après avoir relevé les forces et les faiblesses, les opportunités et les menaces, nous pourrons proposer des axes d'amélioration.

A) Les forces et les faiblesses du Pôle Santé des Mauges

| FORCES | FAIBLESSES |
|--|---|
| <i>Identité et valeurs du PSM</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identité forte • Valeurs affirmées dans les pratiques professionnelles et communes à la FASSIC • Ecoute active de la personne accueillie et de ses proches • Prise en compte des besoins des salariés => Qualité de vie au travail | |
| <i>Axes d'amélioration</i> | |
| <i>Vision stratégique</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Formalisée dans le CPOM et partagée • Dynamique des membres du CODIR => Envie de mener de nouveaux projets • Restructuration de l'offre prenant en compte les spécificités des publics accueillis et à venir • Réflexion sur l'accompagnement domiciliaire • Implication des professionnels | <ul style="list-style-type: none"> • Offre d'hébergement non adaptée aux personnes accueillies • Communication interne entre les services |
| <i>Axes d'amélioration</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation de l'offre aux besoins des personnes accueillies • Communication permanente pour une visibilité des projets par les professionnels | |

⁶⁷ SWOT : Strengths Weakness Opportunities Threats pouvant être traduit en français par Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces.

| Pôle multi-compétences | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Accueil de publics avec des pathologies et des besoins différents • Parcours possible au sein du PSM (un résident du Pôle PH peut entrer en EHPAD au Pôle PA) • Mise en place d'une commission parcours • Dimension humaine préservée par l'accueil en petites unités | <ul style="list-style-type: none"> • Peu d'activités communes entre les Pôles PA et PH • Méconnaissance du Pôle PA sur l'accompagnement d'une personne en situation de handicap et du Pôle PH pour l'accompagnement d'une personne âgée |
| Axes d'amélioration | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Création d'activités communes pour les personnes accueillies sur les Pôles PA et PH permettant de faciliter les interactions • Organisation d'échanges de pratiques entre professionnels et d'immersions sur les Pôles PA et PH | |
| Fondation FASSIC | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Présence active des fonctions supports au siège de la Fondation • Echanges sur les pratiques avec les autres établissements de la Fondation | |
| Axes d'amélioration | |
| Ressources Humaines | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Recrutement des professionnels • Turnover important |
| Axes d'amélioration | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fidélisation des professionnels et création d'une procédure pour un accueil de qualité | |
| Travail partenarial entre les Pôles et les services généraux | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Connaissance pointue du travail propre à chacun • Règlementation stricte en restauration | <ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance du travail des collègues => Incompréhension et conflits • Adaptation difficile concernant les demandes alimentaires des jeunes en situation de handicap et les personnes âgées => Conflits entre les jeunes, les professionnels et le service restauration |

| Axes d'amélioration | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Management des équipes Mise en place d'outils de pilotage et de management des équipes | |
| Accueil de Jour du VSSJ | |
| <ul style="list-style-type: none"> Satisfaction des besoins internes et externes | <ul style="list-style-type: none"> Taux d'occupation trop faible |
| Axes d'amélioration | |
| <ul style="list-style-type: none"> Mutualisation des moyens entre services Intensification de la communication auprès des prescripteurs | |
| Harmonisation des pratiques | |
| <ul style="list-style-type: none"> Création du PSM récente | <ul style="list-style-type: none"> Identité et pratiques professionnelles conservées par chaque établissement Présence restreinte de membres du CODIR sur les ESM => Sentiment de délaissement par les professionnels Organisation de travail par site et par Pôle => Découragement des professionnels travaillant sur plusieurs services |
| Axes d'amélioration | |
| <ul style="list-style-type: none"> Harmonisation des pratiques et des horaires entre les 2 sites et les services Organisation de la présence des membres du CODIR sur chaque établissement | |

B) Les opportunités et les menaces concernant le Pôle Santé des Mauges

| OPPORTUNITES | MENACES |
|---|--|
| Reconnaissance du PSM par les autorités de tarification | |
| <u>Hôpital</u> : <ul style="list-style-type: none"> Labellisation de l'hôpital « Hôpital de proximité » => Travail d'excellence Demande d'augmentation de la capacité <u>Négociation du CPOM</u> => Vers une transformation de l'offre <ul style="list-style-type: none"> Etablissement ressource sur le territoire | <u>Hôpital</u> : <ul style="list-style-type: none"> Peu de places en SSR sur le territoire et de chambres d'hospitalisation de jour <u>Pôle PA</u> : <ul style="list-style-type: none"> Peu de places d'accueil pour des personnes désorientées <u>Pôle PH</u> : |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Projet architectural en cours (ESM) <p><u>Pôle PA :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Agrément PASA reçu en mars 2023 1 ETP animateur à la vie partagée pour le logement intergénérationnel <p><u>Pôle PH :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Inclusion | <ul style="list-style-type: none"> Peu de places d'accueil pour des personnes souffrant de troubles du spectre autistique Peu de places d'accueil pour les situations d'urgences et RAPT Absence de diversification des modes d'hébergement |
|--|--|

Axes d'amélioration

Hôpital :

- Création de 8 places supplémentaires en SSR et de chambres d'hospitalisation de jour
- Soumission d'un projet novateur aux autorités compétentes*

Pôle PA :

- Création d'un EHPAD centre de ressources : formations/accompagnements des aidants, dispositifs intermédiaires
- Ouverture d'une unité supplémentaire pour des personnes âgées désorientées
- Transformation de places d'EHPAD en UPAD ou en Unité de Soins de Longue Durée (USLD)

Pôle PH :

- Développement d'une expertise dans l'accompagnement de personnes souffrant de troubles du spectre autistique => Etablissement de référence éducatif
- Transformation de places d'hébergement permanent en hébergement temporaire pour un accueil progressif et un répit pour les aidants
- Diversification des modes d'hébergements pour le Pôle PH (logement autonomie, intergénérationnel, « hors les murs »)
- Création d'un dispositif innovant intermédiaire entre le FDV et le milieu de travail

Reconnaissance du PSM sur son territoire et le travail partenarial

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Participation à l'écriture du nouveau CLS Participation à la création d'un projet de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Nombreux partenariats | <ul style="list-style-type: none"> Partenariat avec les orthophonistes |
|--|---|

Axes d'amélioration

- Rencontrer les orthophonistes pour leur proposer d'intervenir au PSM

| Ouverture de projets vers l'extérieur | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître les services du PSM et les personnes accueillies => Vision positive de l'accompagnement • <u>Pôle PH</u> : Actions impliquant des personnes en situation de handicap : spectacle de théâtre, opération de tri de déchets avec la calèche et le cheval | <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance de l'accompagnement des personnes accueillies sur le Pôle PA |
| Axes d'amélioration | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Création d'activités mettant en lien les résidents de l'EHPAD et les habitants | |
| Politiques territoriales | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • PSM implanté sur 2 communes nouvelles créées en 2015** |
| Axes d'amélioration | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Coordination des orientations stratégiques sur les volets santé et solidarité | |
| Environnement de plus en plus complexe | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Complexification des évaluations (internes et externes) : chronophage • Accompagnement des personnes accueillies de plus en plus pointu |
| Axes d'amélioration | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Développement de la démarche qualité au quotidien • Formation des professionnels de façon adaptée pour une prise en charge de qualité | |

* La circulaire n° DGCS/SD5B/2014/287 du 20 octobre 2014 relative à la procédure d'appel à projets et d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux permet aux ESMS de soumettre aux autorités compétentes un projet novateur par rapport à l'existant⁶⁸.

**Création des communes nouvelles dans le cadre de la loi n°2010-1563 du 16 décembre 2010 portant sur la réforme des collectivités territoriales.

Les besoins des habitants étant connus, l'implication territoriale du PSM reconnue et les leviers/freins posés, nous pouvons mettre en évidence des enjeux stratégiques sur plusieurs niveaux.

⁶⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/39110>.

2.4 Les enjeux stratégiques

2.4.1 Pour les habitants du territoire

Les personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes expriment très fortement leur volonté de vivre à leur domicile le plus longtemps possible malgré l'augmentation de la perte d'autonomie. Pour y arriver, elles développeront l'aide par les professionnels et leurs proches aidants.

L'entrée en EHPAD survient fréquemment lors d'une hospitalisation ou d'une dégradation de l'état de santé. Elles refusent généralement de s'y préparer.

Les enjeux pour ces personnes et leurs aidants sont :

- Le maintien durable au domicile avec une qualité de vie et une proximité avec leur environnement social,
- La capacité de l'aidant à accompagner la personne dans le temps.

2.4.2 Pour les autorités de tarification

Nous l'avons vu précédemment, les autorités de tarification ne prévoient pas la création de places d'EHPAD supplémentaires. Au contraire, le territoire des Mauges est sur-doté. Elles privilégiennent le financement d'habitats intermédiaires et de dispositifs innovants, davantage en adéquation avec les besoins et les attentes de la population.

Pour répondre à ces besoins et éviter ainsi des ruptures de parcours, les enjeux pour les autorités de tarification sont :

- Le maintien d'une qualité de service à domicile pour la personne en perte d'autonomie dans un rapport qualité/prix abordable,
- La création d'une offre de services coordonnée entre acteurs de l'accompagnement de la personne à domicile pour une fluidification de son parcours de vie et une efficience des financements.

2.4.3 Pour l'établissement

Le PSM a de nombreux avantages pour répondre aux enjeux de la population du territoire et ceux des autorités de tarification. Il accueille des publics variés avec des pathologies multiples au sein de 3 Pôles. La Fondation FASSIC a à cœur de développer de nouveaux modes d'accueil répondant aux besoins identifiés. Le PSM participe à ces réflexions sociétales sur son territoire. Pour la Fondation et le PSM, les enjeux sont :

- Le déploiement de ses professionnels au domicile de la personne en perte d'autonomie pour maintenir ses capacités permettant de retarder une entrée en institution,
- L'adaptation permanente des modes d'accueil à l'évolution des besoins de la personne âgée et/ou en situation de handicap vieillissante à domicile.

2.4.4 Pour la direction de l'établissement

La direction prend en compte ces enjeux à tous les niveaux pour proposer un projet adapté à l'ensemble des parties prenantes.

Suite à l'écriture des enjeux stratégiques, la problématique peut être formulée tout en permettant d'envisager un dispositif innovant répondant aux besoins des habitants en partenariat avec les acteurs du maintien à domicile.

2.5 La problématique

Les ESMS, quels que soit leur statut juridique, ont l'ambition commune de respecter les besoins de la population tout en effectuant eux-mêmes des choix selon leurs contraintes environnementales et financières.

Ainsi, vu de la direction du PSM, quelle stratégie pouvons-nous développer pour répondre à ces enjeux, en complétant de l'offre existante sur le PSM et celle des partenaires ? Comment travailler conjointement avec les autres acteurs de l'aide à la personne dans l'intérêt des personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes ?

L'innovation, la créativité et la transformation de notre façon d'accompagner ces publics âgés apporteront tout ou partie de la réponse à leurs besoins. Le PSM a déjà anticipé ces évolutions par l'adaptation de ses compétences dans les différents pôles, limitant ainsi les risques dans la création d'un nouveau dispositif.

La problématique se résumerait ainsi : **Afin d'accompagner les personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes à domicile avec leurs aidants et leur permettre de maintenir leurs capacités avant une entrée dans l'établissement, un redéploiement partiel des compétences des professionnels exerçant au Pôle Santé des Mauges s'avère nécessaire, tout en associant les acteurs du territoire par un travail partenarial.**

La création d'une plateforme de ressources répondant aux besoins et aux attentes de la population tout en créant un travail partenarial avec les acteurs du maintien à domicile serait une belle opportunité. Elle a également l'avantage d'avoir un aspect financier peu conséquent avec une mutualisation des moyens matériels et humains, nécessitant un recrutement moins conséquent qu'en EHPAD.

3 La plateforme de ressources

Les personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes souhaitent rester vivre à leur domicile le plus longtemps possible et, idéalement, ne pas recourir à l'EHPAD. L'EHPAD, quant à lui, doit s'engager dans d'autres formes d'accompagnements que l'hébergement permanent ou temporaire. Pour respecter les droits et libertés de ces personnes ainsi que le libre choix de leurs conditions et lieux de vie, l'EHPAD doit innover et « aller vers » le domicile.

C'est aussi prendre en compte la situation des aidants, devenant parfois difficile tout en sécurisant et en accompagnant le maintien à domicile.

En partant de ces constats et pour être en conformité avec les politiques publiques actuelles (nationale, régionale et locale) de développement d'actions en soutien au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie, la création d'une plateforme de ressources apportera une réelle valeur ajoutée sur le territoire. Elle sera rattachée au PSM.

3.1 Les objectifs de la plateforme de ressources

La finalité sera d'accompagner la personne âgée et/ou en situation de handicap vieillissante dans le maintien de son autonomie en lui permettant de rester à domicile avec les services proposés par l'EHPAD et les acteurs du domicile.

Elle permettra une transition plus douce entre le domicile et l'EHPAD en évitant les ruptures de parcours tout en répondant aux attentes de la population âgée. Elle s'inscrira dans une logique de « prestations » plutôt que de « structure ». Cette nouvelle offre complètera l'existant et permettra aux personnes âgées d'avoir un suivi 24h/24 grâce à l'intervention coordonnée de tous les acteurs du domicile.

Les objectifs sont déclinés en objectifs généraux puis en objectifs opérationnels permettant une définition précise de la plateforme.

| OBJECTIFS GENERAUX | OBJECTIFS OPERATIONNELS |
|---|---|
| Construire une offre adaptée et cohérente aux besoins des habitants, peu développée sur le territoire | <ul style="list-style-type: none">• Favoriser la socialisation des personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes,• Réaliser des actions de prévention et de repérage de la perte d'autonomie de la personne accueillie,• Soutenir et conseiller les proches aidants permettant de réduire le risque de maltraitance à domicile. |
| Développer des missions d'expertise et de maillage | <ul style="list-style-type: none">• Développer l'expertise du PSM en organisant des interventions de professionnels formés, |

| | |
|---|--|
| avec tous les acteurs de proximité | <ul style="list-style-type: none"> Coordonner l'ensemble des interventions auprès de la personne. |
| Adapter le fonctionnement et les organisations du PSM | <ul style="list-style-type: none"> Redéployer une partie des fonctions supports sur la plateforme de ressources, Adapter l'accueil dans les services du PSM aux bénéficiaires de la plateforme. |
| Structurer les partenariats avec les parties prenantes afin de soutenir une offre de qualité et inclusive | <ul style="list-style-type: none"> Formaliser les coopérations au moyen d'une convention avec les acteurs du maintien à domicile intégrant activement la plateforme, Organiser des conventions de partenariats avec les établissements pouvant être prescripteurs et orienteurs. |

Lors du conseil d'administration de la Fondation FASSIC en juin, une présentation de la plateforme de ressources avec ses objectifs a été réalisée. Les membres ont validé le projet avec une date de mise en œuvre au plus tard fin 2024.

Entre la mobilisation et l'évaluation de ce projet, le temps est estimé à deux ans et demi.

