



**Directeur d'Établissements Sanitaires,
Sociaux et Médico-sociaux**

Promotion : **2011 - 2012**

Date du Jury : **Décembre 2012**

**De la diversification des services à
leur structuration pour mieux
accompagner le parcours d'autonomie :
les EHPAD, futures plates-formes
gériatriques**

De la réflexion à la construction d'un projet de
plate-forme à la Résidence intercommunale Jean Villard

Isabelle GARNIER

Remerciements

Je tiens à remercier M^{me} Bernadette GAUDIER pour l'écoute et les conseils qu'elle m'a apportés. J'ai eu un réel plaisir à travailler ensemble, dans un cadre professionnel et relationnel de qualité.

Je remercie, pour sa collaboration agréable et professionnelle, l'ensemble de l'équipe de la Résidence intercommunale Jean Villard dont l'engagement et la présence auprès des résidents est remarquable.

Un merci chaleureux aux résidents, aux familles, aux professionnels et aux administrateurs que j'ai côtoyé pendant ces 8 mois : des échanges humains, reflets de notre souhait d'un vivre ensemble dans le respect de chacun.

Je remercie tous les professionnels et non-professionnels sollicités qui ont participé directement ou indirectement à la rédaction de ce mémoire ou à sa relecture.

Une attention particulière à M. Georges DESMOTS.

*« La sagesse, c'est d'avoir des rêves suffisamment grands
pour ne pas les perdre de vue lorsqu'on les poursuit. »*

Oscar Wilde

Information préalable

Pour faciliter le déroulé de la réflexion ainsi que sa compréhension par le lecteur, les différents dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux à destination des personnes âgées ne font pas l'objet, lors de leur utilisation, d'une définition si celle-ci ne sert pas la finalité de la réflexion.

Aussi, un glossaire est proposé en Annexe 6.

Sommaire

Introduction.....	1
1 La diversification des services, une réponse partielle au parcours d'autonomie.....	5
1.1 Une logique de parcours en progression.....	5
1.1.1 Du parcours de soins au parcours d'autonomie.....	5
1.1.2 Des services gradués pour répondre aux stades progressifs de la dépendance.....	8
1.2 Le parcours d'autonomie face à des contraintes qui le perturbent.....	10
1.2.1 Des freins multiples et imbriqués.....	10
1.2.2 Une construction difficile du projet personnalisé.....	11
1.3 Le parcours d'autonomie appelle une réponse continue et globale.....	13
1.3.1 Un besoin d'anticipation et de continuité.....	13
1.3.2 Un besoin d'accompagnement global.....	15
1.4 Des évolutions professionnelles nécessaires.....	16
1.4.1 Le positionnement des professionnels.....	16
1.4.2 L'intervention des professionnels.....	19
2 La plate-forme gérontologique : une structuration des services.....	23
2.1 Positionner le parcours d'autonomie au service du parcours de vie.....	23
2.1.1 La coordination personnalisée et de proximité, une mission implicite	23
2.1.2 L'accompagnement au service du parcours de vie, la mission centrale.....	25
2.2 Renforcer l'accompagnement du parcours d'autonomie.....	27
2.2.1 Créer un lien privilégié avec la personne âgée.....	28
2.2.2 Introduire une nécessaire transversalité, entre établissement et domicile.....	31
2.3 Structurer la plate-forme : Quelles compétences ? Quels services ?.....	34
2.3.1 Une pluridisciplinarité, à vocation prioritairement thérapeutique, renforcée d'une compétence sociale.....	34
2.3.2 Une palette de services étoffée et pertinente.....	37
3 Des évolutions nécessaires pour installer les plates-formes gérontologiques.....	41
3.1 Les conséquences de la transversalité.....	41
3.1.1 Une harmonisation des pratiques et des outils à engager.....	41
3.1.2 Une mutualisation à rendre effective par un renforcement des temps.....	43
3.1.3 Une mission du médecin gériatre coordonnateur à conforter.....	44
3.2 L'évolution du cadre national de l'offre médico-sociale.....	46
3.2.1 Adapter la procédure d'appel à projet et les critères d'éligibilité.....	47
3.2.2 Faire évoluer les modes de financement.....	49
3.2.3 Soutenir une réponse efficiente.....	50
Conclusion.....	53

Liste des sigles utilisés

Les sigles suivis d'un astérisque* font l'objet d'une présentation dans le glossaire situé en Annexe 6.

AJ*	Accueil de Jour
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
ARS	Agences Régionales de Santé
ASG	Assistant de Soins en Gériatrie
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CESF	Conseiller en Économie Sociale et Familiale
CISS	Collectif Inter-associatif Sur la Santé
CLIC*	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
DREES	Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPA*	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD*	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMG*	Équipe Mobile de Gériatrie
ESA*	Équipe Spécialisée Alzheimer
ESSMS	Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
ETP	Équivalent Temps Plein
FFAMCO	Fédération Française des Associations de Médecins COordonnateurs
GIN*	Garde Itinérante de Nuit
HAS	Haute Autorité de Santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HPST	Loi portant réforme de l'Hôpital et relatives aux Patients, à la Santé et aux Territoires
HT*	Hébergement Temporaire
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MAIA*	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MARPA*	Maison d'Accueil Rural pour Personnes Âgées
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
ONISEP	Office National d'Information Sur les Enseignements et les Professions
ORSMIP	Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées

PASA*	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PSGA	Plan Solidarité Grand Âge
SAAD*	Service d'Aide À Domicile
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SIPAG	Syndicat Intercommunal pour la Personne ÂGée
SSIAD*	Service de Soins Infirmiers À Domicile
SPASAD*	Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UHR*	Unité d'Hébergement Renforcé

Introduction

Le Plan Solidarité Grand Âge (PSGA) souligne en 2006 l'impératif d'adapter l'organisation sanitaire et médico-sociale « à la diversité des attentes et des besoins des personnes âgées¹ ». Une logique de parcours apparaît pour « offrir une réponse graduée et adaptée à chaque situation² ». Cette notion de parcours de la personne âgée, qualifié ici de parcours d'autonomie intègre simultanément deux aspects complémentaires. D'une part, le parcours d'autonomie représente l'ensemble des étapes vécues par la personne âgée face à la progression de la dépendance et/ou de la maladie d'Alzheimer. D'autre part, le parcours d'autonomie regroupe l'ensemble des interventions ou dispositifs mis en œuvre pour préserver les capacités d'autonomie ou compenser les effets irréversibles du vieillissement.

Engagé dans la réponse à ce parcours d'autonomie, le secteur gérontologique s'est diversifié. Les dispositifs à destination des personnes âgées et de leurs aidants familiaux, en institution ou à domicile, sont variés³ : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Foyer logement, Hébergement temporaire (HT), Accueil de jour (AJ), Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Service d'aide à domicile (SAAD), etc. La Résidence intercommunale Jean Villard⁴ située à Pollionnay, commune rurale en proximité de l'agglomération urbaine de Lyon s'est inscrite dans cette diversification. Créé en 1975 par le Syndicat intercommunal pour la personne âgée (SIPAG), l'EHPAD s'est tout d'abord réorganisé en 2006 en créant des unités sectorisées adaptées aux différents stades de la dépendance ainsi qu'une unité spécifique pour les personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer. Ensuite, l'EHPAD crée en 2007 un SSIAD pour personnes âgées et handicapées puis ouvre en 2011 un Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et un service d'accueil temporaire, regroupant un hébergement temporaire et un accueil de jour.

La diversification des services a été un des facteurs de l'évolution des EHPAD, les engageant dans une réflexion sur la cohérence des solutions qu'ils proposent aux personnes âgées sur leur territoire. Ainsi, dès l'ouverture de l'hébergement temporaire, la direction et l'équipe médico-sociale⁵ de la Résidence intercommunale Jean Villard ont observé non seulement une augmentation nette du nombre de situations accompagnées mais également une plus grande diversité de situations rencontrées, des attentes nouvelles de la part des usagers et un besoin d'évaluation renforcé pour clarifier les objectifs attendus par la

1 MINISTÈRE DÉLEGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE, Plan Solidarité Grand Âge, 27 Juin 2006, p. 5.

2 Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008 – 2012, 1^{er} Février 2008, p. 21.

3 cf. Glossaire en Annexe 6.

4 Une fiche de présentation de l'établissement se trouve en Annexe 1.

5 L'équipe médico-sociale comprend le médecin coordonnateur, les cadres infirmiers, les infirmières et notamment l'infirmière coordonnatrice de l'HT, la psychologue et l'animatrice.

personne âgée et sa famille. Par ailleurs, les situations des personnes âgées à domicile, connues jusqu'alors uniquement par le SSIAD qui en relayait la complexité, sont désormais partagées par l'ensemble des professionnels.

Ces premiers constats ont permis de mettre en évidence que la prise en compte du parcours d'autonomie, à domicile et en institution, doit trouver un sens commun. L'évolution de la Résidence ne peut se limiter à une diversification de ses services. Porter un projet commun à tous les services, centré sur les besoins de la personne âgée dans son parcours, est envisagé comme une solution structurante et devant donner du sens à l'action des professionnels. *In fine*, l'organisation même de la Résidence, proposant désormais une palette de services est susceptible d'évoluer. Mais sous quelle forme ?

L'engagement de cette réflexion au sein de la Résidence intercommunale Jean Villard rejoint les réflexions nationales sur le rôle nouveau que peuvent remplir les EHPAD. En effet, par leur implantation sur le territoire national, leur fonctionnement continu et les compétences qu'ils regroupent, leur potentiel est réel et fait l'objet simultanément d'incitations ministérielles et d'initiatives territoriales. En 2008, Valérie LETARD, alors Secrétaire d'État chargée de la solidarité, encourage le développement « *à la place des simples EHPAD [de] plates-formes gérontologiques complètes* »⁶. Plus récemment en février 2012, Roselyne BACHELOT-NARQUIN, alors Ministre des solidarités et de la cohésion sociale, clôture les 2^{èmes} rencontres scientifiques de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en formulant le souhait de « *faire évoluer notre système vers une offre intégrée de type plate-forme de service* »⁷. Dans cette perspective, M^{me} BACHELOT-NARQUIN indique la nécessité pour les EHPAD de « *constituer un pivot proposant une palette plus large d'accompagnement, y compris vers le domicile* ».

Qu'en est-il d'une réelle structuration des EHPAD : de leurs objectifs, de leur projets, de leurs moyens ? Force est de constater que les acteurs ont pris acte de cette ambition. La diversification des services s'accompagne d'initiatives territoriales qui préfigurent l'introduction de nouvelles structures. Des notions nouvelles apparaissent : « pivot⁸ », « plate-forme de services⁹ », « centre de ressources¹⁰ ». Ces notions n'ont actuellement

6 LETARD V., Discours au congrès annuel de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs, Avril 2008, p. 6.

7 BACHELOT-NARQUIN R., Discours de clôture des 2^{èmes} rencontres scientifiques de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Février 2012, p. 7.

8 « *Faire des EHPAD les pivots de plateformes territoriales multi-services* ». Conseil général du département des Deux Sèvres, Schéma gérontologique 2010-2014, p. 30.

9 L'ARS Rhône-Alpes a lancé en 2012 un appel à projets pour la création d'une structure innovante de type EHPAD plate-forme de services pour personnes âgées et handicapées vieillissantes.

10 L'ARS Limousin souhaite accompagner le développement des EHPAD en tant que « *centres de ressources* ». ARS Limousin, SROMS 2012-2016, Janvier 2012, p. 501.

aucun cadre législatif ou réglementaire, s'inscrivent dans une logique d'évolution spontanée du secteur et recouvrent des réalités multiples.

Le terme « *plate-forme gérontologique* » sera utilisé ici pour désigner un EHPAD ayant regroupé plusieurs services et qui propose un projet spécifique. Ce terme introduit une double approche, structurelle et fonctionnelle. La plate-forme peut être définie comme un lieu privilégié où sont concentrés plusieurs établissements ou services à destination d'une population âgée dépendante. La juxtaposition de ces services suffit-elle cependant à la définir ? Fonctionnellement, la plate-forme gérontologique semble trouver son essence dans la volonté, d'une part de construire une offre regroupée pour répondre aux attentes des personnes âgées, d'autre part de s'appuyer sur les compétences existant au sein des établissements et services. Le partage d'un même objectif de prise en charge de la personne âgée, par des établissements et services regroupés, suffit-il à assurer la cohérence du projet de la plate-forme considérée dans sa globalité ?

Envisager l'accompagnement de la personne âgée dans le cadre d'un parcours, à domicile comme en institution, en proposant une palette de services, introduit la nécessité de repenser le rôle des EHPAD : comment les structurer en plates-formes gérontologiques pour mieux accompagner le parcours d'autonomie de la personne âgée ?

Les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ont la responsabilité de s'assurer de l'adéquation de l'action sociale et médico-sociale de leurs établissements telle que définie par les articles L116-1 et L116-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Adapter l'action de l'établissement aux besoins des usagers s'inscrit dans une démarche stratégique du directeur. Ce dernier construit, en concertation avec ses équipes et avec les partenaires extérieurs, un projet d'établissement adapté aux besoins du parcours d'autonomie et fait évoluer l'établissement et la pratique des professionnels en cohérence avec ce projet.

Trois axes d'investigation¹¹ ont été retenus pour mener cette réflexion. Le premier est l'étude menée au sein de la Résidence intercommunale Jean Villard avec un double objectif. En premier lieu, il s'agit d'approfondir des parcours de personnes âgées accompagnées pour identifier leurs besoins. En second lieu, un bilan de l'adaptation de l'établissement et des professionnels à la diversification des services se justifie pour identifier les orientations nécessaires en terme de fonctionnement de l'établissement. Cet axe d'investigation s'appuie d'une part sur l'analyse de plusieurs parcours d'usagers et d'autre part sur des entretiens avec les professionnels qui ont été enrichis largement par la prise en compte d'échanges intégrés au fonctionnement de l'établissement. En effet, une attention particulière a été portée au contexte de la Résidence. La structure a ouvert, successivement au cours de

11 Les axes d'investigations et les outils méthodologiques sont présentés en Annexe 2 et Annexe 3.

l'année 2011, trois services : un HT, un AJ et un PASA. Les équipes soignantes et administratives, notamment l'équipe médico-sociale assurant l'encadrement et le portage des projets, ont absorbé une charge de travail importante, certes conjoncturelle, pour élaborer les projets des services et assurer leur ouverture. Toutefois, les fonctions d'encadrement sont fortement mobilisées par la complexité des situations, l'augmentation de l'activité et une intensification de l'activité administrative. L'absence de temps supplémentaire accordé à ces fonctions d'encadrement pèse sur la possibilité de dégager un temps de réflexion qu'elles jugent par ailleurs nécessaire. Pour respecter ce contexte, les échanges avec les professionnels se sont réalisés à la fois sous la forme d'entretiens notamment dans le cadre de l'analyse des parcours d'usagers mais plus fréquemment d'échanges intégrés au fonctionnement de l'établissement (réunions de suivi d'ouverture des services, réunions de l'équipe cadre¹²). Cette immersion dans la réalité du fonctionnement de l'établissement a, de plus, permis une réelle prise en compte de l'évolution en cours au sein de la structure. La synthèse et le bilan¹³ de cette étude ont conduit à écrire un cahier des charges avec les orientations possibles pour la Résidence intercommunale Jean Villard en tant que plate-forme gériatologique, orientations qui sont à ce jour non mises en œuvre et font l'objet d'un échange avec l'Agence régionale de santé (ARS).

Compte-tenu du caractère d'actualité de la notion de plate-forme et de parcours de la personne âgée, les deux autres axes d'investigation ont pour finalité d'apporter des éléments complémentaires pour étayer la réflexion portée au sein de la Résidence et également apporter des points de comparaison et des contrepoids. Ainsi, le second axe d'investigation comporte une ouverture sur le territoire par la sollicitation des partenaires institutionnels et professionnels, la participation aux travaux de la filière gériatrique et la prise en compte des orientations du futur programme régional de santé. Il comporte également une ouverture sur des structures ou des expériences similaires¹⁴. Quant au troisième axe d'investigation, il consiste en une revue des travaux menés sur le thème du parcours de la personne âgée.

Ces investigations ont conforté les constats des professionnels de la Résidence intercommunale Jean Villard. L'offre médico-sociale proposée par les EHPAD, désormais variée et graduée, doit évoluer pour mieux accompagner la personne âgée dépendante. En effet, la diversification des services à destination de la personne âgée apporte une réponse partielle à son parcours d'autonomie (1). Pour répondre aux besoins ainsi identifiés, structurer l'EHPAD en plate-forme gériatologique permet de proposer un accompagnement renforcé du parcours d'autonomie (2). Installer des plates-formes gériatologiques implique des évolutions pour consolider l'offre proposée et permettre une réelle transformation des EHPAD (3).

12 L'équipe cadre comprend la directrice, le médecin coordonnateur, les cadres infirmiers, la psychologue et l'animatrice.

13 La synthèse et le bilan de l'étude interne sont présentés en Annexe 4.

14 cf. Grille d'entretien en Annexe 3.

1 La diversification des services, une réponse partielle au parcours d'autonomie

Le parcours d'autonomie s'amorce avec l'apparition de la dépendance, définie comme « *le besoin d'aide des personnes de 60 ans ou plus pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne* »¹⁵. Alors que le maintien à domicile est le vœu majoritaire des Français, la dépendance vient donc bousculer l'organisation de la vie à domicile. En effet, le parcours d'autonomie se caractérise par des stades de progression de la dépendance qui sont autant d'étapes auxquelles la personne âgée, son entourage et les professionnels doivent trouver les adaptations nécessaires.

La notion de parcours a donc évolué progressivement, du parcours de soins vers le parcours d'autonomie, pour répondre à la progression de la dépendance (1.1). Cependant, la réponse apportée au parcours d'autonomie par la diversification des services est partielle : des freins au déroulement du parcours d'autonomie restent à lever (1.2) et un besoin de continuité et d'accompagnement global est mis en évidence (1.3). Par ailleurs, parmi cette diversité de services, le positionnement et l'intervention des professionnels évoluent pour compléter la réponse apportée au parcours d'autonomie (1.4).