Sa temporalité est définie ainsi :

| | 2023 | | | | | | | | | | | | 2024 | | | | | | | | | | | | 2025 | | | | | | | | | | | | |
|--|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|
| | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | | | | | | |
| 3.2- Mobiliser et impliquer autour du projet | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.3- Elaborer le projet | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.4- Négocier avec les autorités de tarification | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.5- Créer la plateforme de ressources | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.6 - Mise en œuvre de la plateforme | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.7- Evaluer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Le délai de réalisation de la plateforme s'étend sur 2 ans et demi. Un diagramme de Gantt détaillé reprenant le déploiement de la plateforme est présenté en Annexe VII. La première année est consacrée à la mobilisation, à la communication et à l'élaboration du projet. Le premier semestre 2024 concernera la négociation avec les autorités de tarification. L'ouverture de la plateforme aura lieu en septembre 2024 après la constitution, la formation et l'intégration de l'équipe, la formalisation des conventions avec les partenaires et l'installation des moyens matériels. Au bout d'un an d'ouverture et d'une montée en charge progressive, il est prévu une évaluation, un ajustement et un taux d'occupation complet. La finalisation de l'écriture du projet de service pourra alors être réalisée.

Chaque étape est ensuite détaillée dans les points suivants.

3.2 Mobiliser et impliquer autour du projet

| | 2023 | | | | | | | | | | | | 2024 | | | | | | | | | | | | 2025 | | | | | | | | | | | | |
|---|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|
| | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | | | | | | |
| Mobiliser et impliquer autour du projet | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Jean-Marie Miramon (2009) explique que mobiliser, c'est convaincre les professionnels que l'on encadre, les partenaires, les personnes accueillies, les autorités de tarification... Cela demande beaucoup de conviction, de pédagogie et de persévérance pour arriver au terme

d'un projet. Mobiliser c'est également (re)donner du sens au fonctionnement d'un établissement, s'interroger pour se renouveler. Enfin, mobiliser, c'est aussi faire appel à l'imagination pour s'orienter vers un changement pour toutes les parties prenantes.

Il explique « *qu'un projet est le fruit de contacts, de relations, d'échanges de vue à l'intérieur comme à l'extérieur de la structure* ».

La plateforme de ressources sera conçue par un travail collectif en y associant les compétences nécessaires à sa mise en œuvre. Pour cela, il est indispensable de communiquer sur ce projet aussi bien en interne qu'en externe dans le but de fédérer les premiers professionnels.

3.2.1 Au niveau de l'établissement

Après validation du conseil d'administration, le projet est présenté à plusieurs instances :

- 1) Le CODIR : il s'agit de les informer sur ce projet pour que chaque cadre puisse relayer l'information et répondre aux premières questions de ses équipes et les impliquer dans la création de ce dispositif.
- 2) Le CSE et le CVS : il est prévu un argumentaire pour animer la présentation du dispositif. Le message se veut clair et simple : Notre mission « *Accueillir et Prendre soin* » et nos valeurs nous amènent à répondre aux évolutions sociétales et aux attentes des habitants du territoire.
- 3) L'ensemble des professionnels : Une communication orale et écrite sera réalisée pour les informer du projet en cours.

En procédant ainsi, la communication se veut large auprès de toutes les parties prenantes et envoie un signal fort de création d'un COPIL avec des profils différents : des représentants du conseil d'administration, des professionnels, des personnes accueillies et des familles permettant ainsi d'avoir une vision d'ensemble élargie.

Le changement et l'innovation peuvent faire peur et créer des résistances. Nous avons conscience qu'un projet ne peut être réussi qu'en présence de personnes volontaires et motivées. Il est proposé à chacun de réfléchir sur ce projet et d'informer l'équipe de direction s'il souhaite s'investir dans la création de la plateforme.

3.2.2 Au niveau du territoire, une coordination indispensable

La plateforme ne pourra exister sans un partenariat engageant avec les acteurs du maintien à domicile d'une part, et les autres professionnels intervenant auprès des personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes d'autre part sur le territoire.

L'objectif est de mobiliser, de convaincre chaque acteur du bien-fondé de la plateforme de ressources, de leurs avantages à y être partie prenante autant pour leur établissement que dans la réponse à apporter à une problématique sociétale.

Les intervenants sont nombreux. Un travail collaboratif avec certains acteurs existe déjà et facilite les échanges avec eux. Nous choisissons de commencer par rencontrer les professionnels du CLIC de Beaupréau en Mauges. Nous expliquons que la plateforme de ressources sera complémentaire à leurs services et leur participation est sollicitée. Stratégiquement, le CLIC a une position centrale sur Mauges Communauté. Par le CLS et le Centre Local du Handicap, il a une vision très précise des acteurs du territoire pouvant être intéressés et mobilisés sur ce projet.

Les rencontres se poursuivent avec les SSIAD intervenant sur Beaupréau en Mauges et Montrevault sur Evre. Celui de Montrevault sur Evre expérimente un DIVADOM et a des services complémentaires comme un service animation, des activités thérapeutiques, des expertises sur la nutrition, la douleur... Ces professionnels sont déjà investis et voudraient se diversifier pour répondre aux demandes de leurs bénéficiaires. Nous y trouvons une écoute attentive et l'envie de s'engager dans un nouveau projet commun.

Les autres acteurs seront rencontrés ultérieurement. Les membres du COPIL seront missionnés pour aller à leur rencontre, leur présenter le projet et les motiver à y adhérer.

3.2.3 La prise en compte des enjeux et des limites

Tout projet comporte des enjeux et des limites. Les poser permet d'en échanger avec le conseil d'administration et d'évaluer les bénéfices/risques afin de piloter le projet de façon efficiente.

| ENJEUX | LIMITES |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Une réponse adaptée à l'évolution de la société et, tout particulièrement à la demande des personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes sur le territoire, • Une coopération avec les différents partenaires, • Une implication des professionnels du PSM autour de ce projet. | <ul style="list-style-type: none"> • Une absence d'appel à projets pour la création d'une plateforme comme celle-ci, • Un financement suffisant de la plateforme par les personnes accueillies et par les autorités de tarification, • Des temps de réunions de coordination efficents pour favoriser la participation des professionnels libéraux. |

Une fois le travail de communication réalisée, la création d'un COPIL peut s'engager avec l'élaboration des grandes lignes du projet.

3.3 Elaborer le projet

Jean-Marie Miramon (2009) reprend les préalables au projet : « *Les projets naissent à partir de structures existantes qui, avec le temps, ne correspondent plus aux attentes des acteurs, à l'évènement ou tout simplement aux besoins de la population accueillie. [...] Un diagnostic institutionnel doit être établi. [...] Il s'agit également d'étudier l'amont et l'aval de l'institution, de façon à percevoir sa place dans un dispositif plus large*

3.3.1 La constitution des instances

A) Le Comité de Pilotage

Pour constituer le COPIL, il est indispensable de réunir des professionnels ayant des métiers et des compétences complémentaires. Une bonne synergie en son sein est impérative. Nous nous entourons donc d'un groupe de personnes motivées, engagées et responsabilisées. Ce groupe garantit la bonne réalisation du projet et sera l'interface auprès des salariés et des partenaires du territoire.

Le COPIL est composé de :

- Une partie de l'équipe de direction : direction, 2 responsables des Pôles PA, responsable RH et financier (la présence d'un médecin coordonnateur serait opportune mais nous n'arrivons pas à mobiliser actuellement),
 - Un membre du conseil d'administration,
 - Un représentant de l'ARS,
 - Un représentant du Conseil Départemental,
 - Le coordinateur gestionnaire de la plateforme de ressources,
 - Un membre du CSE (en lien avec le DUERP),
 - 4 représentants du CVS pour les 2 sites (2 personnes accueillies et 2 proches),
 - Un représentant du CLIC de Mauges Communauté,
 - Les directions des SSIAD de Beaupréau en Mauges et Montrevault sur Evre.

Ainsi, le COPIL est constitué de 17 membres. C'est un espace de concertation et de décision qui fait le lien entre le concept et la mise en œuvre effective de la plateforme. Il détermine les grands axes stratégiques et évalue les actions entreprises par les groupes de travail. Il définit les compétences nécessaires pour constituer les groupes de travail et l'équipe de la plateforme. Il se réunit tous les 2 mois pendant toute la durée du projet.

B) Les groupes de travail

Les missions stratégiques étant gérées par le COPIL, il est nécessaire de travailler sur l'aspect technique de la plateforme de ressources. Pour cela, il est proposé la création de 2 groupes de travail qui vont construire les outils indispensables à son démarrage et sa mise en œuvre :

- Acteurs du maintien à domicile sur le territoire : les identifier et les recenser, puis les rencontrer pour les mobiliser sur le projet.
- Organisation de la plateforme de ressources : concevoir l'organisation technique de la plateforme, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour (issus de la loi 2002-2), son fonctionnement général et quotidien et ses procédures.

Pour rappel, il a été proposé aux salariés de s'inscrire s'ils étaient intéressés pour intégrer la plateforme. Selon les profils souhaités sur ces groupes de travail et tout en ayant déjà une logique de constitution de l'équipe pluridisciplinaire, les salariés sont retenus en fonction de leurs compétences, leur appétence au changement et leur responsabilisation dans un nouveau projet. Des membres du CODIR seront présents. Ces groupes de travail sont également ouverts aux professionnels extérieurs favorisant ainsi leur implication et leur adhésion à ce projet. Le coordinateur recruté pour la gestion de la plateforme anime les groupes de travail dans un objectif de cohérence entre les groupes, en assure un suivi et fait un retour à chaque COPIL des travaux réalisés pour validation.

Chaque participant au COPIL ou aux groupes de travail s'engage dans une présence active et dans la production des actions demandées. Un équilibre relationnel entre les membres est indispensable pour une efficacité optimale dans ce travail.

Pour mener à bien ce projet, l'accompagnement au changement est primordial auprès des équipes tout en adaptant la posture managériale. Cela crée une nouvelle dynamique basée sur la bienveillance, l'encouragement et la structuration. En mettant en place ces groupes de travail, la participation collective est favorisée pour faire émerger de nouvelles idées et les premières « émulsions » de la future équipe de la plateforme de ressources.

3.3.2 L'écriture du projet

Roland JANVIER (2012) a relaté l'intérêt du projet : le projet est comme une table d'orientation pour le conseil d'administration et les salariés. Il est de la responsabilité de la direction mais ne relève pas que de lui. Il a une fonction mobilisatrice.

Il revêt 3 dimensions : il relie les acteurs et l'ensemble des parties prenantes entre eux. Il fait le lien. Ces acteurs ont besoin de connaître la direction à prendre : le projet est en lui-même une boussole. Il relie aussi l'établissement à son environnement. Il est facile de s'isoler sur son projet et de ne pas être l'interface entre l'interne et l'externe de

l'établissement. Enfin, il permet pour les partenaires de situer l'établissement par rapport à eux sur le territoire. Le directeur montre l'objectif et fixe le cap. Il ne détermine pas les orientations politiques mais en garantit la concrétisation. Il se situe entre les administrateurs et les salariés, les relient et facilite la mise en œuvre du projet.

Les grandes orientations du projet seront retranscrites dans un écrit par le coordinateur avec l'appui de la direction. Il lui est proposé d'utiliser un outil issu des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et médico-sociaux (ANESM)⁶⁹ et repris depuis par la Haute Autorité de Santé. Ce document précisera le cadre de référence et l'organisation générale de la plateforme de ressources. Il sera un guide et le support pour finaliser l'écriture du projet de service dans quelques mois.

A) La mission principale

Sa mission principale est de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes souhaitant rester à domicile dans leur territoire de vie, par un redéploiement des ressources humaines de l'EHPAD et la mobilisation des partenaires de proximité.

B) Le public concerné

Cette plateforme est pensée pour toute personne âgée (dès 60 ans) et/ou en situation de handicap vieillissante (dès 45 ans) vivant à son domicile et souhaitant rester vivre chez elle. La plateforme de ressources veillera à prendre en compte l'environnement de la personne (présence d'un aidant ou non, les liens familiaux et amicaux, le lieu de vie, la situation géographique...) et son parcours de vie. Chaque personne accueillie bénéficiera d'un projet d'accompagnement personnalisé répondant au mieux à ses besoins. Son expression sera toujours recherchée comme son consentement.

Une capacité de 10 places est jugée opportune selon le repérage effectué sur le territoire pour le démarrage et pourrait être portée à 20 places d'ici 3 ans.

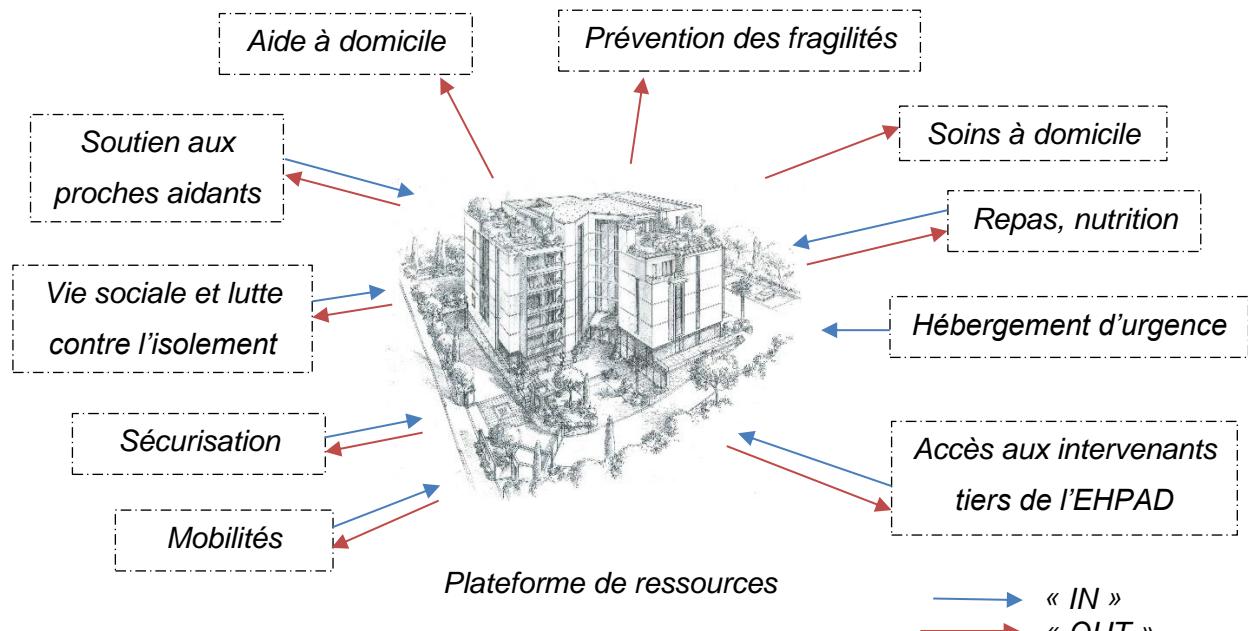
C) La nature de l'offre de services

Pour définir les offres de services, nous nous sommes inspirés du schéma de l'EHPAD plateforme paru dans les Etudes de Matières en Mai 2021⁷⁰ ayant une logique « IN » et une logique « OUT ». Ce schéma comprend 14 thématiques reprenant les besoins des personnes vivant à domicile et présenté en Annexe VIII.

⁶⁹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_synthese-bleu-pe-ps.pdf.