1.1 Une logique de parcours en progression

La logique de parcours est apparue avec le parcours de soins en 2004 pour évoluer progressivement vers le parcours d'autonomie de la personne âgée comme facteur de changement de l'organisation de l'offre sanitaire et médico-sociale (1.1.1). Dans ce contexte, tenant compte des stades de la dépendance, la diversification des services permet d'apporter une réponse graduée aux situations rencontrées par les personnes âgées (1.1.2).

1.1.1 Du parcours de soins au parcours d'autonomie

En 2004, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie confie le parcours de soins coordonné au médecin traitant référent. À partir de 75 ans et pour une durée moyenne de 4,4 années¹⁶, les polyopathologies sont très fréquentes et requièrent l'intervention de multiples professionnels de santé. Dans le cadre du parcours de soins, le médecin traitant organise et coordonne leur intervention. Les services à destination des personnes âgées, tels ceux proposés par la Résidence intercommunale Jean Villard, s'inscrivent dans ce parcours de soins. À domicile, le SSIAD constitue un service de soins et de surveillance sur prescription et en relation avec le médecin traitant. En cas

15 DUÉE M., REBILLARD C., La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040, Données sociales, La société française, 2006, p. 614.

16 loc. cit.

d'hospitalisation, l'HT peut accueillir la personne âgée avant le retour à domicile¹⁷. Dans le cadre de l'hébergement permanent, l'EHPAD accueille des résidents fortement polyopathologiques¹⁸ et assure une surveillance médicale grâce à l'équipe infirmière et aide-soignante exerçant sous la coordination du médecin coordonnateur selon les prescriptions du médecin traitant.

Cependant, le parcours de soins ne couvre pas toute l'étendue des besoins. Face à des facteurs sociaux et environnementaux, combinés avec l'âge et les polyopathologies, la personne âgée passe d'un stade de vulnérabilité (diminution des capacités, fatigabilité) à une situation de fragilité en terme de mobilité, d'équilibre, de capacités cognitives, etc. La personne âgée fragilisée éprouve des difficultés à faire face aux changements qui se produisent entrant alors dans une phase de déclin fonctionnel. La vulnérabilité et la fragilité se traduisent en conséquences directes sur l'autonomie y compris lors d'une hospitalisation « *qui peut avoir des effets traumatisants immédiats [...] ou différés* »¹⁹. Le déclin fonctionnel conduit progressivement à la perte d'autonomie, résultant « *d'une interaction entre un état de santé donné et des facteurs environnementaux* »²⁰. Le parcours d'autonomie est donc conditionné à la prise en compte des critères de fragilité et à la mise en œuvre d'une organisation des soins adaptée. Parcours de soins et parcours d'autonomie sont donc intimement liés.

Il en résulte que « *l'articulation entre soins et accompagnement s'impose désormais comme une nécessité* »²¹. Pourtant, cette articulation reste insuffisante, occasionnant des ruptures de prises en charge. Comme le rappelle M-A. BLOCH, la question du manque de cohérence et de continuité des soins pour la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie a été identifiée par les pouvoirs publics depuis plus de cinquante ans²². Pour pallier aux ruptures générées par les cloisonnements structurels et soutenir la coopération des acteurs de santé dont les échanges se sont intensifiés, les dispositifs de coordination se sont développés.

Les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont introduits en 2001 afin de coordonner les réponses apportées aux besoins de la personne âgée dépendante à domicile²³. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé introduit les réseaux de santé chargés « *de favoriser l'accès aux soins,*

17 En 2011, 9 % des séjours en HT faisaient suite à un séjour en établissement sanitaire.

18 cf. Rapport d'activité médicale 2011 : 9,4 états pathologiques par résident.

19 IGAS, L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge, Mai 2011, p. 15.

20 JEANDEL C., AQUINO J-P., BERRUT G. et al., Livre blanc de la gériatrie française, Gériatrie 2011, p. 57.

21 DESAULLE M-S, Aide à l'autonomie et parcours de vie, Dossier du participant, 2^{èmes} rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie, Paris, Février 2012, p. 39.

22 BLOCH M-A, Aide à l'autonomie et parcours de vie, Dossier du participant, 2^{èmes} rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie, Paris, Février 2012, p. 44.

la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires ». Sous l'impulsion du PSGA qui recommande de poursuivre le développement des réseaux de santé « *Personnes âgées* »²⁴ et d'une appropriation du dispositif par les médecins libéraux, les réseaux gérontologiques se développent, rapprochant le secteur sanitaire et la médecine de ville, notamment dans la gestion des hospitalisations et des retours à domicile. Le PSGA introduit également la labellisation des filières gériatriques regroupant les différents partenaires intervenant dans le parcours de santé afin que les personnes âgées puissent « *accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique* »²⁵. Articulées avec les réseaux gérontologiques, les filières gériatriques s'appuient en interne sur les équipes mobiles gériatriques (EMG) qui « *assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé* »²⁶.

La prise en compte du parcours d'autonomie de la personne âgée se poursuit mais principalement autour de la prise en charge sanitaire et du parcours de soins. En 2011, sur le thème des parcours des personnes âgées sur un territoire, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) présente un retour d'expériences qui concourent à fluidifier ce parcours et à éviter autant que possible les ruptures : les quatorze organisations présentées sont principalement des réseaux de santé, confirmant les avancées obtenues autour du parcours de soins. Les pratiques décrites montrent que l'action des professionnels de santé s'oriente progressivement vers une prise en charge globalisée de la personne âgée, prenant en compte l'ensemble des critères de fragilité pour notamment stabiliser les situations et prévenir la survenue des situations de rupture.

Pour favoriser l'approche transversale indissociable de la notion de parcours, la loi HPST²⁷ a introduit les ARS pour réaliser le découplage des secteurs sanitaire et médico-social. Récemment, les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)²⁸ développent l'intégration des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans une logique de « *méta-réseau dont la vocation est de fédérer les*

23 Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination - modalités de la campagne de labellisation pour 2001.

24 MINISTÈRE DÉLEGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE, Plan Solidarité Grand Âge, 27 Juin 2006, p.31.

25 CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

26 *ibid.*

27 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

28 Expérimentées dans le cadre du plan Alzheimer, les MAIA concernent désormais toutes les personnes âgées en situation de perte d'autonomie.

dispositifs existants déjà impliqués dans la coordination »²⁹. Le passage du parcours de soins au parcours d'autonomie est donc en marche pour fédérer et coordonner tous les acteurs concernés par la prise en charge de la personne âgée.

Du fait des conséquences conjointes des polyopathologies et des facteurs environnementaux influant sur son autonomie, le parcours de la personne âgée est donc de plus en plus pensé comme un parcours d'autonomie regroupant l'ensemble des interventions ou dispositifs mis en œuvre pour préserver ses capacités d'autonomie ou compenser les effets irréversibles du vieillissement. Dans la suite des dispositifs de coordination existants, l'introduction des MAIA œuvre dans ce sens.

Le développement de la coordination est la résultante d'une réponse au parcours d'autonomie historiquement construite par la diversification des services gérontologiques et leur graduation pour répondre aux stades progressifs de la dépendance.

1.1.2 Des services gradués pour répondre aux stades progressifs de la dépendance

La progression de la dépendance comme l'apparition fréquente de la maladie d'Alzheimer impactent le parcours d'autonomie de la personne âgée : d'une part dans ses capacités d'autonomie et d'autre part dans l'organisation à domicile. Ainsi, 25 % des personnes âgées de 60 ans et plus présentent « *une limitation physique absolue, c'est à dire qu'elles sont dans l'impossibilité de réaliser au moins un des actes mettant en œuvre des fonctions physiques telles que marcher, monter/descendre un escalier, lever le bras, porter un sac, etc.* »³⁰ Par ailleurs, l'accompagnement de la personne âgée ne peut se réaliser sans tenir compte du conjoint ou de l'aidant familial lorsqu'il est présent, notamment à domicile. En effet, la Haute autorité de santé (HAS) indique que les aidants familiaux, accompagnant un parent atteint de la maladie d'Alzheimer, absorbent une charge de travail importante (plus de 6 heures pour 70 % des conjoints) et souffrent fréquemment de stress, d'épuisement, de troubles dépressifs et/ou de troubles du sommeil³¹. La réponse apportée au parcours d'autonomie concerne donc autant la personne âgée que l'aidant familial.

À côté des dispositifs « historiques » type EHPAD, Établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), Maison d'accueil rural pour personnes âgées (MARPA), Foyer logement, SSIAD ou SAAD, de nouveaux dispositifs variés sont introduits : HT, AJ, Accueil de jour itinérant, Accueil de nuit, Équipe spécialisée Alzheimer (ESA), Garde itinérante de nuit (GIN), PASA, Plate-forme de répit et d'accompagnement, Unité d'hébergement renforcé (UHR), etc.

29 BLOCH M-A., HÉNAUT L., SARDAS J.C., et al., La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles, Février 2011, p. 42.