⁷⁰ https://matieres-grises.fr/nos_publication/lehpad-du-futur-commence-aujourd'hui/.

Voici l'adaptation pour la plateforme :



a) *Logique « IN »*

« La logique « IN » consiste à transformer l'EHPAD en Pôle Ressources pour les personnes âgées du territoire qui convergeraient vers ce lieu ».

- Socialisation : activités de la vie sociale et sorties portées par un animateur qualifié. L'EHPAD propose de nombreuses activités au quotidien et les bénéficiaires de la plateforme pourraient y participer. L'un des SSIAD organise également des activités pour ses bénéficiaires.
- Actions de prévention :
 - Maintien de l'autonomie : activités physiques adaptées, ateliers mémoire et réminiscence permettant une évaluation des capacités de la personne.
 - Nutrition : déjeuner au sein de l'EHPAD pour évaluer les capacités de la personne pour son alimentation (textures, quantités...).
 - Réunions à thème : autour de thématiques qui concernent la personne accueillie.
- Soutien et conseil aux aidants : accueil et écoute par un psychologue, rencontres organisées avec des pairs et proposition d'ateliers thématiques. Des activités pour aidants/aidés seront proposées resserrant des liens qui peuvent parfois être tendus.
- Hébergement d'urgence : mise à disposition d'une chambre d'urgence dans le cas d'une hospitalisation inopinée de l'aidant. Ce temps permettra une évaluation de la situation de la personne, notamment par un bilan gériatrique avec l'Hôpital.

Chaque service décrit ci-dessus sera réalisé par un établissement pouvant le proposer. Le PSM facilitera autant que possible les interactions entre les bénéficiaires de la plateforme et les personnes hébergées à l'EHPAD.

b) *Logique « OUT »*

« *La logique « OUT » vise à capitaliser sur l'expertise de l'EHPAD pour déployer ses services sur le territoire au-delà de ses murs* ».

- Socialisation : activités de la vie sociale, sorties personnalisées portées par un animateur ou des professionnels soignants.
- Actions de prévention :
 - Accompagnement psychologique : à la demande par un psychologue formé.
 - Maintien de l'autonomie : activités mémoire ou réminiscence réalisée par des professionnels soignants formés.
 - Nutrition : portage de repas à domicile par un agent de service hôtelier avec une attention particulière sur les textures les mieux adaptées et les quantités ingérées.
- Soutien aux aidants : une astreinte IDE de nuit placée à l'Hôpital de proximité sera mobilisée pour répondre aux appels et se déplacer en cas de nécessité. Le SSIAD peut être un partenaire financier dans le cadre du dispositif du DIVADOM sur les 2 premières années. Ce dispositif permet d'éviter considérablement le recours au 15 et diminue les hospitalisations nocturnes. Une garde itinérante de nuit sera proposée dans l'objectif de prévenir l'épuisement de l'aidant en période nocturne (couchers tardifs et/ou levers tôt, accompagnement aux toilettes, surveillance clinique...).
- Habitat : conseils pour l'amélioration de l'habitat par une ergothérapeute, mise en place de matériels de sécurisation technologiques, travaux d'entretiens et bio nettoyage.
- Soins de nursing : accompagnement aux soins quotidiens.

Ces prestations seront proposées par les établissements ayant conventionnés avec la plateforme de ressources. Plusieurs d'entre eux peuvent proposer les mêmes services et répondre à une demande en fonction de sa propre charge de travail ; d'où l'importance de la complémentarité des établissements.

D) *L'admission de la personne dans le dispositif et sa sortie*

Une instance de concertation se réunira en fonction des besoins au démarrage puis tous les mois. Chaque établissement ayant conventionné avec la plateforme y participera. Pour ne pas surcharger des plannings déjà bien remplis, il sera proposé de réunir cette instance en fonction du territoire (Beaupréau en Mauges ou Montrevault sur Evre) et du profil de la personne à accompagner (personne âgée ou en situation de handicap vieillissante).

L'admission d'une personne sera réalisée ainsi :

- L'établissement accueillant déjà la personne, mais estimant que son accompagnement n'est pas suffisant, présentera sa situation, son parcours, ses besoins et ses attentes.
- Selon les places disponibles et la réponse apportée par la plateforme dans les besoins de la personne, il sera décidé de l'intégrer ou de la mettre sur la liste d'attente.

- Le coordinateur se déplacera à domicile pour évaluer et définir plus précisément les besoins et le recueil de vie de la personne. Il remettra les documents obligatoires et institutionnels : le livret d'accueil, la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour.
- Les établissements pouvant répondre aux demandes seront définis. Un projet d'accompagnement personnalisé sera créé par le coordinateur et un référent (un professionnel intervenant régulièrement auprès de la personne). Le contrat de séjour sera signé entre la personne accompagnée (ou son représentant légal en cas d'impossibilité de signature) et la plateforme de ressources.

Il est indispensable de penser à la sortie du dispositif pour la personne accompagnée : elle sera effective dans le cas d'un déménagement, d'une entrée en EHPAD ou du décès. Ce sera également le cas si elle choisit de mettre fin au dispositif d'accompagnement et qu'elle retrouve son autonomie. Enfin, la sortie peut être décidée dans le cas où les intervenants sont mis en danger dans leurs pratiques professionnelles.

E) Les profils des professionnels et leurs compétences

Pour répondre aux différentes missions de la plateforme de ressources, l'équipe la constituant sera divisée en professionnels permanents et une mutualisation des professionnels de l'EHPAD et des autres établissements avec ou sans augmentation du temps de travail.

| Emplois | Professionnels permanents | | Mutualisation des professionnels | |
|-------------------------|---------------------------|-------|----------------------------------|------------|
| Direction | | | X | |
| Services administratifs | | | X | |
| Coordinateur | X | 1 ETP | | |
| Aides-soignantes | X | 2 ETP | | |
| Agents hôteliers | X | 2 ETP | | |
| Ergothérapeute | | | X | + 0.20 ETP |
| Psychologue | | | X | + 0.10 ETP |
| IDE | | | X | |
| Animateurs | | | X | |
| Agents de maintenance | | | X | |
| TOTAL | 5.30 ETP | | | |

Le coordinateur sera placé sous l'autorité hiérarchique de la direction du PSM, la plateforme de ressources étant installée dans ses locaux. Le coordinateur aura sous son autorité les professionnels intervenant dans le cadre de la plateforme et uniquement dans ce cadre.

D'une formation sanitaire ou médico-sociale avec un profil IDEC, il sera responsable de l'organisation, la coordination, la planification puis de l'évaluation des interventions.

Il n'est pas exclu d'organiser à terme des recrutements dédiés à la plateforme, notamment pour augmenter le temps aides-soignants et agents hôteliers pour répondre à des demandes de plus en plus importantes.

Le travail au sein de l'institution apporte une sécurité pour les salariés. Elles ont à disposition le matériel nécessaire pour une prise en soin optimale et elles bénéficient de la présence permanente d'autres professionnels. Ce n'est pas le cas à domicile et il est inenvisageable d'avoir du personnel en continu pour des raisons logistiques et budgétaires. Des astreintes et l'installation de matériels technologiques seront proposées. Aussi, des temps de formation au travail à domicile et à l'utilisation de matériels technologiques sont prévus pour ces professionnels. Pour compléter ces temps de formation, un partenariat ou un binôme avec les SSIAD et les services à domicile serait pertinent et renforcerait la connaissance entre les établissements conventionnés.

Enfin, il apparaît nécessaire de leur fournir des recommandations de bonnes pratiques professionnelles adaptées à leur nouvel environnement de travail⁷¹.

Une attention particulière sera portée auprès de ces professionnels pour prévenir les risques inhérents au travail à domicile. Le coordinateur adoptera un management de proximité et des temps d'échanges seront régulièrement organisés (réunions et analyses de la pratique).

F) Le champ d'action géographique et l'implantation de la plateforme

La plateforme nécessitera des déplacements quotidiens, voire pluriquotidiens. Le territoire d'intervention doit être défini pour garder une proximité entre le domicile des personnes accompagnées et la plateforme tout en ayant un potentiel de candidats importants pour assurer sa viabilité. Face à ces données, le COPIL estime qu'il est pertinent de rester sur les communes d'implantation du PSM, soit Beaupréau en Mauges et Montrevault sur Evre. Elles représentent à elles deux 429 km² pour une population totale de 39 197 habitants, dont 9 942 ayant 75 ans ou plus en 2020 (sources de l'INSEE).

La plateforme installera ses locaux sur le VSSJ, où l'offre d'accompagnement est la plus développée. Des locaux sont disponibles auprès de l'AJ. Les professionnels seront amenés à se déplacer sur les ESM avec des véhicules de service mis à disposition sur les 2 sites conjointement avec les autres services.

⁷¹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpp_reperage_des_risques_personnes_agees_a5-bat_-_pdf_interactif.pdf. ET https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-synthese-soutien_aidants-vdef.pdf.

G) Le budget prévisionnel

Le PSM est soumis à l'EPRD dans le cadre du CPOM. Pour le budget d'exploitation et conformément à cette logique financière basée sur les recettes, les ressources mobilisables seront recherchées. Un prévisionnel des dépenses par groupes sera ensuite établi avec les éléments financiers du PSM, ceux définis dans les appels à projets pour un CRT et les montants maximaux votés pour l'APA à domicile⁷².

La plateforme de ressources est une réponse adaptée aux besoins des personnes en perte d'autonomie souhaitant rester à leur domicile. Cependant, le contexte économique étant constraint, il est indispensable que le reste à charge pour le bénéficiaire soit acceptable et que les orientations budgétaires des financeurs soient respectées. De plus, les investissements resteront modiques : le bâtiment hébergeant la plateforme est existant comme la majorité du matériel pour l'aménager.

Le budget prévisionnel a été réalisé selon la logique de prestations de services « IN » et « OUT » pour 10 bénéficiaires. Le budget total est estimé à 162 338.00 €. Le coût par an et par place est estimé à environ 16 233.80 €.

Logique « IN »

| CHARGES | | PRODUITS | |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|---|
| GROUPE I | | GROUPE I | |
| Carburants | 5 000.00 € | 20 440.00 € | Facturation chambre d'urgence |
| Alimentation | 1 430.00 € | | |
| GROUPE II | | GROUPE II | |
| Ergothérapeute (0.10 ETP) | 2 700.00 € | 1 560.00 € | Activités de la vie sociale, physique et adaptées, réminiscence |
| Coordinateur (0.50 ETP) | 12 000.00 € | 3 000.00 € | Déjeuner à l'EHPAD |
| GROUPE III | | GROUPE III | |
| Chambre d'urgence | 200.00 € | | |
| Matériel bureautique/informatique | 1 000.00 € | | |
| TOTAL | 22 330.00 € | 25 000.00 € | TOTAL |
| RESULTAT | | 2 670.00 € | |

PRODUITS :

Groupe I : 70 € la nuit sur la base d'un taux d'occupation de 80 %

Groupe II : Sur la base 260 jours ouvrés : 6 € par activité et 12 € par repas

CHARGES :

Groupe I : Coût de revient de 5.50 € le repas pour 260 jours ouvrés

Groupe II : Sur la base de 27 000 € brut par an pour l'ergothérapeute et sur la base de 24 000 € brut par an pour le coordinateur.

Groupe III : Amortissement de la chambre d'urgence pour 200 € sur 10 ans et amortissement du matériel informatique et bureautique pour 1 000 € sur 5 ans.

⁷² <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/lapa-domicile>.

Logique « OUT »

| CHARGES | | PRODUITS | |
|----------------------------------|---------------------|---------------------|----------------------------|
| GROUPE I | | | GROUPE I |
| Carburants | 5 000.00 € | 109 148.00 € | ARS, Conseil Départemental |
| Alimentation | 10 038.00 € | | |
| Fournitures médicales | 2 000.00 € | | |
| GROUPE II | | | GROUPE II |
| Coordinateur parcours (0.50 ETP) | 12 000.00 € | 3 120.00 € | Activités à domicile |
| Aide-Soignant (2 ETP) | 48 000.00 € | 21 900.00 € | Repas à domicile |
| Agent Hôtelier | 45 600.00 € | | |
| Psychologue (0.10 ETP) | 3 500.00 € | | |
| Ergothérapeute (0.10 ETP) | 2 700.00 € | | |
| Astreinte de nuit IDE | 8 000.00 € | | |
| GROUPE III | | | GROUPE III |
| Matériels technologiques | 500.00 € | 500.00 € | |
| TOTAL | 137 338.00 € | 134 668.00 € | TOTAL |
| RESULTAT | 2 670.00 € | | |

PRODUITS :

Groupe II : 1 activité par semaine pour 10 personnes par an à 6 € l'activité ; 5 bénéficiaires tous les jours à 12 € le plateau repas.

CHARGES :

GROUPE I : Coût de revient du plateau à 5.50 € ; 200 € par an par personne

GROUPE II : Sur la base de (brut annuel) : 35 000 € le psychologue, 24 000 € l'aide-soignante, 22 800 € l'agent hôtelier. 32 000 € répartis entre 4 établissements IDE de nuit.

Il sera nécessaire de prévoir des moyens de transports pour se déplacer vers le PSM. Une flotte de véhicules, minibus, utilitaires et voitures pourra être utilisée conjointement avec les autres services. Des moyens logistiques, notamment pour le portage de repas permettant la liaison entre la plateforme et le domicile sont aussi à prévoir. Il faut ajouter pour la première année un budget pour la communication externe. Il est estimé à 1 000.00 €. Les dépenses de formation seront prises sur le budget annuel du PSM.

La participation financière des personnes accueillies est prévue selon le panier de services utilisé. Une personne en GIR 4 peut bénéficier jusqu'à 747.00 € et une personne en GIR 1 jusqu'à 1 914.00 € par mois d'APA. Une participation des autorités de tarification à hauteur de 109 148.00 € sera indispensable pour un budget à l'équilibre.

Le projet étant écrit dans ses grandes lignes, il peut être soumis à l'ARS et au Conseil Départemental du Maine et Loire. La direction du PSM, un membre du COPIL et un membre du conseil d'administration le présenteront.

3.4 Négocier avec les autorités de tarification dans le cadre du CPOM

| | 2023 | | | | | | 2024 | | | | | | 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| Négocier avec les autorités de tarification | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Cette plateforme de ressources s'inscrira pleinement dans le Projet Régional de Santé et le Schéma Départemental de l'Autonomie. Leurs objectifs sont : la poursuite de la diversification et de la transformation de l'offre en faveur du domicile, le soutien des aidants, la construction de l'EHPAD de demain et le soutien à l'innovation.

L'impact de la plateforme auprès des personnes accompagnées et sur leur autodétermination dans leur maintien à domicile sera appuyé.

La présentation portera sur le diagnostic multidimensionnel de l'établissement avec les projections démographiques, les besoins et attentes des personnes à domicile puis le PSM et ses forces. Lors de la présentation du budget prévisionnel, l'accent sera mis sur l'intérêt financier de la plateforme qui aura un coût à la place inférieur à celui de l'EHPAD et qui respectera les budgets contraints des autorités de tarification.

Enfin, le travail commun s'engageant avec les autres acteurs du maintien à domicile sur le territoire de Beaupréau en Mauges et Montrevault sur Evre sera mis en avant.

Ces trois éléments sont de véritables atouts dans la négociation.

3.5 Le déploiement de la plateforme de ressources

| | 2023 | | | | | | 2024 | | | | | | 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| Créer la plateforme de ressources | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mise en œuvre de la plateforme | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3.5.1 Constituer et fédérer une équipe

Il est intéressant de définir ce qu'est une équipe. Selon Mickaël et Morgane Quillou-Rioual (2020), « *il s'agit d'un groupe de personnes travaillant ensemble et unissant leurs efforts dans un même but* ». L'équipe est pluridisciplinaire. Une seule personne ne peut répondre à toutes les demandes et n'a pas toutes les compétences nécessaires pour le faire. Les compétences individuelles mises en commun au sein d'une équipe forment les compétences collectives grâce à l'engagement et la responsabilité de ses membres. C'est le gage de pratiques unifiées et d'une qualité de travail auprès des bénéficiaires.

A) La stratégie de recrutement

La plateforme de ressources aura des professionnels à temps plein, à temps partiel et d'autres sur leur temps de travail (donc à moyens constants).

Dans le cadre des groupes de travail mis en place, des professionnels sont déjà pressentis sur les postes à pourvoir. Il y a déjà une implication des salariés et une cohésion d'équipe. C'est le cas du psychologue et de l'ergothérapeute. Il leur est proposé un complément d'heures et cela évite des recrutements supplémentaires.

D'autres professionnels vont intervenir sur la plateforme à moyen constant par mutualisation avec les services existants du PSM. La direction, l'animateur, les agents hôteliers et les agents de maintenance sont notamment concernés.

Pour les postes à temps plein, des fiches de postes sont rédigées. C'est un support pour l'entretien avec les professionnels intéressés. Un entretien est fixé avec chacun pour lui décrire le poste auquel il postule, son environnement et pour connaître ses motivations. La GPEC permet également de connaître leurs compétences pour favoriser des complémentarités dans l'équipe.

Si besoin, il sera organisé des recrutements en externe. Les annonces seront rédigées par le service RH puis diffusées après validation de la direction.

Le recrutement constitue un élément clé de la réussite de la plateforme de ressources. Un recrutement ne correspondant pas aux attentes, aux compétences recherchées peut amener un sentiment d'exclusion du groupe et les autres membres le solliciteront moins. Cette situation peut amener de l'agressivité, un clivage entre les membres de l'équipe, induisant un travail de mauvaise qualité auprès des bénéficiaires.

B) La fédération de la nouvelle équipe

Selon Mickaël et Morgane Quillou-Rioual (2020), la cohésion d'une équipe répond à 4 facteurs : la volonté du décideur ; son type de management et d'autorité ; la coopération des membres de l'équipe ; l'inscription des actions en cohérence avec les missions et l'environnement de l'établissement ; la clarté des règles du jeu (chacun doit trouver sa place). L'appartenance à un groupe conditionne l'esprit d'équipe.

L'équipe constituée, il s'agit de la fédérer autour d'un projet commun. Le partage des valeurs de l'établissement va permettre sa cohésion et son intégration. Pour y parvenir, nous allons mettre en place :

- Un accueil de qualité par la direction, le coordinateur et la responsable RH. Les informations seront transmises et les documents de travail remis à leur arrivée. Une visite des lieux sera organisée.
- Des temps de transmissions orales et écrites consultables par tous les intervenants de la plateforme. Ils permettront de veiller à la cohérence et à la complémentarité des actions entreprises à domicile ou à l'EHPAD pour les bénéficiaires. Dans ce sens, des temps de transmissions réguliers avec les équipes de l'EHPAD seront programmés pour faire le lien sur l'accompagnement dans la logique « IN » et anticiper, si besoin, une entrée à l'EHPAD.
- Des réunions d'équipe régulières dans le cadre d'analyse des pratiques en présence d'un psychologue seront organisées. Les enjeux sont multiples : la connaissance des actions permettant de les évaluer, la prise de recul face à certaines situations

compliquées, l'amélioration de la qualité de vie au travail et le développement des compétences.

- Des réunions d'informations en présence de l'équipe de direction favoriseront les transmissions des informations institutionnelles. L'équipe aura un espace d'échange privilégié permettant d'aborder ses questionnements et ses difficultés. La communication doit être adressée à l'ensemble des membres de l'équipe sous peine de créer des clivages néfastes à l'accompagnement des bénéficiaires.

C) Le mode de management

Le management sera de proximité et il est demandé au coordinateur d'être attentif aux salariés, à leurs questionnements et leurs besoins. En cas de difficultés, nous en serons avertis, ce qui permettra d'accompagner le coordinateur si nécessaire.

Un temps de formation est indispensable pour cette nouvelle équipe qui travaillait majoritairement à l'EHPAD avant. Le travail à domicile requiert de nouvelles compétences et approches. Confronté au travail solitaire, le professionnel doit s'adapter au logement (qui n'est pas soumis aux règles de sécurité d'un établissement recevant du public), à la personne accompagnée et bien souvent, aux aidants.

L'autonomie à domicile est incontournable et peut mettre le professionnel face à ses vulnérabilités, le fragilisant. Pour contrer ces difficultés, des réunions d'équipe auront lieu tous les trimestres ayant pour thème l'éthique et les pratiques professionnelles. Les retours d'expériences seront recherchés créant ainsi la confiance entre les membres de l'équipe, la réassurance et le renforcement de l'estime de soi pour chacun.

3.5.2 La coordination avec les divers acteurs du territoire et l'inscription de l'offre

Un groupe de travail « acteurs du maintien à domicile sur le territoire » a été constitué pour les identifier et les recenser. C'est un travail au long cours. Il est donc indispensable de commencer à rencontrer les partenaires dès le début de la démarche et ce, jusqu'au mois précédent l'ouverture de la plateforme.

Ce groupe de travail a plusieurs missions :

- Faire connaître la plateforme et son intérêt auprès d'instances auxquelles les membres de ce groupe participent sur Mauges Communauté.
- Recenser tous les acteurs sur le territoire dans les domaines de la gérontologie et du handicap. A ce stade, il est inutile de se limiter. Cela concerne des professionnels, services, associations, collectivités et établissements intervenants dans le champ sanitaire, social et médico-social.
- Pour chaque acteur recensé, cibler ceux qui participeraient activement à la plateforme et ceux qui seraient susceptibles d'orienter ou de proposer l'accompagnement de la personne par celle-ci.

- Diffuser des documents de présentation aux différents partenaires.
- Rencontrer les partenaires pour expliquer et promouvoir cette nouvelle offre.

A) Les acteurs de la plateforme de ressources

La plateforme de ressources est pensée pour travailler de façon conjointe avec les acteurs du maintien à domicile sur le territoire. Les SSIAD et le CLIC ont intégré le COPIL et ont positionné des professionnels sur les groupes de travail. C'est le signe d'une volonté de travail collaboratif entre nous.

Cependant, cela reste insuffisant pour le fonctionnement complet de la plateforme. Il est nécessaire d'aller rencontrer les autres acteurs du maintien à domicile dans les domaines de la gérontologie et du handicap, dans l'objectif d'expliquer et de promouvoir son fonctionnement et son intérêt. Le CLIC, les SSIAD et le PSM sont sollicités pour réaliser ce travail. Etant à l'initiative de ce projet, nous souhaitons impulser et partager notre enthousiasme avec chaque futur partenaire.

Nous travaillons déjà avec certains acteurs. Ils connaissent nos valeurs et notre fonctionnement, ce qui va faciliter la prise de contact et leur adhésion au projet.

Pour mobiliser et convaincre chaque acteur d'adhérer à la plateforme, il convient d'expliquer la plus-value pour celui-ci, le fonctionnement le mobilisant peu au regard de ses contraintes professionnelles et ses compétences apportées favorisant la complémentarité au sein de la plateforme. Les acteurs du maintien à domicile visés peuvent être regroupés en 4 catégories en complément des services du PSM :

| | |
|------------------------------------|---|
| <i>Médical et paramédical</i> | SSIAD |
| <i>Collectivités territoriales</i> | CLIC et Centre Local du Handicap |
| <i>Hébergements collectifs</i> | EHPAD du territoire, Accueils de Jour, UPHV, UPHA ayant des places d'hébergement temporaire |
| <i>Accompagnement à domicile</i> | SAD, SAVS et équipe mobile ressource et appui |

Des prestataires pour l'installation de matériels technologiques et domotiques seront recherchés dans le cadre d'un appel d'offres. Un contrat de sous-traitance sera signé. Ce système permettra une sécurisation renforcée à domicile, notamment la nuit, une prévention des chutes et un maintien du lien social en cas de nécessité. Les équipements concerneront une surveillance du logement, des installations lumineuses en prévention des chutes et un système d'appel. Le contact de premier niveau sera géré par le prestataire en lien direct avec les bénéficiaires. Selon la situation, il pourra renvoyer l'appel vers la plateforme.

B) Les partenaires susceptibles d'orienter vers la plateforme de ressources

La plateforme ne saurait se développer de façon efficiente sans la coopération de professionnels présents sur le territoire. Rencontrer ces partenaires est indispensable, ne serait-ce que pour les informer de la création de ce dispositif, de son utilité dans la réponse aux besoins des habitants en apportant un accompagnement de qualité. Une fois convaincus de son bien-fondé, ces partenaires auront davantage de facilité à proposer à leurs bénéficiaires l'accompagnement par la plateforme. A cette fin, ils ont la possibilité de contacter directement le coordinateur qui prendra note de la situation pour la présenter en commission d'admission. Les partenaires ciblés peuvent être regroupés en 3 catégories :

| | |
|------------------------------------|---|
| <i>Médical et paramédical</i> | Centres hospitaliers, SSR et médecins généralistes |
| <i>Collectivités territoriales</i> | Conseil Départemental, CCAS et mairies déléguées |
| <i>Hébergements collectifs</i> | Résidences autonomie/services seniors, habitats inclusifs, partagés et participatifs. |

C) Informer les habitants sur le territoire de l'existence de la plateforme

Il est nécessaire de cibler les habitants qui pourraient être concernés par la plateforme. Ensuite, des supports de communication seront élaborés au sein du groupe de travail « organisation de la plateforme de ressources » et adaptés au public ciblé. Enfin, l'information sera diffusée dans des lieux stratégiques accueillant ces habitants.

3.6 Les indicateurs d'évaluation

| | 2023 | | | | | | 2024 | | | | | | 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| Evaluer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

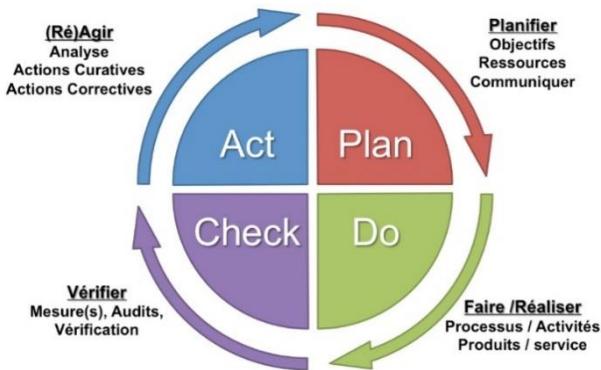
L'évaluation des actions entreprises se réalise dans le cadre de la démarche qualité. Jean-Michel Loubat (2015) explique que la démarche qualité s'est imposée aux ESMS dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale par les évaluations internes et externes. Elles sont basées sur des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques, comme la création d'outils garantissant les droits individuels et collectifs des personnes accueillies. L'article L312-8 du CASF précise que ces établissements évaluent la qualité des prestations et des services qu'ils délivrent. Sa finalité est d'améliorer en permanence la satisfaction des bénéficiaires par des accompagnements adaptés.

Au-delà du cadre légal, la démarche qualité est une opportunité pour l'établissement d'évoluer favorablement dans ses pratiques et pour la direction dans son activité managériale. C'est un état d'esprit qui part de l'équipe de direction pour s'orienter vers l'ensemble des professionnels.

Un système qualité reprenant l'ensemble de l'organisation, des procédures et des moyens seront mis en place.

Ainsi, il semble pertinent d'évaluer, dans un premier temps, le plan d'actions puis, dans un deuxième temps, son impact sur les bénéficiaires et leurs proches, sur l'établissement et sur les ressources humaines.

Pour y arriver, il est approprié d'utiliser la roue de Deming qui est un cycle dynamique d'amélioration recherchée de la qualité (Plan – Do – Check - Act).



Concernant le plan d'actions :

- **Plan (Planifier)** : La plateforme a été planifiée, les objectifs fixés, les actions à mettre en œuvre déterminées et la communication interne et externe réalisée.
- **Do (Réaliser)** : Le déploiement de la plateforme a été réalisée avec une montée en charge progressive.
- **Check (Vérifier)** : Une évaluation de la plateforme aura lieu une année après sa création. Elle permettra de vérifier les objectifs fixés et d'analyser les écarts.
- **Act (Ajuster)** : Des actions correctives seront mises en place et formalisées dans le but d'effectuer les ajustements nécessaires à la pérennisation de la plateforme. Le projet de service sera rédigé de façon définitive.

La démarche qualité s'amorce dès l'élaboration d'un projet. Les objectifs et les actions sont posés, comme les critères d'évaluation pour chaque étape.

Chaque critère sera évalué selon un pourcentage ayant différents degrés : 100 % - 75 % - 50 % - 25 % ou 0 % et d'un espace permettant de laisser des commentaires. La réalisation de la démarche projet, conjointement avec la démarche qualité présente plusieurs avantages : le suivi du déroulement des actions par l'ensemble des participants et la familiarisation pour les professionnels avec la démarche d'amélioration continue de la qualité dès le démarrage du projet.

Le management de la qualité est défini par l'ISO ainsi : « *l'ensemble des activités de la fonction générale de management qui déterminent la politique qualité, les objectifs et les responsabilités et les mettent en œuvre par des moyens tels que la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la qualité, l'amélioration de la qualité, dans le cadre du système de qualité* ». (Norme ISO 8402). Le PSM dispose d'un service qualité solide sur qui il peut s'appuyer et déléguer cette mission.