30 JEANDEL C., AQUINO J-P., BERRUT G. et al., op. cit., p. 35.

31 HAS, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels (Argumentaire), Février 2010, p. 13.

Inscrite dans cette logique de réponse aux différentes situations rencontrées, la Résidence intercommunale Jean Villard a introduit en 2006 la sectorisation des unités d'hébergement pour tenir compte des besoins de soins, d'aide et de vie sociale des personnes âgées. Dans le cadre du maintien à domicile et du soutien aux aidants, le SSIAD permet d'apporter les soins et le besoin d'aide aux actes de la vie quotidienne lorsque la dépendance s'installe. Pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, les dispositifs sont gradués en institution et à domicile. Le PASA permet de proposer un environnement et des activités adaptés aux personnes accueillies au sein de l'EHPAD et présentant des troubles modérés. Une unité spécialisée permet de répondre au besoin de surveillance permanent lorsque le stade d'avancement des troubles cognitifs le nécessite. En soutien au domicile, l'HT accueille 79 % de personnes atteintes de troubles cognitifs³².

L'HT et l'AJ permettent, en respectant les rythmes et les besoins de la personne âgée, d'apporter des activités adaptées au maintien de ses capacités ainsi qu'un temps de répit pour l'aidant familial. C'est d'ailleurs le souhait exprimé lors de la demande d'admission en AJ par les personnes accueillies³³ : 78 % indiquaient le souhait d'activités adaptées aux troubles cognitifs, 67 % le souhait de maintenir un lien social et 67 % un besoin de répit de l'aidant. L'HT répond également majoritairement à une demande de répit de l'aidant (63% des séjours en 2011). La possibilité offerte d'organiser la vie à domicile, notamment par des temps de répit lorsque le conjoint est présent, s'est révélée rapidement effective. Malgré l'ouverture récente de l'AJ (au 1^{er} Octobre 2011), la majorité des personnes sont accueillies deux jours par semaine et deux personnes utilisent simultanément l'AJ et des séjours en HT (parfois de façon programmée). De plus, le bénéfice du collectif pour les personnes vivant à domicile est fréquemment cité par les professionnels, notamment pour M^{me} A et M^{me} B³⁴. Les conjoints ou les familles de plusieurs personnes accueillies en AJ et/ou en HT ont également relayé les points positifs pour leur parent qu'ils ont pu percevoir.

Dans la logique de parcours et de la dynamique impulsée par les plans Alzheimer, la diversification des services de la Résidence permet de proposer une réponse graduée, à domicile et en institution, pour répondre aux besoins progressifs de la personne âgée et favoriser le maintien des capacités et du lien social. Pour répondre au souhait de maintien à domicile, les solutions proposées s'intègrent dans l'organisation de la vie à domicile et apportent un accompagnement aux aidants familiaux.

La diversification des services, comme c'est le cas au sein de la Résidence intercommunale Jean Villard, permet donc d'une part de proposer des solutions qui s'intègrent au parcours de soins, notamment en cas de dégradation de l'état de santé et/ou d'hospitalisation et d'autre part d'apporter des solutions adaptées et graduées pour tenir

32 cf. Rapport d'activité médicale 2011.

33 Sur les 9 entrées réalisées entre le 1^{er} octobre 2011 et le 31 mars 2012.

34 cf. Parcours n° P1 et P2 en Annexe 4.

compte des stades de progression de la dépendance, tant en institution qu'à domicile. Toutefois des freins sont présents pour une réelle mise en œuvre du parcours d'autonomie.

1.2 Le parcours d'autonomie face à des contraintes qui le perturbent

Un environnement instable autour de la personne âgée est un facteur d'aggravation de la dépendance de la personne âgée. Comme l'indique l'ANAP, « *l'environnement de la personne, un entourage qui n'est pas stable, un aidant en difficulté ou une situation d'isolement social viennent renforcer une ou plusieurs difficultés de santé* »³⁵. Les difficultés qui en résultent imposent des contraintes au parcours d'autonomie : des freins multiples et imbriqués peuvent le perturber (1.2.1). Ces freins associés à des facteurs environnementaux empêchent la construction du projet personnalisé de la personne âgée (1.2.2).

1.2.1 Des freins multiples et imbriqués

Lors de l'analyse des parcours, les professionnels de la Résidence intercommunale Jean Villard, et notamment ceux du SSIAD intervenant plus en amont du parcours, relayent la difficulté d'acceptation de la dépendance et de ses conséquences, de la part de la personne âgée mais également de sa famille. Ainsi, M^{me} B est accompagnée par le SSIAD de la Résidence et un SAAD depuis son retour d'hospitalisation³⁶. M^{me} B refuse les soins et l'accompagnement des professionnels qu'elle vit « *comme une intrusion* ». Alors que la prescription concerne à la fois la surveillance quotidienne de l'alimentation, l'aide à la toilette deux fois par semaine et la prise de médicaments deux fois par jour, le refus de soin n'est pas sans conséquences et peut conduire à une dégradation de l'état de santé de M^{me} B voire à une hospitalisation. Les tentatives menées par les professionnels du SSIAD et du SAAD, avec l'appui du médecin traitant, pour inciter M^{me} B à accepter les soins et notamment la prise des médicaments, sont difficiles (M^{me} B opposera notamment un refus de manger aux soignants). L'analyse de ce parcours montre un besoin de soutien psychologique pour aider la personne âgée à comprendre et accepter le besoin d'aide et de soins. Les professionnels s'appuieront sur un séjour en service de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour faire acter le bénéfice du collectif, avancer sur l'acceptation des soins et obtenir un accord de principe de M^{me} B pour une entrée en EHPAD. La non acceptation de la dépendance ou du moins de ces conséquences pour une personne âgée fragilisée est un risque d'aggravation de son état de santé et d'accélération du déclin fonctionnel. Elle constitue également un frein pour mettre en œuvre les soins et l'accompagnement adaptés.

Compte-tenu du niveau de reste à charge pour les personnes âgées et leurs familles (notamment pour un hébergement en EHPAD), le frein financier est très fréquent. Ainsi, ayant accepté l'idée d'une entrée en EHPAD, M^{me} B oppose des difficultés financières qui n'avaient pas été abordées jusqu'à présent. L'intervention d'une assistante sociale du

35 ANAP, Les parcours de personnes âgées sur un territoire : retours d'expérience, 2011, p. 8.

36 cf. Parcours n° P2 en Annexe 4.

Conseil général permettra de réévaluer la situation au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et d'aborder la question financière pour une entrée en EHPAD qui se réalisera 4 mois plus tard. Si l'accompagnement social peut permettre de faire évoluer certaines situations, l'accessibilité financière aux dispositifs reste un enjeu majeur qui relève d'une réflexion nationale sur le financement de la dépendance.

Si la non acceptation de la dépendance et les difficultés financières sont très fréquentes, la présence de freins multiples et imbriqués l'est également. Ainsi, M^{me} A souhaite rester à domicile et sollicite une écoute importante de la part de l'équipe du SSIAD qui l'accompagne³⁷. À partir de fin 2010, le maintien à domicile n'est plus possible. La problématique financière, liée à un désaccord familial autour de la vente de la maison de M^{me} A, est identifiée tardivement et retarde la construction d'un projet adapté. Des hébergements en établissement se succèdent (4 séjours en 14 mois) avec des retours à domicile intercalés. Cette situation est perçue difficilement par M^{me} A qui exprime un sentiment d'abandon (« *on ne veut de moi nulle part* ») et le souhait de rester à domicile bien qu'elle admette ne pouvoir rester seule. L'accompagnement de M^{me} A face à cette situation est également rendu difficile du fait de ses troubles psychiatriques. Finalement, début 2012, une réunion pluriprofessionnelle, incluant M^{me} A et sa famille, permet d'acter le bénéfice du collectif pour M^{me} A et d'obtenir l'accord de celle-ci pour un hébergement permanent. M^{me} A exprime qu'elle n'aura ainsi plus « *à faire et défaire ses valises* ». L'intervention de l'assistante sociale permet également de rassurer M^{me} A sur l'aspect financier et d'apporter à la famille les éléments pour engager les démarches nécessaires. Durant les 14 mois qui ont précédé son entrée en EHPAD, le parcours de M^{me} A s'est construit de façon chaotique, au gré des hébergements disponibles, en attendant que l'ensemble des freins soient identifiés, abordés puis levés : l'inquiétude de M^{me} A sur son avenir, sa relation avec ses enfants et le sentiment d'abandon, la vente de sa maison.

Un parcours composé d'hébergements successifs pour M^{me} A, une intervention complexe auprès de M^{me} B pour répondre à ses besoins : les freins souvent multiples et imbriqués pénalisent donc la personne âgée dans son parcours et rendent difficile la construction du projet personnalisé de la personne âgée.

1.2.2 Une construction difficile du projet personnalisé

L'émergence du projet de vie de la personne âgée, qui est « *l'expression de [sa] projection dans [son] avenir [...] et l'expression de ses aspirations et de ses choix* »³⁸, peut être difficile. Ainsi, le sentiment d'abandon ressenti par M^{me} A et son inquiétude face à l'impact financier d'une entrée en EHPAD, renforcés par ses troubles psychiatriques, ont retardé la possibilité pour les professionnels de parvenir à l'expression de son projet de vie. De même, le refus de soins de M^{me} B renseigne les professionnels sur son ressenti de la

37 cf. Parcours n° P1 en Annexe 4.

38 CNSA, Projet de vie : contribution, p. 1.

situation mais empêche d'aborder la question de son avenir. L'analyse des parcours révèle ainsi qu'un soutien psychologique est souvent nécessaire pour aider la personne âgée à comprendre et accepter le besoin d'aide et pouvoir exprimer ses attentes.

En difficulté pour évaluer le projet de vie, les professionnels peinent à construire avec la personne âgée son projet personnalisé³⁹ définissant les soutiens nécessaires et les services adaptés. L'impossibilité de construire ce projet personnalisé et de prendre les décisions nécessaires freine le déroulement du parcours qui se fait alors par défaut sans correspondre aux besoins de la personne âgée : non accès aux services adaptés comme par exemple un AJ pour rompre l'isolement social, risque d'aggravation et d'hospitalisation (M^{me} B), successions d'hébergements (M^{me} A), entrées en EHPAD non préparées. Sur ce dernier point, une étude de la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) indique que les personnes âgées ressentent à 58 % que leur entrée en EHPAD n'a pas été suffisamment préparée et à 40 % qu'elle s'est réalisée de façon précipitée sans que le délai d'attente en soit systématiquement la cause⁴⁰. Ainsi, M^{me} C, atteinte de la maladie d'Alzheimer, est accueillie en HT pour pallier à l'absence programmée de l'aidant familial principal⁴¹. L'équipe médico-sociale de la Résidence permet de faire acter que, du fait du stade avancé de la maladie d'Alzheimer, M^{me} C ne peut plus vivre seule à domicile malgré la présence régulière des aidants familiaux, issus de la fratrie et eux-mêmes âgés. Sous l'effet combiné des altérations cognitives liées à la maladie et de l'anxiété générée, le transfert vers l'EHPAD est vécu difficilement par M^{me} C. Pour pallier à l'effet perturbant de ces changements inattendus, une période transitoire sur un week-end est proposée à M^{me} C qui prend ses repas dans sa future unité d'hébergement, tout en étant hébergée en HT. Malgré tout, M^{me} C exprime son mécontentement mais consciente du « *stratagème* » indique aux soignants qu'elle ne s'opposera pas au transfert vers l'EHPAD. Parallèlement, les aidants culpabilisent face à l'impossibilité du maintien à domicile et vivent cette situation avec difficulté. L'équipe médico-sociale apporte un accompagnement psychologique pour leur permettre de vivre plus sereinement la situation. Notamment, un temps d'échange avec M^{me} C permet à celle-ci d'exprimer son ressenti, d'entendre celui de ses proches mais également de formuler qu'elle comprend la situation ce qui les rassure. Face à une entrée non prévue, l'accompagnement psychologique de la personne âgée et des aidants est primordial pour permettre de mettre en évidence le bénéfice de l'hébergement sécurisé et des activités proposées, atténuer le sentiment d'abandon ressenti par les aidants et favoriser l'acceptation de l'entrée en EHPAD. L'accompagnement réalisé a

39 L'ANESM retient le terme 'Projet personnalisé', « *démarche de co-construction du projet entre la personne accueillie/accompagnée (et son représentant légal) et les équipes professionnelles* ». ANESM, Les attentes de la personne et le projet personnalisé, Décembre 2008, p. 10.

40 DREES, La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches, Dossiers Solidarité et Santé, 2011, n°18, pp. 22, 23 et 34.

41 cf. Parcours n° P3 en Annexe 4.

permis d'atténuer la soudaineté de la décision d'entrée en EHPAD tant pour la personne âgée que pour les aidants familiaux.

La présence de freins souvent multiples et imbriqués, l'évolution de l'environnement (social, familial) de la personne âgée impactent le déroulement du parcours d'autonomie par la difficulté voire parfois l'impossibilité de construire le projet personnalisé adapté aux besoins de la personne et donc de prendre les décisions nécessaires. Dans ce contexte, un besoin de continuité et d'accompagnement global est identifié.

1.3 Le parcours d'autonomie appelle une réponse continue et globale

Freiné dans son déroulement, le parcours d'autonomie se caractérise par des situations non diagnostiquées, des hospitalisations inadaptées, des étapes parfois brutales. Le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) de la région Rhône-Alpes indique par ailleurs « *l'existence d'allers-retours entre le domicile et l'hôpital faute d'accompagnement et de prise en charge adéquate* »⁴². Un besoin d'anticipation et de continuité émerge pour fluidifier le parcours de la personne âgée (1.3.1). Pour répondre aux besoins multiples des situations rencontrées, un accompagnement global, soutenu par des compétences plurielles, est également nécessaire (1.3.2).

1.3.1 Un besoin d'anticipation et de continuité

Impacté par des freins multiples et parfois identifiés tardivement, le parcours d'autonomie est alors soit en situation de blocage créant de la souffrance et une prise en charge inadaptée au regard des besoins, soit en évolution sans être en lien avec les besoins de la personne, parfois avec des changements intempestifs ou inadaptés qui sont très difficiles à vivre pour des personnes âgées fragilisées.

Face à la difficulté de poser la question de l'avenir au domicile, un besoin d'accompagner la personne âgée et ses proches vers la décision d'une entrée en EHPAD apparaît, sans que ce besoin soit toujours explicite mais parfois la résultante d'un enchaînement consécutif à l'absence de décisions adéquates. Ces situations sont révélatrices du manque d'anticipation des situations et des difficultés rencontrées à domicile pour avancer sur le projet de vie (cf. Parcours de M^{me} A composé d'une succession d'HT⁴³).

Ces situations se révèlent fréquemment à l'occasion d'un HT, période de répit pour la personne âgée mais également le conjoint et/ou l'aidant. Souvent, les aidants familiaux « *peinent à se projeter sur l'avenir après le domicile* »⁴⁴. Pourtant, les professionnels de l'HT observent des « *instants révélateurs avec des échanges intenses, des paroles qui se*

42 ARS Rhône Alpes, SROMS 2012-2017, Juillet 2012, p. 132.

43 cf. Parcours n° P1 en Annexe 4.

44 cf. Entretien avec la Cadre de santé en Annexe 4.

libèrent, des émotions qui se libèrent »⁴⁵. Accompagnés par l'équipe médico-sociale qui apporte à la fois un diagnostic sur la situation, un cadre d'expression et un soutien psychologique, la personne âgée et son entourage se trouvent en situation de prendre du temps, de faire le point et d'envisager l'avenir (cf. Parcours de M^{me} C⁴⁶). La présence de l'équipe médico-sociale permet de distinguer d'une part ce qui relève des besoins de la personne et nécessite de prendre des décisions pour préserver l'autonomie ou compenser la dépendance et d'autre part ce qui relève des attentes, des émotions nécessairement associées (culpabilité, angoisse du changement, peur de la mort, etc.) et nécessite un accompagnement psychologique. Le manque d'anticipation, révélé par ces situations « charnières », fait écho à la difficulté de travailler le projet personnalisé plus en amont, lorsque la possibilité de mettre en œuvre des solutions transitoires est encore possible. Pourtant, la construction d'un projet personnalisé qui intègre ces solutions permet de renforcer la continuité du parcours.

L'accompagnement continu passe également par la question de l'accompagnement de fin de vie, notamment au domicile. L'équipe médico-sociale de la Résidence intercommunale Jean Villard souhaite étendre cet accompagnement au domicile, notamment via le SSIAD. Ainsi, des solutions ont pu être trouvées comme cet hébergement exceptionnel de quelques semaines, réalisé au sein de l'EHPAD, pour une personne âgée en fin de vie, accompagnée à domicile par le SSIAD. Cet hébergement a permis d'assurer les soins adéquats et d'apporter un cadre rassurant pour la famille (connaissance des équipes, connaissance de la qualité de l'accompagnement, proximité).

Face à ces évolutions inadaptées du parcours, un besoin de continuité est exprimé par les personnes âgées et leurs familles. Par ailleurs, l'environnement est l'un des facteurs influant sur la vulnérabilité et la fragilité de la personne âgée et conduisant au déclin fonctionnel et à l'aggravation de la dépendance. Assurer un parcours d'autonomie continu contribue à stabiliser l'environnement de la personne âgée tout en s'adaptant progressivement à ses besoins. Ainsi, une étude de l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées (ORMIP) montre que le parcours d'autonomie se construit par « *un ajustement perpétuel de la personne malade, de l'entourage et des professionnels non seulement à l'évolution des troubles mais également à l'évolution du contexte familial et environnemental* »⁴⁷. Les adaptations du parcours sont donc nécessaires pour répondre à l'évolution des besoins. Cependant elles doivent s'intégrer au moment adéquat et de la façon la plus adaptée aux besoins des personnes.

45 cf. Entretien avec les professionnels de l'HT en Annexe 4.