3.6.1 Pour les bénéficiaires et leurs proches

Pour rappel, les objectifs sont de :

- Construire une offre adaptée et cohérente aux besoins des habitants, peu développée sur le territoire,
- Favoriser la socialisation des personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes,
- Réaliser des actions de prévention et de repérage de la perte d'autonomie de la personne accueillie,
- Soutenir et conseiller les proches aidants permettant de réduire le risque de maltraitance à domicile.

| Evaluation qualitative | Evaluation quantitative |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Intégration du CVS• Enquête de satisfaction annuelle pour la personne et ses proches• Entretiens formels ou informels à domicile | <ul style="list-style-type: none">• Nombre de demandes d'inscriptions• Nombre de personnes accompagnées• Nombre d'interventions par personne• Nombre de PAP formalisés par an• Nombre de chutes, d'hospitalisations et de sorties par an |

3.6.2 Pour l'établissement et le dispositif

Pour rappel, les objectifs sont de :

- Développer des missions d'expertise et de maillage avec tous les acteurs de proximité
 - Développer l'expertise du PSM en organisant des interventions de professionnels formés,
 - Coordonner l'ensemble des interventions auprès de la personne.
- Structurer les partenariats avec les parties prenantes afin de soutenir une offre de qualité et inclusive
 - Formaliser les coopérations au moyen d'une convention avec les acteurs du maintien à domicile intégrant activement la plateforme,
 - Organiser des conventions de partenariat avec les établissements pouvant être prescripteurs et orienteurs.

| Gestion de la plateforme | Fonctionnement de la plateforme |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Analyse des coûts réels et maîtrise du budget• Mesure des écarts avec le budget prévisionnel• Reste à charge de la personne accueillie | <ul style="list-style-type: none">• Taux d'occupation annuel• Nombre de jours d'occupation de la chambre d'urgence par an• Durée des accompagnements• Nombre de sollicitations des astreintes de nuit |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'accompagnements par l'ergothérapeute, la psychologue et les agents de maintenance • Nombre d'activités d'animation à domicile et participation aux activités de l'EHPAD • Nombre de repas livrés à domicile et pris au PSM • Nombre et motifs d'appels par la téléassistance • Nombre de conventions de partenariats signés |
|--|--|

3.6.3 Pour les ressources humaines

Pour rappel, les objectifs sont de :

- Adapter le fonctionnement et les organisations du PSM
 - Redéployer une partie des missions des fonctions supports sur la plateforme de ressources,
 - Adapter l'accueil dans les services du PSM aux bénéficiaires de la plateforme.

| Evaluation qualitative | Evaluation quantitative |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Qualification des professionnels • Possibilité de mobilité vers la plateforme • Attractivité • Evolutions de carrière • Pouvoir d'agir des professionnels • Risques professionnels • Climat social et conflits | <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'absentéisme et turnover • Nombre d'accidents de travail • Nombre d'entretiens professionnels • Nombre de redéploiement des professionnels de l'EHPAD • Nombre de formations annuelles • Temps passé avec chaque bénéficiaire |

De plus, un rapport d'activités annuel sera réalisé par le coordinateur et remis aux membres du COPIL, au conseil d'administration et aux autorités de tarification.

Enfin, les évaluations internes et externes permettront une évaluation globale du dispositif.

Le déploiement d'une nouvelle activité nécessite une communication dense et régulière permettant à chacun de se l'approprier. Pour cela, un plan de communication sera mis en place, tant sur le plan interne qu'externe.

3.7 Le plan de communication

Selon Patrick Lefèvre (2016), « *La communication peut être définie comme le moyen le plus adapté de mettre en commun, de s'informer, de traduire des intentions et des messages à destination interne et à celle de l'environnement* ». Elle peut être globale ou

précise en fonction des cibles recherchées et des types de messages. Elle peut être orale, écrite ou visuelle. La communication sensibilise et favorise l'adhésion à un projet.

3.7.1 La communication en interne

La communication interne cherche à faire savoir et à faire comprendre à l'ensemble des professionnels la politique actuelle de l'établissement et les stratégies déployées pour y parvenir. Elle s'adresse aux membres du conseil d'administration, à l'ensemble des professionnels ainsi qu'aux personnes accueillies et leurs proches.

A) Le Comité de Pilotage

Il se réunit tous les deux mois pour faire un point sur l'avancée du projet. Toutes les étapes sont validées par le COPIL selon les objectifs et les critères d'évaluation définis au démarrage du projet.

B) La Fondation FASSIC et le conseil d'administration

Le directeur de la Fondation ainsi que le conseil d'administration sont informés de façon régulière sur l'avancée du projet et les différentes étapes de validation. La plateforme va s'intégrer dans le projet stratégique de la Fondation d'une part, et plus spécifiquement, dans le projet d'établissement du PSM d'autre part.

C) Les professionnels du Pôle Santé des Mauges

Le projet est présenté à l'ensemble des professionnels du PSM lors de réunions institutionnelles. Des notes d'informations seront affichées au fur et à mesure des étapes validées. Une communication orale régulière aura lieu lors des temps de transmissions. Les temps d'entretiens individuels avec les professionnels de façon formelle ou informelle favoriseront le partage des informations.

Les instances officielles comme le CSE et le CSSCT seront informés à chaque réunion. Ils pourront relayer les informations auprès de leurs collègues et répondre à leurs questions.

D) Les personnes accueillies et leurs proches

Le CVS est l'instance représentative des personnes accueillies et de leurs proches. Une information sur l'avancée du projet aura lieu à chaque réunion (soit 8 pendant la période du projet), permettant ainsi de recueillir leurs avis et remarques tout au long du déploiement.

3.7.2 La communication en externe

La communication externe recherche ou entretient l'adhésion et la motivation des acteurs et des habitants d'un territoire. Elle est essentielle pour un déploiement efficace de la plateforme. Elle concerne les autorités de tarification et les élus locaux, les partenaires, la Médecine du Travail et la population locale.

A) Les autorités de tarification et les élus locaux

Un dialogue s'instaure et s'intensifie au fur et à mesure de l'avancée du projet avec l'ARS et le Conseil Départemental de Maine et Loire. Ces échanges auront lieu oralement et physiquement lors de la négociation. Les échanges se poursuivront de manière régulière en visioconférence, par email ou par téléphone, sauf en cas de besoin particulier.

B) Les partenaires

Cette communication se veut continue et vitale. En effet, les partenaires vont participer activement au déploiement de la plateforme. Elle a démarré dès les prémisses du projet en proposant à certains d'être parties prenantes et à d'autres de l'intégrer par la suite. Elle s'organise sous la forme de réunions, d'échanges oraux formels et informels, par email et par supports papiers. Des plaquettes de présentation seront diffusées auprès d'orienteurs potentiels.

C) La Médecine du Travail

Elle est membre du CSSCT. Elle est sollicitée dans le cadre du projet en lien avec les risques psychosociaux et la qualité de vie au travail.

D) La presse locale

Le déploiement réussi de la plateforme est lié à la communication réalisée auprès de la population locale. Pour cela, chaque avancée du projet sera relayée dans les médias : les journaux communaux, territoriaux, départementaux et régionaux. Le site Internet de la FASSIC sera régulièrement mis à jour. La plateforme sera visible sur le site Internet national pour les personnes âgées.

E) Les portes ouvertes

Une inauguration lors de l'ouverture officielle est envisagée et des portes ouvertes seront organisées lors des manifestations festives du PSM qui convient les résidents et leurs proches et les bénévoles.

Conclusion

Au travers de ce travail, j'ai souhaité apporter des réponses à une question sociétale récurrente et de plus en plus prégnante dans le secteur médico-social, à savoir le maintien à domicile des personnes dans leur perte d'autonomie. Une analyse des éléments contextuels et institutionnels ainsi que l'environnement territorial et social m'ont permis d'en comprendre l'ensemble des enjeux et de choisir la stratégie la plus adaptée à ceux-ci. Les prévisions concernant le nombre de séniors, leur espérance de vie et leur dépendance sont en augmentation. Elles encouragent les politiques publiques à développer de nouvelles solutions d'accompagnements moins coûteuses et en adéquation avec les besoins et les attentes de la population. Ainsi, les places d'EHPAD n'augmenteront pas. Les habitats alternatifs se diversifient et trouvent un public intéressé, à la condition que les prix restent abordables.

Travaillant en EHPAD depuis 15 ans, j'en ai vu ses évolutions : des résidents de plus en plus âgés et dépendants entrant parce que c'est la seule solution pour leur accompagnement dans les derniers moments de leur vie ; des contraintes financières de plus en plus fortes et un turnover de professionnels attestant d'une pénibilité au travail qui s'est accrue au fil des années ; des faits divers relatés dans la presse écrite et télévisuelle dégradant toujours plus l'image des EHPAD.

Dans le cadre de l'enquête de besoins, les 10 personnes interrogées ont exprimé à l'unanimité leur souhait de ne pas entrer en EHPAD, comme 80 % des Français aujourd'hui. Ce travail n'a de sens que si l'intérêt de la personne et de ses proches aidants sont au cœur de nos préoccupations professionnelles.

La conclusion à cela est simple : incontestablement, l'EHPAD doit se réorganiser et s'adapter aux évolutions des politiques publiques et aux besoins des futurs seniors. Pour être attractif et resté compétitif, le directeur doit adopter une posture managériale d'anticipation en ayant une vision à long terme répondant toujours mieux aux besoins émergents des seniors.

Les politiques publiques encouragent les restructurations des établissements, les mutualisations de compétences et les coopérations entre services sur un même territoire. La création d'un nouveau projet représente toujours un risque, notamment financier pour un établissement. Cependant, l'absence de stratégie d'évolution représente un risque beaucoup plus important de voir, à terme, l'établissement péricliter, n'ayant pas su s'adapter aux évolutions de la société. Le PSM bénéficie de nombreuses forces : une Fondation souhaitant développer ses offres de services au profit des nouvelles

générations ; 3 Pôles sur lesquels s'appuyer pour l'accompagnement de publics vulnérables, son environnement partenarial et la renégociation en cours du CPOM.

Face à ces constats et dans ce contexte, s'est imposée la création de la plateforme de ressources. La logique de prestations permet un accueil au sein du PSM (logique « IN ») ou un redéploiement de son activité au domicile de la personne âgée (logique « OUT »). Cette démarche porte une réelle ambition de réponses aux besoins recensés. Elle n'est pas sans conséquence pour l'organisation du PSM et de multiples freins peuvent se manifester. Cependant, la fédération des acteurs du maintien à domicile est une force et une complémentarité non négligeable. La notion de parcours prend alors tout son sens.

L'équipe pluridisciplinaire de la plateforme de ressources aura un fort potentiel capable de gérer les complexités par leur entraide et leurs compétences moyennant un partage d'informations adapté. Cette équipe sera à accompagner dans le changement et par la formation. De nouvelles compétences se développeront pouvant être un facteur positif de qualité de vie au travail et de mobilité des salariés.

Cette plateforme est présentée avec « un panier de services » pouvant évoluer au cours des prochaines années en fonction des demandes et des besoins des habitants. Elle se veut évolutive et adaptable au public qu'elle accueillera.

Enfin, la société française se doit d'évoluer dans sa façon d'appréhender le vieillissement. Aujourd'hui, la personne vieillissante est évaluée selon ses incapacités. Une vision d'elle par le prisme de son autonomie modifierait positivement la vision du grand âge en France et son accompagnement. Cela aurait pour conséquence une image positive du grand âge et une meilleure attractivité des métiers concernant l'aide à la personne, permettant un accompagnement de qualité de nos aînés et un respect de leurs choix de vie.

Bibliographie

OUVRAGES

- BLANCHET M. (2017). *Atlas des seniors et du grand âge en France*. Rennes, Presses de l'EHESP. 118 pages.
- BRAMI G. (2022). *La fin des EHPAD ? Réalités ignorées ou vérités rejetées*. Paris, Vérone éditions. 245 pages.
- ENNUYER B. (2014). *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation*. Paris, Dunod. 310 pages.
- JANVIER R. (2012). *La fonction de direction en institution sociale et médico-sociale. Diriger : c'est du jeu ?* Paris, l'Harmattan. 204 pages.
- LE BRUN T. (2018). *Améliorer la qualité et le bien-être en EHPAD*. Brignais, Le Coudrier. 186 pages.
- LEFEVRE P. (2016). *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*. Avec la collaboration de SCANELLARI T. Paris, Dunod. 416 pages.
- LOUBAT J.-R. (2015). *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*. Paris, Dunod. 282 pages.
- MIRAMON J.-M. (2009), *Le métier de directeur, techniques et fictions*. Rennes, ENSP. 269 pages.
- QUILOU-RIOUAL M. et QUILOU-RIOUAL M. (2020). *Communication professionnelle et travail en équipe pluridisciplinaire en ESSMS : En 29 notions*. Paris, Dunod. 462 pages.

CHARTES

- Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée. Juin 2010. [En ligne]. https://www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter_FR.pdf.
- Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. Version révisée 2007. [En ligne]. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charter_2007_affiche-2.pdf.

TEXTES LEGISLATIFS

- Code de l'Action Sociale et des Familles, articles L.113-1, R.314-158, D.312-155-0 à D.312-159.2 et L.312-8.

- Loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources.
- Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.
- 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 d'autonomie.
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.
- Loi n°2005-12 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, article 2.
- Loi n°2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales.
- Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
- Assemblée Nationale. Proposition de loi n°1061 enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 4 avril 2023. [En ligne]. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b1061_proposition-loi.

CIRCULAIRES ET DECRETS

- Circulaire DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap.
- Circulaire DGCS/SD5B/2014/287 du 20 octobre 2014 relative à la procédure d'appel à projets et d'autorisation des établissements sociaux et services médico-sociaux.
- Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

CONCERTATIONS ET PLANS

- LIBAULT D. *Concertation Grand âge et autonomie*. Mars 2019.
- LIBAULT D. *Vers un service public territorial de l'autonomie*. 17 mars 2022.
- Plan « Vieillissement et solidarité ». 2003.
- Plan « Solidarité grand âge ». 2006.
- Plan « Alzheimer et maladies apparentées ». 2008-2012.

- Plan « Maladies neurodégénératives ». 2014-2019.

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES - ANESM

- ANESM. « *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* ». Janvier 2012. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_synthese-bleu-pe-ps.pdf.
- ANESM. « *Le soutien des aidants non professionnels* ». Novembre 2014. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-synthese-soutien_aidants-vdef.pdf.
- ANESM. « *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées – Volet domicile* ». Février 2016. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpp_reperage_des_risques_personnes_agees_a5-bat - pdf_interactif.pdf.

RAPPORTS ET ETUDES

- ARS Pays de la Loire, Loire-Atlantique, Département de Maine et Loire Anjou, La Mayenne Le département, Sarthe Le Département, Vendée Le Département. *Plan d'action régional, L'accompagnement médico-social des personnes handicapées vieillissantes*.
- ARS Pays de la Loire, Mauges Communauté. *Contrat Local de Santé (CLS) de Mauges Communauté 2017-2021*.
- Beaupréau en Mauges, CADDEP. *Analyse des Besoins Sociaux, Commune de Beaupréau en Mauges*. Mars 2022.
- Chambre régionale des comptes Pays de la Loire. *Rapport d'observations définitives et sa réponse. Département de Maine-et-Loire (Enquête relative à l'accompagnement et à la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes)*. Exercices 2016 et suivants. [En ligne]. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/departement-de-maine-et-loire-enquete-relative-laccompagnement-et-la-prise-en-charge>.
- DREES. Etudes et recherches. *Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID*. N°204. Décembre 2002. [En ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er204.pdf>.
- DREES. Etudes et résultats. *9.3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021*. N°1255. Février 2023. [En ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/ER1255MAJ1002.pdf>.