46 cf. Parcours n° P3 en Annexe 4.

47 ROLLAND C, Les besoins et les attentes des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs proches, L'accompagnement et la prise en charge des malades d'Alzheimer en Midi-Pyrénées, Rapport n°1, ORMIP, Juin 2005, p. 2.

Cet accompagnement continu ne peut se concevoir sans une vision globale qui permet de trouver la réponse cohérente la plus adaptée aux multiples facettes de la situation de la personne âgée.

1.3.2 Un besoin d'accompagnement global

Les freins évoqués précédemment obligent les professionnels à dépasser le champ strict du soin pour prendre en compte d'autres aspects (psychologique, financier, familial, social). Comme l'indique un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), « *c'est la personne âgée fragile avec ses troubles mais aussi ses capacités physiques et psychologiques, dans son environnement, qui est à prendre en charge* »⁴⁸. L'analyse des parcours étudiés au sein de la Résidence intercommunale Jean Villard révèle effectivement un besoin d'accompagnement global⁴⁹.

Le besoin d'accompagnement psychologique, même s'il n'est pas toujours exprimé de prime abord, est très présent : les familles l'ont notamment formulé plus en aval dans le parcours (constat a posteriori du bienfait de la présence et de l'écoute de l'équipe) ou dans les groupes de paroles mis en place dans le cadre de l'AJ. Par ailleurs, les échanges avec les professionnels de tous les services ont permis de mettre en évidence des attentes vis à vis de la structure qui dépassent son champ habituel de compétences. Ainsi, la multiplication des services à destination des personnes âgées et des interlocuteurs potentiels rend leur action moins lisible et *de facto* leur accessibilité plus difficile. Malgré la présence de structures d'orientation et d'information tels les CLIC et le Syndicat intercommunal pour la personne âgée (SIPAG), le service administratif de la Résidence est sollicité par des demandes d'orientation et d'information, voire de soutien dans les démarches administratives. L'équipe soignante est également amenée à étendre son accompagnement au delà de son champ d'intervention habituel. Ainsi, M. et M^{me} E sont accueillis en HT suite à une hospitalisation d'urgence et à l'inadaptation de leur logement qui rend le retour au domicile impossible⁵⁰. Un accompagnement social pour la recherche d'un hébergement permanent en EHPAD est mis en place. L'assistante sociale suivant leur dossier en sortie d'hospitalisation réalise une visite auprès de M. et M^{me} E puis les contactent plusieurs fois par téléphone pour les tenir informés. Ce contact à distance avec l'assistante sociale et l'inquiétude générée par des aspects pratiques liés à leur départ précipité du domicile (« *Qui relève notre courrier ? Qui s'occupe de notre jardin ?* ») suscite énormément d'angoisse pour M. et M^{me} E. Ils sont accompagnés et soutenus par la psychologue et l'infirmière coordinatrice qui assurent ainsi un rôle de relais et d'information sécurisant. Face à des situations d'isolement social ou familial, l'accompagnement social permet d'apporter un soutien dans le cadre des démarches administratives à mener et également de répondre à

48 IGAS, op. cit., p. 12.

49 cf. Parcours n° P2, P3, P4 et P5 en Annexe 4.

50 cf. Parcours n° P5 en Annexe 4.

des problématiques liées à la vie quotidienne. Par ailleurs, l'étude menée par la CNSA sur l'hébergement temporaire indique que « *les processus liés à l'admission, à la prise en compte de la situation des aidants, et à la préparation de la sortie [...] génèrent un travail particulier qui ressort plutôt du volet de l'accompagnement social de la personne* »⁵¹. Ce besoin d'accompagnement social est également relevé par les services administratifs d'accueil et les professionnels du SSIAD et de l'accueil temporaire. Des compétences sociales jusqu'à présent inexistantes au sein de la Résidence font défaut.

La complexité des situations rencontrées confortent le besoin d'un accompagnement global : médical, soignant, psychologique, social, pour tenir compte de tous les facteurs influant sur le parcours d'autonomie. Par ailleurs, les demandes des personnes âgées et de leurs familles évoluent. La prise en compte de ces facteurs multiples, externes aux soins mais toutefois associés au risque de dégradation de l'autonomie de la personne âgée fragilisée, implique de considérer la personne dans sa globalité (dimensions physique, psychique, psychologique, sociale et environnementale) pour apporter un accompagnement de qualité. Il s'agit de prendre en compte une diversité de demandes, une évolution des prestations attendues par les personnes âgées et leurs proches pour répondre au plus près aux attentes du projet de vie.

L'accompagnement du parcours d'autonomie introduit la notion de continuité et d'accompagnement global de la personne âgée. Dans ce contexte, le positionnement et l'intervention des professionnels doivent s'adapter.

1.4 Des évolutions professionnelles nécessaires

Introduire un accompagnement global et continu de la personne âgée, pour maintenir ses capacités d'autonomie, n'est pas sans conséquences : « *les interventions soignantes ne sont plus pensées exclusivement pour elles-mêmes, mais en fonction de la totalité des réalités, humaines et sociales, d'une situation de vie* »⁵². La prise en compte du parcours d'autonomie en tant que composante du parcours de vie de la personne âgée implique que le positionnement (1.4.1) et l'intervention (1.4.2) des professionnels évoluent.

1.4.1 Le positionnement des professionnels

Le positionnement des professionnels est impacté par l'introduction d'une double composante multi-temporelle et multi-spatiale.

L'intervention de la plate-forme peut être multi-temporelle. L'hébergement permanent en EHPAD se réalise sur un temps continu. Les services comme le SSIAD ou l'AJ, interviennent d'une part, avec une fréquence dépendant des besoins en soins et en

51 CNSA, État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées, Octobre 2011, p. 35.

52 HCAAM, Vieillesse, longévité et assurance maladie, Avis du 22 avril 2010, p. 7.

accompagnement, et d'autre part avec des interruptions plus ou moins prolongées selon les hospitalisations, les séjours temporaires en établissements, etc. L'hébergement temporaire intervient de façon plus ou moins programmée, sur des temps allant d'une semaine à plusieurs mois : ainsi « *l'hébergement temporaire représente une ou quelques courtes périodes dans le parcours de vie de la personne et de ses aidants* »⁵³.

L'intervention de la plate-forme peut être multi-spatiale : en institution pour un EHPAD ou un HT, sur des lieux externalisés dans le cadre d'un accueil de jour itinérant⁵⁴ par exemple ou à domicile (SSIAD, SAAD).

Cette composante multi-temporelle et multi-spatiale a des impacts sur le positionnement des professionnels. Au sein de la Résidence intercommunale Jean Villard, la diversification des services conduit les équipes à accompagner, au sein de l'établissement, des personnes âgées vivant à domicile dans le cadre de l'HT et de l'AJ. Les équipes de l'HT, issues majoritairement des équipes de l'EHPAD, expriment un décalage avec leurs pratiques habituelles, notamment par la préparation du retour au domicile et par un temps d'accompagnement plus court qu'en hébergement permanent. En effet, une intervention multi-temporelle et multi-spatiale des professionnels introduit des impacts sur la connaissance du projet de vie de la personne âgée, la construction de son projet personnalisé et sur leur positionnement.

Impact sur la connaissance du projet de vie de la personne âgée

Dans le cadre d'un séjour en HT ou en AJ, le projet de vie de la personne âgée est identifié lors de la visite de pré-admission et lors des premiers jours du séjour. L'équipe médico-sociale peut avoir une connaissance partielle du projet de vie à domicile dont les paramètres environnementaux, sociaux, familiaux peuvent être nombreux. Les freins peuvent être multiples, imbriqués et difficiles à identifier de prime abord. Une connaissance mutuelle s'installe au fil des échanges avec la personne accueillie et ses proches. Ce positionnement des professionnels dans leur relation avec la personne âgée vivant à domicile, avec un environnement aux paramètres multiples, dans un parcours parfois complexe et évolutif, est connu par les professionnels du SSIAD. Les échanges entre ces professionnels avec ceux de l'EHPAD étaient jusqu'à présent limités, le SSIAD étant autonome et les situations partagées peu nombreuses. Avec l'ouverture de l'HT, les situations partagées sont fréquentes et les professionnels de l'HT, rejoignent la vision des professionnels du SSIAD : « *ce sont bien les mêmes personnes* »⁵⁵ qui sont accompagnées, qu'elles soient à domicile ou en établissement. Effectivement, les besoins et les attentes d'une personne âgée donnée restent les mêmes que celle-ci soit accompagnée par un services ou par plusieurs, en établissement ou à domicile.

53 CNSA, op. cit., p.5.

54 cf. Glossaire en Annexe 6.

55 Échanges avec les professionnels du SSIAD.

Impact sur la construction du projet personnalisé

La façon d'appréhender le projet de vie et de construire le projet personnalisé évolue. Les professionnels doivent adapter leur pratique pour construire un projet personnalisé en s'appuyant sur tous les services, au fil des contacts avec la personne âgée, en acceptant que des éléments du projet de vie leur échappe et que des contraintes freinent son expression. Ainsi, la CNSA constate que, dans le cadre de l'HT, « *il existe [...] une possibilité de décalage entre le sur-mesure personnalisé - nécessitant une grande réactivité des équipes et une forte interaction avec l'environnement extérieur de la personne - et les pratiques habituelles de l'accompagnement en hébergement permanent* »⁵⁶. Cette forte réactivité dans la construction et l'adaptation du projet personnalisé nécessite un ajustement des pratiques et des repères professionnels. Par exemple, lors d'un second séjour en HT, même rapproché, il est apparu nécessaire de rester vigilant sur l'évaluation en pré-admission car des évolutions de la situation de santé et/ou de dépendance de la personne âgée fragilisée à domicile peuvent s'opérer, y compris sur des temps très courts.

Impact sur le positionnement des professionnels

Les professionnels expriment leur difficulté à trouver leur positionnement à travers l'ensemble des services de la Résidence : ils citent un sentiment de « *frustration* » et de « *renoncement* ». L'équipe infirmière, dont les missions sont à la fois organisées par unité de vie et transversalement sur des thématiques, s'est trouvée en difficulté. L'ouverture successive des services en 2011 et notamment de l'HT a introduit une réorganisation de leurs tâches et une augmentation du nombre de situations accompagnées. En difficulté pour assurer un niveau d'accompagnement équivalent sur tous les services, elles ont exprimé un besoin de visibilité sur leurs priorités. Une adaptation dans l'accompagnement de la personne âgée semble nécessaire : cet accompagnement doit pouvoir rester de qualité, tout en étant un équilibre entre les besoins de la personne et le temps d'accompagnement disponible (notamment lors d'un séjour en HT qui peut être court, entre 1 semaine et 3 mois). Il s'agit d'apporter une réponse adaptée dans une relation avec la personne âgée qui n'est pas permanente. Il s'agit d'apporter une réponse continue au parcours dans une relation avec la personne âgée qui ne l'est pas, ni en lieu, ni en temps.

L'introduction d'une composante multi-spatiale et multi-temporelle dans les accompagnements proposés par les différents services impacte le positionnement des professionnels : la construction du projet personnalisé de la personne âgée doit tenir compte de la vision parfois partielle du projet de vie de la personne, de paramètres multiples, de la présence d'autres acteurs et d'une adaptation aux évolutions des attentes et des besoins de la personne. Ce positionnement nouveau des professionnels au sein du parcours de la personne âgée introduit également des nouvelles modalités d'intervention.

56 CNSA, op. cit., p.5.

1.4.2 L'intervention des professionnels

L'intervention des professionnels évolue. D'une part, l'évaluation des situations, menée par l'équipe médico-sociale, se densifie. D'autre part, la mutualisation des compétences et la coordination inter-services sont amenées à se renforcer.

Densification de l'évaluation des situations

L'évaluation des situations des personnes âgées est une étape clé de l'accompagnement du parcours pour permettre de construire une réponse adaptée. D'une part, les visites de pré-admission évaluent le degré de dépendance et les besoins en soins et en accompagnement. Cette visite permet de prendre la mesure du projet de vie et d'identifier les freins éventuels, voire d'apporter une évolution au parcours qui ne correspond pas toujours à la demande initiale. Le médecin coordonnateur relève que, pour les personnes rencontrées en visite de pré-admission pour un HT, la maladie d'Alzheimer est, « *dans une proportion non négligeable, évidente mais non diagnostiquée* »⁵⁷. Cela confirme le diagnostic tardif de certaines situations et le besoin d'anticipation relevé précédemment (cf. Paragraphe 1.3.1). Ainsi, M^{me} C accueillie en hébergement temporaire en l'absence d'aidant familial, présente un stade avancé de la maladie d'Alzheimer et relève d'un hébergement sécurisé en EHPAD⁵⁸. Un travail d'accompagnement supplémentaire auprès de la personne âgée est alors nécessaire pour évaluer ses objectifs, construire une réponse adaptée et faire accepter un projet qui n'est pas toujours celui envisagé initialement par la personne âgée et sa famille. Si la personne âgée a déjà été accueillie par un des services de la Résidence, une vision partagée entre services et donc des modalités d'échanges d'information et des outils communs s'imposent.

La synthèse des échanges avec les professionnels conclut à un temps d'évaluation en pré-admission plus important que celui observé pour une entrée en EHPAD, lié à la fois à une évaluation aux composantes plus larges et à la complexité des situations rencontrées⁵⁹. Le besoin d'une évaluation gériatrique renforcée est exprimé spécifiquement par le SSIAD, qui ne dispose pas de temps de médecin coordonnateur. La présence, parfois quotidienne, des soignants du SSIAD auprès des personnes âgées fragiles, constitue une force de repérage qui permet souvent d'ajuster la prise en charge en lien avec le médecin traitant et les autres professionnels intervenant à domicile (SAAD, etc.). Toutefois, les professionnels du SSIAD expriment que certaines situations de rupture (chute, dégradation de l'état de santé, hospitalisation), prévisibles compte-tenu des signes repérés lors de leur accompagnement, pourraient être anticipées. Ce constat trouve écho dans le SROMS Rhône Alpes qui indique que les SSIAD sont « *confrontés à une augmentation de la dépendance à domicile tant physique que psychique, avec polypathologies complexifiant les*

57 cf. Rapport d'activité médicale 2011.

58 cf. Parcours n° P3 en Annexe 4.

59 cf. Synthèse et bilan de l'étude interne en Annexe 4.

interventions » et donc « à des limites de prise en charge »⁶⁰. Les professionnels du SSIAD se trouvent en difficulté pour faire évoluer la situation de façon à éviter cette rupture et évoquent un problème de légitimité. Les SSIAD participant à la filière gériatrique Sud Lyon partagent cette vision : il existe une difficulté à rendre disponible une compétence gériatrique experte à domicile en appui au médecin traitant⁶¹. L'équipe du SSIAD exprime le besoin d'un tiers qui renforcerait l'anticipation des situations de rupture et faciliterait la construction du projet personnalisé par une position de conseil et d'expertise gériatrique. Le rôle du médecin coordonnateur est, à ce titre identifié, comme une ressource qui apporterait une légitimité vis à vis du médecin traitant et également un soutien pour celui-ci.

Mutualisation des compétences

L'évaluation, en institution mais également à domicile, est une étape clé pour un accompagnement adapté du parcours d'autonomie, dans son évolution et également dans sa globalité. Cette évaluation nécessite des compétences pluridisciplinaires, un temps adapté et une vision plurielle de la situation de la personne âgée afin de prendre en compte la globalité de la personne âgée, dans ses composantes physiques, psychiques, sociales, familiales. Actuellement l'équipe médico-sociale de la Résidence est composée d'un médecin coordonnateur, de deux cadres infirmiers, d'une psychologue et d'une animatrice qui couvrent les besoins en soins, en coordination, en accompagnement psychologique et en vie sociale. Pour compléter cet accompagnement, une ergothérapeute et deux psychomotriciennes ont rejoint l'équipe dans le cadre des projets thérapeutiques de l'HT, de l'AJ et du PASA.

Les temps d'intervention autorisés pour ces professionnels sont répartis sur certains services selon les autorisations accordées⁶². Par exemple, le médecin coordonnateur exerce un demi équivalent temps plein (ETP) autorisé sur l'EHPAD ; les deux psychomotriciennes exercent chacune 0,30 ETP sur l'EHPAD et l'HT. Ce découpage des temps est administratif et ne correspond pas à la réalité vécue par les professionnels. Le rapport d'activité médicale 2011 fait référence à « *une dispersion des compétences institutionnelles et à une surcharge temporaire de travail administratif* ». Ainsi, le médecin coordonnateur intervient sur l'EHPAD et, compte-tenu de la nécessité de réaliser une évaluation gériatrique renforcée des situations à domicile, est très sollicité par l'HT. L'ensemble des professionnels exprime la difficulté de mettre en œuvre cette répartition et observe une distorsion entre le temps qui leur est alloué et celui nécessaire à réaliser un accompagnement de qualité.

Le besoin d'un accompagnement global et continu de la personne âgée se traduit donc par une nécessaire mutualisation des temps pour permettre de donner du sens à l'action des professionnels. Leur intervention ne s'organise pas comme une stricte participation au sein

60 ARS Rhône Alpes, SROMS 2012-2017, Juillet 2012, p. 198.

61 cf. Axes d'investigation n° 2 et 3 - Travaux et éléments recueillis en Annexe 5.

62 cf. Fiche de présentation de la Résidence intercommunale Jean Villard en Annexe 1.

d'un ou plusieurs services de la Résidence (chaque professionnel garantissant le temps passé sur chaque service) mais comme une réponse à des besoins d'une personne âgée, prise dans sa globalité au cours de son parcours, y compris parmi plusieurs services : comment donner du sens à l'intervention des psychomotriciennes, aujourd'hui financées sur les budgets de l'EHPAD et de l'HT, si leur accompagnement d'une personne âgée au cours d'un séjour en HT ne peut se prolonger en AJ si elle y est également accueillie ? De même, le SSIAD ne dispose pas de professionnels comme un ergothérapeute, un psychomotricien, un psychologue, etc. alors qu'il peut accompagner des personnes âgées en retour de domicile après un séjour en HT.