- DREES. Etudes et résultats. *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements pour personnes âgées*. N°1237. Juillet 2022. [En ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>.
- DREES. Les dossiers de la DREES. *Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ?* N°104. Février 2023.
- Haut-Commissariat au plan, Matières Grises. Les études de Matières Grises. *Quand les babyboomers auront 85 ans*. #6 – Janvier 2023. [En ligne]. https://matieres-grises.fr/nos_publication/quand-les-babyboomers-auront-85-ans-projections-pour-une-offre-dhabitat-adapte-a-lhorizon-2030-2050/.
- HAS. Recommander les bonnes pratiques. *Note de cadrage « Répit des aidants »*. Juillet 2022. [En ligne]. https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-07/nc_repit_aidants_vf.pdf.
- Institut des Politiques Publiques. *Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives*. Rapport IPP N°41. 16/03/2023. [En ligne]. https://www.ipp.eu/wp-content/uploads/2023/03/Rapport_IPP_41_vieillir_a_domicile_synthese.pdf.
- Les études de Matières Grises - #4 – Mai 2021. L'EHPAD du futur commence aujourd'hui. Propositions pour un changement radical de modèle, p. 59 à 61. [En ligne]. https://matieres-grises.fr/nos_publication/lehpad-du-futur-commence-aujourd'hui/.
- LAROQUE P. Rapport du Haut Comité Consultatif de la Population et de la Famille. 1962.
- MAINE ET LOIRE.FR. *Schéma Départemental de l'Autonomie*. [En ligne] <https://www.maine-et-loire.fr/aides-et-services/professionnels/guides-plans-et-schemas/autonomie>.
- MAUGES COMMUNAUTE. *Rapport d'activité 2021 CLIC de Mauges Communauté*.
- Montrevault sur Evre, CADDEP. *Analyse des Besoins Sociaux, Commune de Beaupréau en Mauges*. Mars 2020
- Projet Régional de Santé Pays de la Loire 2018-2022. Les livrets du PRS. *Evaluation des Besoins Médico-Sociaux des Personnes Agées Synthèse*. Version arrêtée du 18 mai 2018. [En ligne]. <https://www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/media/34510/download?inline>.

REVUES

- Anjou, le mag de votre département. #1. Janvier/Février 2023.
- LE BIHAN B. *La politique en matière de dépendance en France et en Europe : des enjeux multiples*. Gérontologie et Société. 2013/2 (vol. 36 / N°145), p. 13 à 24. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2013-2-page-13.htm>.

ARTICLES DE PERIODIQUES

- AZEMA B. MARTINEZ N., *Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie. Une revue de la littérature.* Revue française des affaires sociales, p. 295-333. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-2-page-295.htm>.
- ENNUYER B. *1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile. Et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie.* Gérontologie et société, 2007/4 (vol. 30 / n° 123), p. 153-167. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-153.htm>.
- JEANDEL C. *Les différents parcours du vieillissement.* Les Tribunes de la santé, 2005/2 (n° 7), p. 25-35. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2005-2-page-25.htm>.
- JOEL M.-E. *Les conditions de vie des personnes âgées vivant à domicile d'après l'enquête HID.* Revue française des affaires sociales, p. 103-122. [En ligne] <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2003-1-page-103.htm>.
- SAUTEGEAU Armelle, GARRIGUES Céline, FOURROUX Maryse, « Évolution des politiques sociales envers les personnes en situation de handicap », *Empan*, 2016/4 (n° 104), p. 19-24. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-empan-2016-4-page-19.htm>.
- TRABUT L. *Aider un proche aujourd'hui : état des lieux et perspectives.* Informations sociales, 2022/4 (n° 208), p. 14-23. [En ligne] <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2022-4-page-14.htm>.

RESSOURCES INTERNET

- Conseildépendance. *EHPAD : QUELLES EST L'OFFRE EN 2023 EN FRANCE ?* 28 février 2023. [En ligne]. <https://www.conseildependance.fr/ehpadquelle-est-loffre-en-2023-en-france/>.
- Data.maine-et-loire.fr. *Habitats intermédiaires en Maine-et-Loire.* Mise à jour des données le 8 mars 2023. [En ligne]. <https://data.maine-et-loire.fr/pages/habitat-intermediaire/>.
- Fassic. Accueillir et Prendre soin. [En ligne]. <https://fassic.org/>.
- GoodPlanet mag'. « *La retraite au vert ou la vie à la ferme, une alternative à l'EHPAD* ». 26 janvier 2021. [En ligne]. <https://www.goodplanet.info/vdj/la-retraite-au-vert-ou-la-vie-a-la-ferme-une-alternative-aux-ephad/>.
- Handi Espoir. *La Maison d'Accueil Familial le Boistissandeau.* [En ligne]. <https://handiespoir.fr/nos-lieux-d-accueil-et-d-accompagnement/la-maison-daccueil-familial-le-boistissandeau/>.

- L'EXPRESS. *EHPAD : le Danemark, ce pays où les seniors sont rois.* 2022. [En ligne]. https://www.lexpress.fr/monde/europe/ehpad-le-danemark-ce-pays-ou-les-seniors-sont-rois_2167320.html.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION. *Personnes âgées, les chiffres clés.* Mis à jour le 21.12.2021. [En ligne]. <https://sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>.
- MAUGES COMMUNAUTE. *Maison de l'Habitat.* [En ligne]. <https://www.maugescommunaute.fr/vivre-et-habiter/maison-habitat/>.
- OBSERVATOIRE DES TERRITOIRES. [En ligne]. <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>.
- Pour les personnes âgées.gouv.fr. *L'APA à domicile.* Mis à jour le 24.04.2023. [En ligne]. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/lapa-domicile>.
- Service public.fr. *Accueil familial d'une personne âgée et/ou handicapées (accueillant familial).* [En ligne]. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15240>.
- UNI SANTE. Hospital Christine. *Panorama 2021 des EHPAD.* 18 janvier 2023. [En ligne]. <https://www.uni-sante.fr/actualites/panorama-ehpad-2021>.

DOCUMENTS INTERNES

- CPOM PA/PH – Annexe Question Projets transformation offre – 9 septembre 2022
- Livrets d'accueil des ESM et VSSJ.
- Note de synthèse du projet stratégique – 6 mars 2023.
- Rapports d'activités des Pôles Personnes Agées et Personnes Handicapées.

Liste des annexes

ANNEXE I : L'échelle de Zarit pour les aidants et l'aide apportée

ANNEXE II : L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes dans une logique de parcours

ANNEXE III : L'enquête de besoins auprès des personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes à domicile et ses résultats

ANNEXE IV : Les plans des ESM et du VSSJ

ANNEXE V : Les listes d'attente du Pôle Personnes Agées, de l'UPHA et de l'UPHV

ANNEXE VI : La cartographie des établissements accueillant des personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissante sur Mauges Communauté

ANNEXE VII : Le diagramme de Gantt du déploiement de la plateforme de ressources

ANNEXE VIII : Le schéma de l'EHPAD plateforme

ANNEXE I : L'échelle de Zarit pour les aidants et l'aide apportée

Échelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.

Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

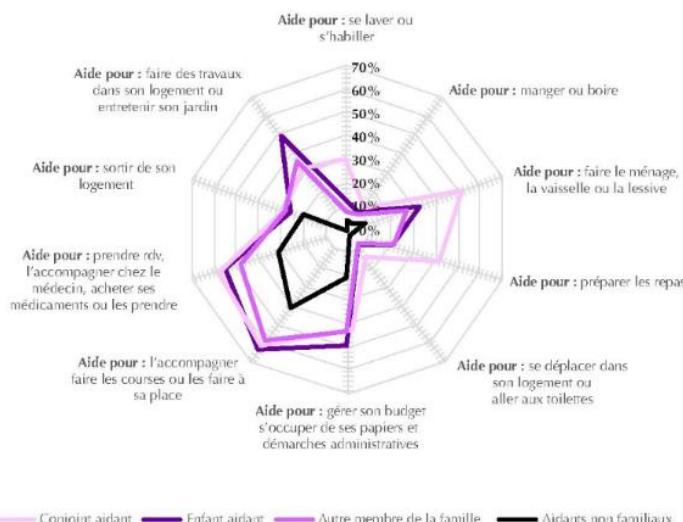
Cotation :
 0 = jamais
 1 = rarement
 2 = quelquefois
 3 = assez souvent
 4 = presque toujours

À quelle fréquence vous arrive-t-il de...

| | |
|---|-----------|
| Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ? | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ? | 0 1 2 3 4 |
| Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ? | 0 1 2 3 4 |
| Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ? | 0 1 2 3 4 |
| Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ? | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ? | 0 1 2 3 4 |
| Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ? | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que votre parent est dépendant de vous ? | 0 1 2 3 4 |
| Vous sentir tendu en présence de votre parent ? | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ? | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ? | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ? | 0 1 2 3 4 |
| Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ? | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ? | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ? | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ? | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ? | 0 1 2 3 4 |
| Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ? | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ? | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ? | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ? | 0 1 2 3 4 |
| En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ? | 0 1 2 3 4 |

La revue du Gériatrie, Tome 26, N°4 AVRIL 2001

POURCENTAGE DES TYPES D'ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR LES AIDANTS SELON LEUR LIEN FAMILIAL AVEC L'INDIVIDU AIDÉ

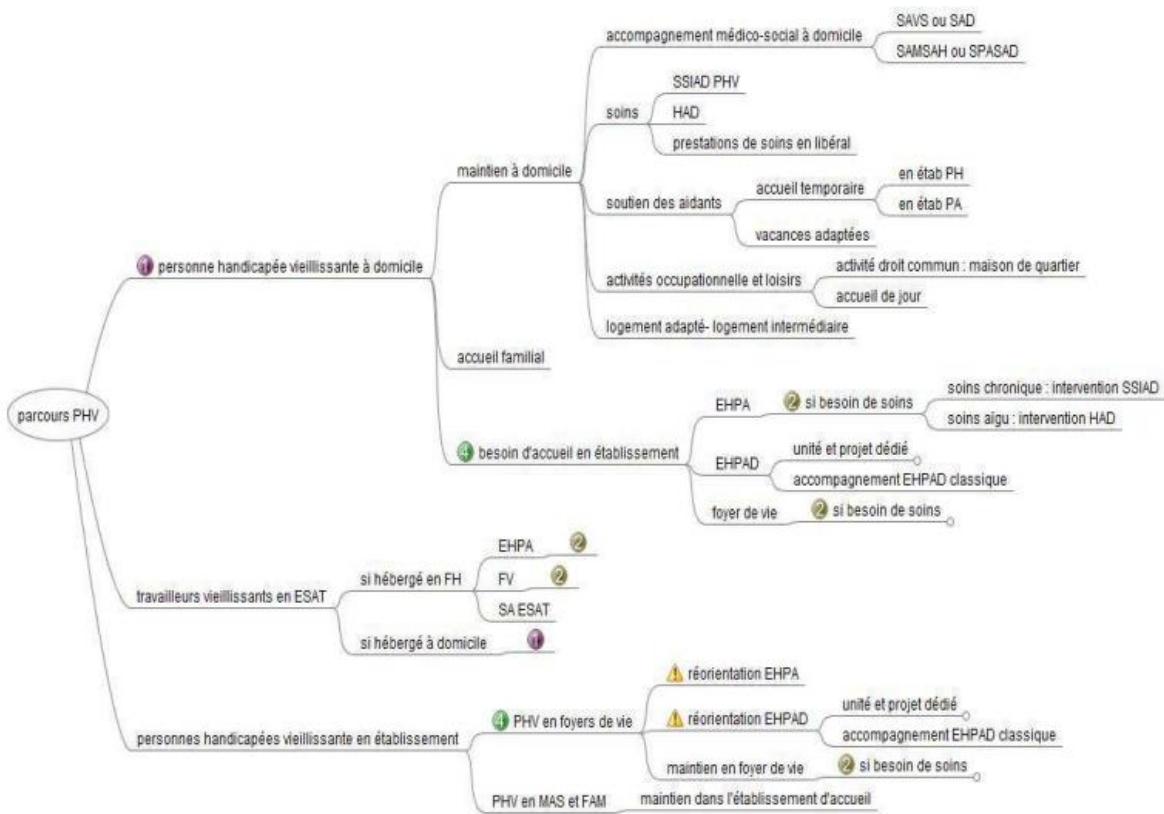


Ce graphique met en lumière l'aide très importante apportée par un conjoint, un enfant ou un autre membre de la famille, pour accompagner faire les courses, aller chez le médecin ou remplir les papiers administratifs. L'aide reste faible pour le déplacement dans le logement ou pour aller aux toilettes.

Enquête Care 2015⁷³.

⁷³ <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2022-4-page-14.htm>

ANNEXE II : L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes dans une logique de parcours



Ce schéma démontre bien l'accompagnement d'une personne en situation de handicap vieillissante selon son profil et dans une logique de parcours. Les différentes structures du domicile ou d'un établissement social et médico-social sont bien visibles⁷⁴.

⁷⁴ Op. cit., page 16.

ANNEXE III : L'enquête de besoins auprès des personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes à domicile et ses résultats

**ETUDE DE BESOINS A DESTINATION
DES PERSONNES AGEES ET/OU HANDICAPEES VIVANT A DOMICILE**

VOTRE PROFIL

- 1- Vous êtes
- Un homme Une femme Age :
- 2- Votre commune de résidence :
- 3- Votre problème de santé :
- 4- Etes-vous accompagné à domicile par un aidant ?
- Familial ? Conjoint Enfant Autre :
- Professionnel ?

VOTRE LOGEMENT

- 5- Dans quel type de logement vivez-vous ?
- Maison individuelle Appartement Autre :
- Logement de plain-pied Logement à étage
- 6- Pensez-vous que votre logement soit adapté pour vous dans les 5 prochaines années ? Oui Non
- 7- Pourquoi ?
- 8- Que faudrait-il modifier dans votre logement dans les 5 prochaines années pour une adaptation optimale à votre quotidien ?
- 9- Idéalement, où souhaiteriez-vous vivre une fois la dépendance installée ?
- Classer les items par ordre de préférence, de 1 à 6 ou 7.
- Votre domicile Dans ma famille ou famille d'accueil
- Habitat partagé, type colocation Habitat intergénérationnel
- EHPAD/UPHA/UPHV Résidence Séniors
- Autres :

VOTRE ACCOMPAGNEMENT

- 10- Quels sont les professionnels intervenant à votre domicile au quotidien ?
- Le SSIAD L'ADMR L'HAD
- Autres :
- 11- Qu'auriez-vous besoin comme accompagnement supplémentaire ?

12- Etes-vous inscrits dans un établissement, type EHPAD/UPHA/UPHV ?

- Oui Non
 A court terme (- 1 an) A moyen terme (1 à 2 ans) A long terme (+ 2 ans)

13- Pour quelles raisons ?

LE POLE SANTE DES MAUGES

14- Si le PSM proposait les prestations ci-dessous, en auriez-vous besoin ?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Déjeuner à l'EHPAD/UPHA/UPHV | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Participation aux activités de la vie sociale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Accueil de jour | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Soirées à thème (sommeil, nutrition...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Sensibilisation à la maladie d'Alzheimer | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Ecoute et soutien à l'aïdant | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Pourquoi ? | | |

15- Quelle image avez-vous de l'EHPAD/UPHA/UPHV de façon générale ?

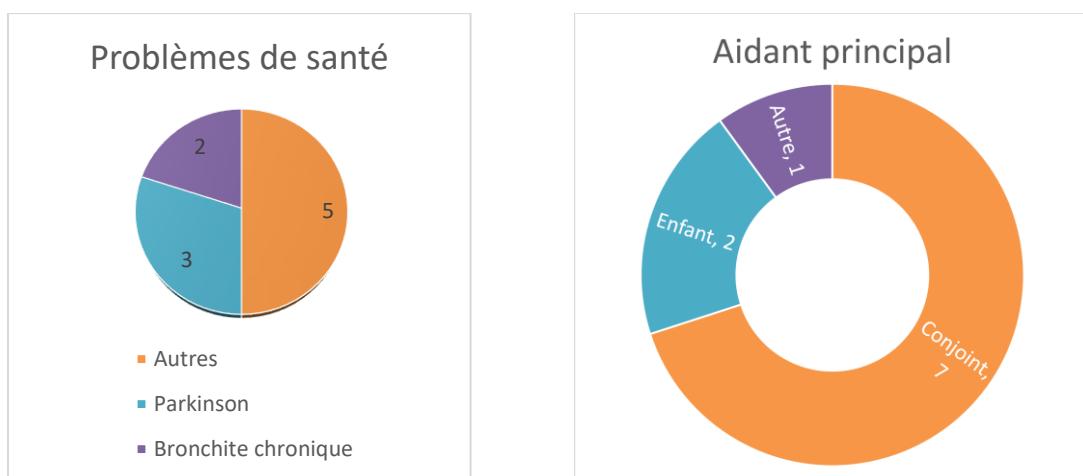
16- Quelle image avez-vous du Pôle Santé des Mauges plus particulièrement ?

17- Idéalement, comment souhaiteriez-vous vivre votre vieillesse ?

Merci pour votre participation !

Les résultats :

5 hommes et 5 femmes ont répondu à l'enquête. La moyenne d'âge pour les hommes est de 79 ans et pour les femmes de 83 ans.



Autres : Canal lombaire écrasé, diabète

et insuffisance cardiaque, sclérose en plaque,
hémiplégie et perte d'autonomie.

Autre : Voisins

Concernant le logement, 5 personnes vivent dans une maison de plain-pied et 5 autres dans une maison à étage. 7 personnes considèrent que leur logement est adapté pour eux dans les 5 prochaines années.

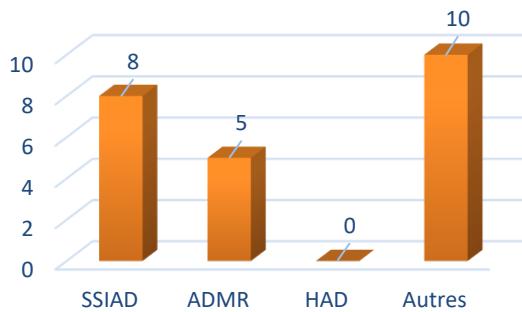
| POURQUOI ? | | |
|--|--|---|
| OUI | NON | A MODIFIER DANS LES 5 PROCHAINES ANNEES |
| <i>Rampe à l'entrée, salle de bains aménagée</i> | <i>Chambre et salle de bains à l'étage</i> | <i>Modifier le séjour en chambre. Quid de la salle de bains ?</i> |
| <i>Terrasse et allée dans le jardin faites. Véhicule adapté. Fauteuil de douche.</i> | <i>Marches intérieures et extérieures</i> | <i>Agrandir la porte de la chambre ?</i> |
| <i>Cloisons et placards cassés. Installation d'un lavabo plus haut.</i> | <i>Maison grande et vide. Salle de bains trop petite. Chambre dans le salon.</i> | <i>Modifier la douche et retirer les marches à l'entrée de la maison.</i> |
| <i>Absence de marche à l'intérieur. Douche à l'italienne aménagée au début de la maladie à la place de la baignoire.</i> | | <i>Refaire les WC. Une petite marche à l'entrée ne pose pas problème avec un déambulateur mais avec un fauteuil roulant ?</i> |
| <i>Douche à l'italienne dans la salle de bains. Poignées d'appui dans les WC. Rampes à l'extérieur.</i> | | |
| <i>Maison pensée à la construction pour la dépendance déjà présente.</i> | | |
| <i>Travaux dans la salle de bains réalisée pour l'épouse.</i> | | |

Idéalement, où souhaiteriez-vous vivre une fois la dépendance installée ?

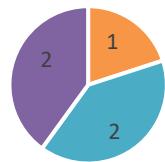
| Habitant | Choix 1 | Choix 2 | Choix 3 | Choix 4 | Choix 5 |
|----------|----------|-------------------|-------------------|------------------|---------|
| 1 | Domicile | Autre | Habitat partagé | Inter Génération | EHPAD |
| 2 | Domicile | Habitat partagé | Inter Génération | EHPAD | |
| 3 | Domicile | Résidence Seniors | EHPAD | | |
| 4 | Domicile | Résidence Seniors | Habitat partagé | Inter Génération | EHPAD |
| 5 | Domicile | Habitat partagé | Résidence Seniors | EHPAD | |
| 6 | Domicile | | | | |
| 7 | Domicile | Résidence Séniors | EHPAD | | |
| 8 | Domicile | Habitat partagé | Résidence Seniors | EHPAD | |
| 9 | Domicile | Habitat partagé | Résidence Seniors | EHPAD | |
| 10 | Domicile | EHPAD | | | |

Autre : Louer une chambre à un étudiant

Les professionnels intervenants à domicile



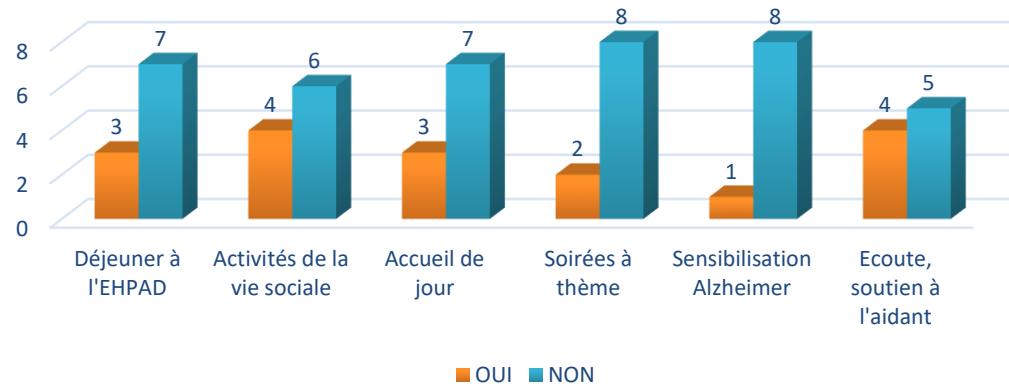
Besoins supplémentaires en accompagnement ?



Autres : Kinésithérapeutes, Orthophonistes, portage de repas, Infirmier libéral, jardinier, aide à domicile en chèque CESU.

5 personnes sont inscrites en EHPAD, dont 2 à court terme et une à long terme. 4 d'entre elles évoquent des inscriptions de précaution et une autre la solitude et l'insécurité à domicile.

Si le PSM proposait ces prestations, seriez-vous intéressés ?



Si non, pourquoi ? Informations reçues par l'extérieur ; Ne souhaite pas s'exposer devant les autres ; De temps en temps, ce ne sera pas une habitude ; Aidé très fatigable ; N'est pas intéressé.

Quelle image avez-vous de l'EHPAD/UPHA/UPHV de façon générale ?

| |
|---|
| <i>Peur. Voir les voisins oubliés leurs proches. Mélange des publics. Absence de libertés. Horaires à respecter. Image renvoyée par les médias.</i> |
| <i>Dernière demeure. Convivialité.</i> |
| <i>Fin de vie. Dernière demeure.</i> |
| <i>"Chaque personne qui entre perd sa personnalité". Traitement identique. Vivre la même chose que les autres.</i> |
| <i>Dernier recours. Lieu de fin de vie. Accepter, partager avec les autres. Absence d'intimité et de libertés.</i> |
| <i>Absence de confiance. Expériences malheureuses dû à un accompagnement spécifique.</i> |
| <i>Coût élevé. On ne vit pas comme on veut d'après ce qu'on entend. Manque de personnel. COVID qui amène une privation de libertés de recevoir.</i> |
| <i>130 jours à l'Hôpital. Horaires des repas pénibles. Univers hospitaliers.</i> |
| <i>Des personnes avec des troubles cognitifs ne permettant pas les échanges. Etablissement indispensable pourtant.</i> |
| <i>Coût financier important.</i> |

Quelle image avez-vous du Pôle Santé des Mauges plus particulièrement ?

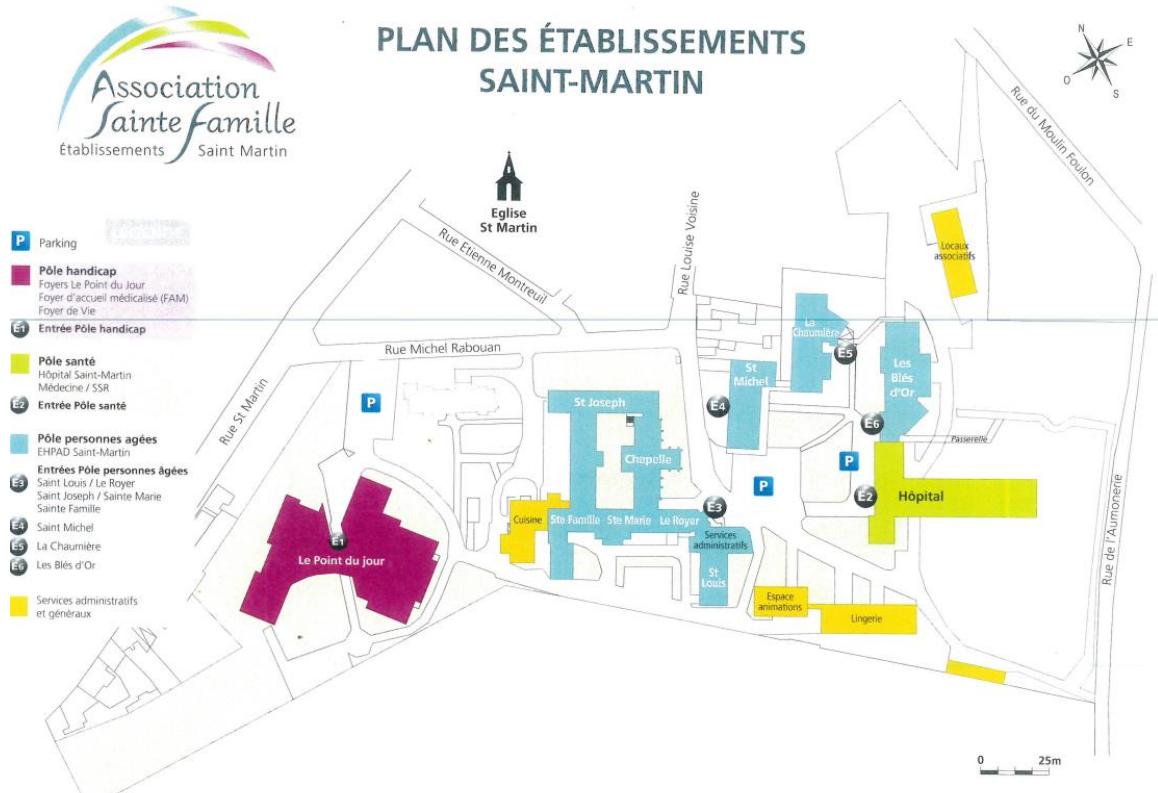
| |
|---|
| <i>Peu de temps resté en SSR (3 semaines).</i> |
| <i>Suivi du conjoint. Continuité de l'Accueil de Jour. Souhait du maintien de l'Accueil de Jour.</i> |
| <i>Mouroir. ESM enclavé. Il faut être autonome pour y aller.</i> |
| <i>Peu d'informations sur les services proposés.</i> |
| <i>Séjour à l'Hôpital de Beaupréau. Bon accompagnement. Aide bénéfique pour la kiné respiratoire.</i> |
| <i>Ma belle-mère était au PA VSSJ. Beaucoup d'activités nouvelles. Elle était entourée.</i> |

Idéalement, comment souhaiteriez-vous vivre votre vieillesse ?

| |
|---|
| <i>Avoir une santé acceptable et une bonne cognition. A domicile.</i> |
| <i>Rester au domicile avec des aides supplémentaires.</i> |
| <i>En couple. Décider pour soi, être entouré de la famille et des amis.</i> |
| <i>Chez moi en augmentant l'accompagnement.</i> |
| <i>Chez moi, en couple, en augmentant l'accompagnement.</i> |
| <i>Que ça dure comme maintenant ! Augmenter les aides si besoin. En dernier ressort et par résignation l'EHPAD.</i> |
| <i>Rester maître de ses décisions. Le plus longtemps à domicile et sans souffrance.</i> |
| <i>Accompagnement complémentaire si nécessaire.</i> |
| <i>Rester en bonne santé et mourir dans son sommeil.</i> |
| <i>Vivre au jour le jour.</i> |

ANNEXE IV : Les plans des ESM et du VSSJ

Les Etablissements Saint-Martin (ESM)



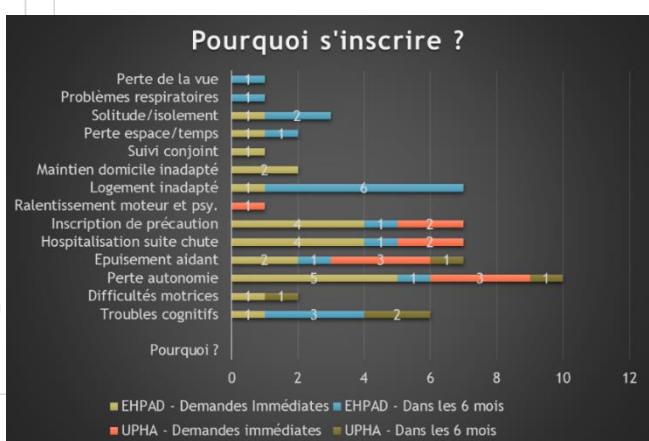
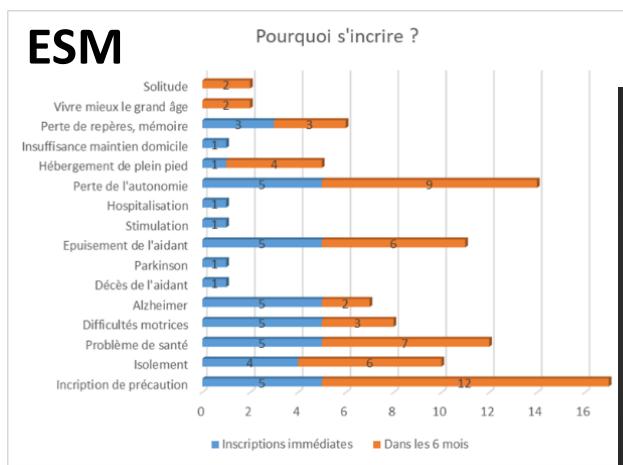
Le Village Santé Saint-Joseph (VSSJ)



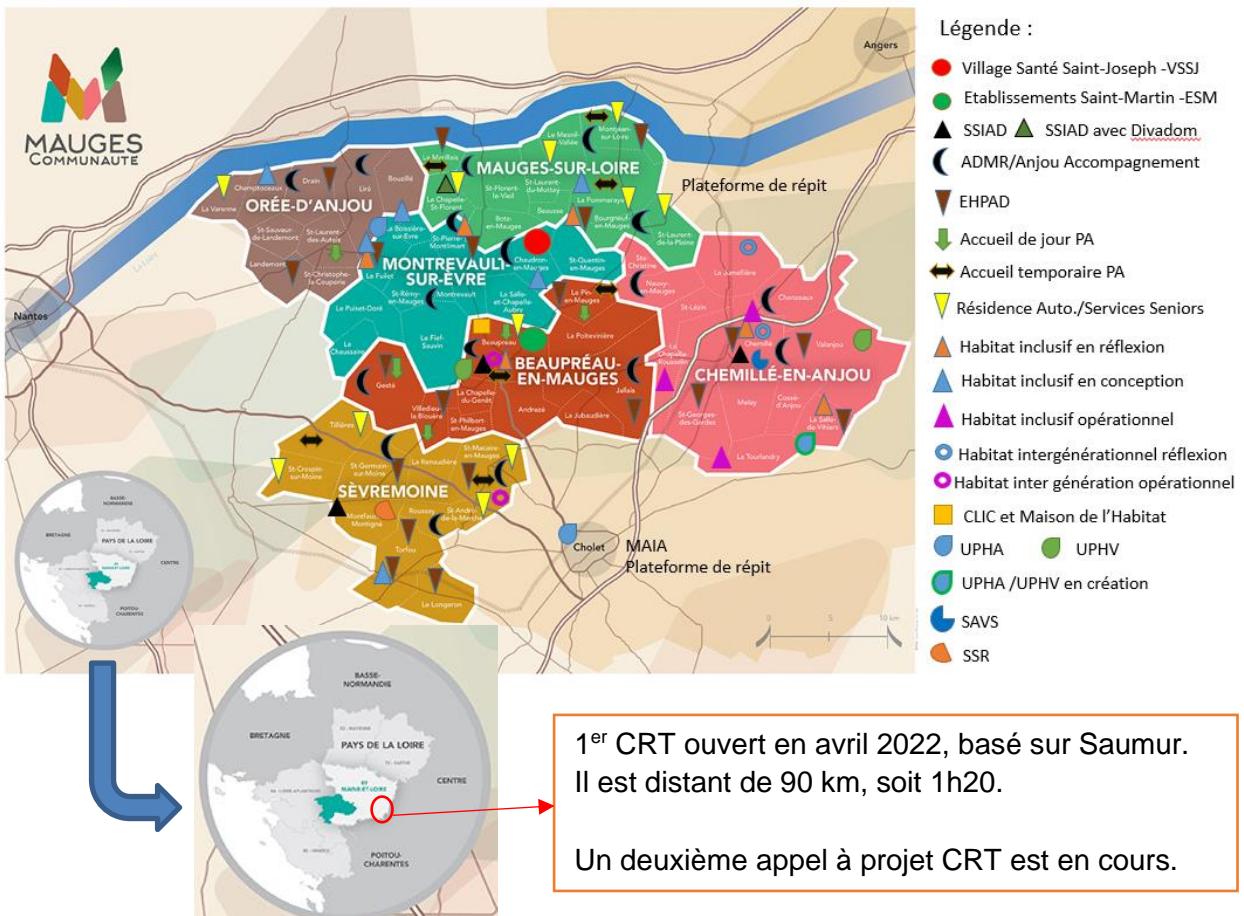
ANNEXE V : Les listes d'attente du Pôle Personnes Agées, de l'UPHA et de l'UPHV

- **Pour les ESM** : 82 demandes dites « immédiates », 51 demandes dites « dans les 6 mois » et 151 demandes dites « à échéance plus lointaine », soit 288 demandes.
 - **Pour le VSSJ** : 52 demandes dites « immédiates », 26 demandes dites « dans les 6 mois » et 60 demandes dites « à échéance plus lointaine », soit 128 demandes.

| Demandes dites « immédiates » au 31/12/2022 | EHPAD (ESM) | EHPAD (VSSJ) | UPHA (VSSJ) |
|---|--|---|---|
| Nombre de demandes | 28.47 % | 37.68 % | |
| Provenance de la demande | 51.22 % Domicile 17.07 % EHPAD 24.39 % Autres | 84.62 % Domicile | 37.5 % Domicile 20.83 % EHPAD |
| Origine géographique | 45.24 % Beaupréau en Mauges | 61 % Montrevault/Evre 31 % Beaupréau en Mauges 8 % Mauges sur Loire | 27 % Montrevault sur Evre 23 % Beaupréau en Mauges 18 % Mauges sur Loire |
| Demandes par GIR majoritaires | 38.10 % GIR 2 35.71 % GIR 4 | 45 % GIR 4 25 % GIR 2 | 44.44 % GIR 3 22.22 % GIR 2 22.22 % GIR 4 |
| Motifs de la demande d'admission | Perte d'autonomie Epuisement aidant Alzheimer Difficultés motrices Problème santé Inscrip. précaution | Perte d'autonomie Inscription précaution Hosp. suite chute Epuisement aidant Maintien à domicile et logement inadapté | Perte d'autonomie Epuisement aidant Inscription précaution Hospitalisation suite chute |



ANNEXE VI : La cartographie des établissements accueillant des personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissante sur Mauges Communauté



Dans le détail⁷⁵:

- Beaupréau en Mauges :
 - 467 places d'EHPAD
 - 1 projet d'habitat inclusif
 - 1 habitat intergénérationnel
 - 70 places en Résidence Autonomie
 - 28 places d'UPHA
- Montreault sur Evre :
 - 200 places d'EHPAD
 - 5 projets d'habitats inclusifs en réflexion ou en conception
 - 25 places d'UPHA
 - 11 places d'UPHV

Le Maine et Loire dénombre 129 EHPAD, soit 10 412 places correspondant à un taux d'équipement de 127 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans (124 pour les Pays de la Loire). La moyenne nationale étant de 97, le département se situe très largement au-dessus.

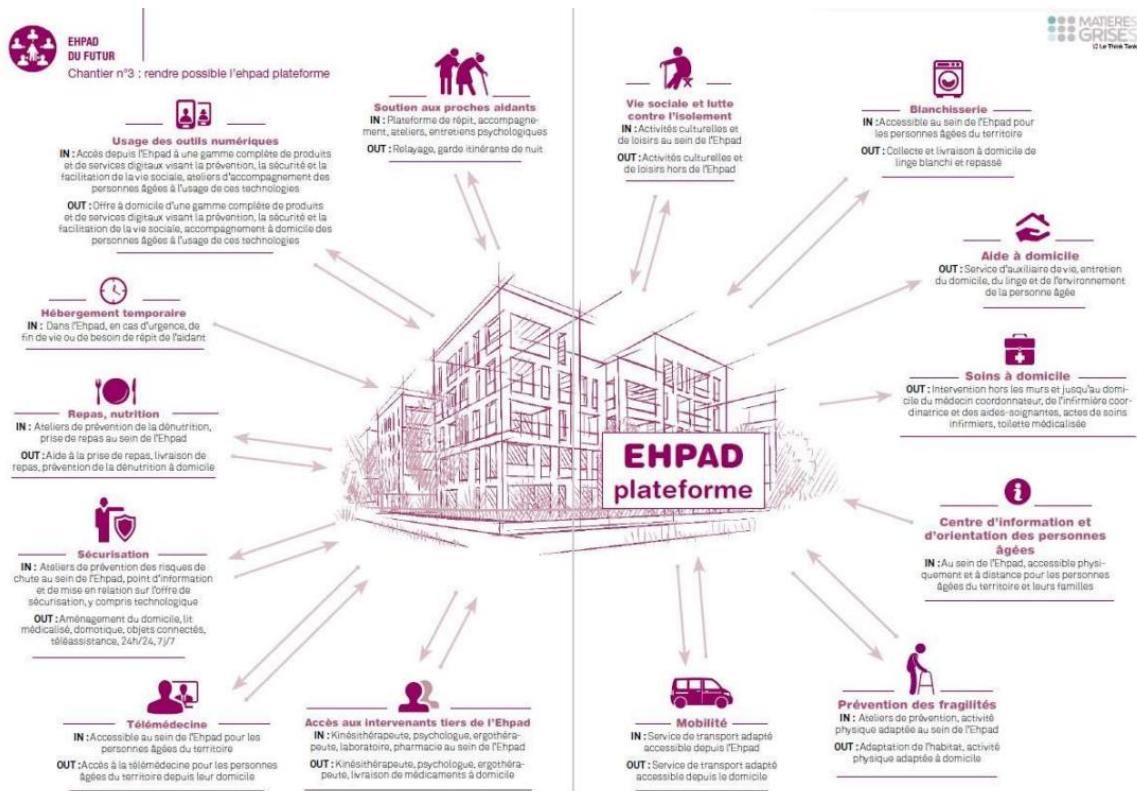
⁷⁵ Op. cit., page 43.

ANNEXE VII : Le diagramme de Gantt du déploiement de la plateforme de ressources

| | 2023 | | | | | | 2024 | | | | | | | | | | | | |
|---|------|-------|------|-------|------|------|------|-------|------|------|------|-----|------|-------|------|-------|------|------|------|
| | juin | juil. | août | sept. | oct. | nov. | déc. | janv. | fév. | mars | avr. | mai | juin | juil. | août | sept. | oct. | nov. | déc. |
| Communiquer et mobiliser autour du projet | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proposition au Conseil d'Administration | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Réunion d'information auprès des instances | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rencontre avec les acteurs du maintien à domicile | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Création d'un COPIL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Accompagner le changement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaborer le projet | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Réunions du COPIL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ecriture du projet par le coordinateur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Groupe de travail "Acteurs du maitien à domicile sur le territoire" | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Groupe de travail "Organisation de la plateforme de ressources" | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Négocier avec les autorités de tarification | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rencontre et négociation avec les autorités de tarification | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Validation du projet par les autorités de tarification | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Créer la plateforme de ressources | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Constitution de l'équipe et recrutements | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formalisation des conventions avec les partenaires | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formations et intégration de l'équipe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Préparation des moyens matériels | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Communication externe : habitants, prescripteurs.... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Constitution de la liste d'admission | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ouverture de la plateforme de ressources | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mise en œuvre de la plateforme de ressources | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Montée en charge progressive de la plateforme | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Occupation pleine de la plateforme | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluation et ajustements | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Finalisation de l'écriture du projet de service | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | 2025 | | | | | | | | | | | |
|---|-------|------|------|------|-----|------|-------|------|-------|------|------|------|
| | janv. | fév. | mars | avr. | mai | juin | juil. | août | sept. | oct. | nov. | déc. |
| Communiquer et mobiliser autour du projet | | | | | | | | | | | | |
| Proposition au Conseil d'Administration | | | | | | | | | | | | |
| Réunion d'information auprès des instances | | | | | | | | | | | | |
| Rencontre avec les acteurs du maintien à domicile | | | | | | | | | | | | |
| Création d'un COPIL | | | | | | | | | | | | |
| Accompagner le changement | | | | | | | | | | | | |
| Elaborer le projet | | | | | | | | | | | | |
| Réunions du COPIL | | | | | | | | | | | | |
| Ecriture du projet par le coordinateur | | | | | | | | | | | | |
| Groupe de travail "Acteurs du maitien à domicile sur le territoire" | | | | | | | | | | | | |
| Groupe de travail "Organisation de la plateforme de ressources" | | | | | | | | | | | | |
| Négocier avec les autorités de tarification | | | | | | | | | | | | |
| Rencontre et négociation avec les autorités de tarification | | | | | | | | | | | | |
| Validation du projet par les autorités de tarification | | | | | | | | | | | | |
| Créer la plateforme de ressources | | | | | | | | | | | | |
| Constitution de l'équipe et recrutements | | | | | | | | | | | | |
| Formalisation des conventions avec les partenaires | | | | | | | | | | | | |
| Formations et intégration de l'équipe | | | | | | | | | | | | |
| Préparation des moyens matériels | | | | | | | | | | | | |
| Communication externe : habitants, prescripteurs.... | | | | | | | | | | | | |
| Constitution de la liste d'admission | | | | | | | | | | | | |
| Ouverture de la plateforme de ressources | | | | | | | | | | | | |
| Mise en œuvre de la plateforme de ressources | | | | | | | | | | | | |
| Montée en charge progressive de la plateforme | | | | | | | | | | | | |
| Occupation pleine de la plateforme | | | | | | | | | | | | |
| Evaluer | | | | | | | | | | | | |
| Evaluation et ajustements | | | | | | | | | | | | |
| Finalisation de l'écriture du projet de service | | | | | | | | | | | | |

ANNEXE VIII : Le schéma de l'EHPAD plateforme



Ce schéma très complet reprend bien la logique « IN », les activités se réalisant au sein de l'EHPAD et la logique « OUT », les activités se réalisant au domicile de la personne.

La plateforme de ressources reprend certaines thématiques. Elle est évolutive selon les besoins et les demandes des personnes accueillies⁷⁶.

⁷⁶ Op. cit., page 58.

| | | |
|---|---------|---------------|
| BARREAU | Aurélie | Novembre 2023 |
| Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale | | |
| ETABLISSEMENT DE FORMATION : ARIFTS Rezé | | |
| PREVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES ET/OU EN SITUATION DE HANDICAP VIEILLISSANTES SOUHAITANT RESTER A DOMICILE DANS LEUR TERRITOIRE DE VIE | | |
| <p>Résumé :</p> <p>Le maintien à domicile est plébiscité par une grande majorité des personnes âgées et/ou en situation de handicap vieillissantes, avec la contribution de proches aidants dont la présence reste un enjeu majeur. Les politiques publiques en France comme en Europe œuvrent pour y répondre favorablement, d'autant que la croissance démographique de ce public va s'amplifier au cours des prochaines années.</p> <p>Le Pôle Santé des Mauges est situé sur Beaupréau en Mauges et Montrevault sur Evre et est composé de 3 Pôles d'activités : Hôpital, Pôle Personnes Agées et Pôle Personnes Handicapées. Il est reconnu sur le territoire pour ses multi-compétences et l'accueil des publics multi-pathologiques.</p> <p>Pour ce qui concerne les personnes âgées, le territoire est sur-doté en places d'EHPAD et l'établissement se prépare à accueillir des personnes de plus en plus âgées et dépendantes demandant des soins complexes et un accompagnement en fin de vie plus important. Dans le même temps, les acteurs du maintien à domicile sur le territoire tentent de répondre à des demandes toujours plus nombreuses.</p> <p>Face à ces constats, le Pôle Santé des Mauges s'engage dans une réflexion visant à soutenir le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie et offrir du soutien aux aidants. L'établissement adopte ainsi une logique de prestations plutôt qu'une logique de structure. De plus, il rejoint pleinement les demandes des politiques publiques actuelles, qu'elles soient nationales, régionales ou départementales.</p> <p>La stratégie développée dans ce mémoire consiste à créer une plateforme de ressources en partenariat avec les acteurs du maintien à domicile et proposer des prestations selon 2 logiques : « IN » : au sein de l'EHPAD et « OUT » : à domicile. L'enjeu de cette plateforme réside autour de l'engagement, de la coopération de tous les partenaires et acteurs et la mutualisation des moyens, dans le but de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie sur le territoire.</p> | | |
| <p>Mots clés :</p> <p>EHPAD – PERTE D'AUTONOMIE – MAINTIEN A DOMICILE – PROCHES AIDANTS – LIBRE CHOIX – TERRITOIRE – TRAVAIL PARTENARIAL – PROJET – PLATEFORME DE RESSOURCES – LOGIQUE « IN » ET « OUT »</p> | | |
| <p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p> | | |