Mettre en œuvre la mutualisation des compétences au sein de la Résidence implique donc que les professionnels puissent intervenir de façon transversale. Il s'agit de proposer un accompagnement identique, avec les mêmes compétences pluridisciplinaires, au sein de tous les services. En renforçant les liens et les échanges entre les services, le projet de la plate-forme gérontologique gagne en cohérence.

Coordination inter-services

Le médecin coordonnateur indique que « *la diversification des prestations de soins et une meilleure coordination inter-services devrait sans doute permettre d'améliorer la réponse apportée aux personnes en situation de danger ou de décompensation de maintien à domicile* »⁶³. En effet, les personnes accueillies sollicitant de plus en plus différents services de l'établissement, les professionnels de ces services accompagnent des personnes âgées, dans des lieux qui sont différents et à des moments qui peuvent se succéder ou se chevaucher. Le partage des observations et des évaluations menées par les professionnels permet de renforcer et d'adapter l'accompagnement proposé. La coordination entre les services permet de renforcer la continuité du parcours.

La diversification des services, en introduisant la notion de parcours et une diversité de situations accompagnées conduit les professionnels à faire évoluer leur intervention, en terme d'évaluation, de mutualisation des compétences et de coordination inter-services pour apporter de la continuité au parcours et proposer un accompagnement global.

La diversification des services permet de répondre aux problématiques de soins et d'évolution de la dépendance de la personne âgée grâce à des dispositifs dont les projets thérapeutiques et sociaux sont gradués et adaptés. Cependant, des difficultés multiples (médicales, psychologiques, sociales, familiales, financières, etc.) peuvent apparaître qui impactent durablement l'autonomie de la personne âgée. La personne âgée et sa famille attendent d'être accompagnées aux différentes étapes du parcours, avec un accompagnement global (médical, soignant, psychologique, social, etc.) ainsi que dans la

63 cf. Rapport d'activité médicale 2011.

construction d'un projet personnalisé qui respecte leur choix. Quels que soient les services sollicités, les besoins de la personne âgée sont les mêmes, un même niveau de prestations est attendu avec les mêmes compétences pluridisciplinaires disponibles. Le parcours d'autonomie requiert un accompagnement continu et global.

La juxtaposition des services, répondant aux différents stades de la dépendance et/ou de la Maladie d'Alzheimer, répond donc partiellement aux besoins du parcours d'autonomie. L'évolution de l'offre proposée par les EHPAD doit se poursuivre par une structuration pour mieux accompagner la personne âgée durant ce parcours.

Dans ce contexte, les pratiques professionnelles évoluent : renforcement de l'évaluation gériatrique, mutualisation nécessaire de compétences pluridisciplinaires et interconnexion des services. Le parcours d'autonomie appelle plus de transversalité. La diversité ainsi introduite (diversité des parcours, des situations, des services, des professionnels, des interactions) modifie l'organisation de l'institution. Le partage d'un objectif partagé par des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) regroupés autour de l'EHPAD ne suffit pas à assurer la cohérence du projet considéré dans sa globalité. La synthèse de l'étude interne menée au sein de la Résidence intercommunale Jean Villard révèle que l'équipe médico-sociale souhaite « *poser les valeurs sous-tendant son action et asseoir son intervention en lien avec les besoins des personnes accompagnées* ».

La structuration de l'EHPAD en plate-forme gérontologique appelle donc une réponse collective cohérente par un projet d'ensemble, centré sur les attentes et les besoins des personnes âgées dans leur parcours d'autonomie, sans oublier d'accompagner l'évolution des professionnels.

2 La plate-forme gérontologique : une structuration des services

La diversification des dispositifs gérontologiques « permet de travailler à la couverture de l'intégralité des parcours potentiels de la personne âgée et d'optimiser la trajectoire en renforçant les différents maillons de la prise en charge »⁶⁴. L'articulation de ces « maillons » limite la fragmentation de la prise en charge et fluidifie le parcours de la personne âgée. L'action gérontologique se décompose en un triptyque : soigner, accompagner et coordonner. Soigner les polyopathologies s'inscrit dans le parcours de soins. Accompagner la personne âgée dans sa globalité répond au parcours d'autonomie. Il en découle la nécessité de coordonner l'intervention de la pluralité d'acteurs.

Sollicités pour qualifier la plate-forme en projet sur la Résidence intercommunale Jean Villard, deux professionnels de l'équipe médico-sociale ont proposé « *plate-forme d'accompagnement* » et « *pôle d'accueil et d'accompagnement médico-social* » confirmant que la fonction d'accompagnement est perçue comme prioritaire. Comme le rappelle le Collectif inter-associatif sur la santé (CISS), « *accompagner, c'est donner [...] un cadre d'intervention plus large qui est celui de la prise en compte de tout l'environnement de la personne, pour elle-même, pour le succès des stratégies thérapeutiques [...]* »⁶⁵. La plate-forme gérontologique, bien qu'assurant une mission implicite de coordination, se positionne donc principalement comme une structure d'accompagnement du parcours d'autonomie au service du parcours de vie de la personne âgée (2.1). En construisant un projet global donnant de la cohérence aux projets des différents services, la plate-forme gérontologique renforce l'accompagnement du parcours d'autonomie (2.2). Pour réaliser ce projet global, la plate-forme gérontologique s'appuie sur une palette de compétences et de services (2.3).

2.1 Positionner le parcours d'autonomie au service du parcours de vie

« *Coordonner les soins, c'est encore soigner* »⁶⁶. La coordination personnalisée et de proximité est une mission implicite de la plate-forme gérontologique (2.1.1). Cependant, le parcours de vie reste le repère principal de son action, conditionnant un accompagnement du parcours d'autonomie en ce sens (2.1.2).

2.1.1 La coordination personnalisée et de proximité, une mission implicite

Que recouvre la fonction de coordination, « *terme souvent qualifié de mot-valise* »⁶⁷ ? Coordonner est « *ordonner des éléments séparés, combiner des actions, des activités*

64 ARS Rhône Alpes, SROMS 2012-2017, Juillet 2012, p. 195.

65 SAOUT C., Soigner l'accompagnement pour accompagner les soins, Regards croisés sur la santé, Lettre du CISS, n°4, Septembre 2011, p. 6.

66 HCAAM. op. cit., p. 8-9.

67 ANAP, op. cit., p. 9.

distinctes en vue de constituer un ensemble cohérent ou d'atteindre un résultat déterminé »⁶⁸. La coordination gérontologique vise donc à articuler tous les acteurs concernés par le parcours de la personne âgée en vue de constituer une offre cohérente et répondant aux problématiques du grand âge.

La coordination se caractérise par son niveau et son mode d'intervention. Selon M-A BLOCH et al., trois niveaux de coordination peuvent être considérés : le niveau de la personne, le niveau de la structure et le niveau institutionnel⁶⁹. Le niveau de la personne est « *le niveau opérationnel ou clinique où sont accomplis tous les actes de soin et d'accompagnement [...]* ». Le niveau de la structure est celui auquel « *sont mobilisés les moyens humains et matériels pour assurer les missions de la structure et [...] sont gérées toutes les questions d'organisation du travail* ». Le niveau institutionnel est « *le niveau des décideurs et/ou financeurs du système de santé* ». Selon le niveau d'intervention, le mode de coordination peut varier. L'ANAP introduit deux types de coordination : la coordination « *clinique* » et la coordination « *d'appui* »⁷⁰. La première relève du médecin traitant, référent du parcours de soins coordonné et du recours aux professionnels de santé concernés. La coordination d'appui concerne les patients ayant un parcours de soins complexe mobilisant des intervenants multiples et nécessitant un accompagnement spécifique. Elle se réalise à une échelle adaptée aux acteurs gérontologiques et à la disponibilité de ressources techniques spécialisées, c'est à dire au niveau des structures ou au niveau institutionnel. Chargés de la coordination clinique et très présents au sein des réseaux de santé, les médecins traitants sont « *les premiers coordonnateurs de soins* »⁷¹.

L'ANAP soulève une « *mauvaise articulation entre les prestations de soins et les actions hors soins venant compenser la perte d'autonomie* »⁷² qui introduit, comme le propose le HCAAM, « *que soit mis à l'étude un véritable dispositif de coordination personnalisé [...]* »⁷³. Le HCAAM précise que cette coordination personnalisée pourrait s'appuyer sur deux fonctions : la fonction de synthèse médicale et la fonction de coordination de proximité. « *La fonction de synthèse médicale [...] assurée par principe par le médecin traitant* » reste primordiale dans la réalisation de son parcours de soins. Cependant, pour tenir compte du champ plus large du parcours d'autonomie, « *la fonction de coordination à proximité immédiate de la personne et des aidants familiaux, à la fois soignante et sociale [...]* » est introduite par le HCAAM qui indique que cette fonction « *peut être assurée par exemple, selon le type et le niveau de besoins, par une assistante sociale, une infirmière ou un autre auxiliaire médical, ou encore par une structure pluriprofessionnelle* ». Par ailleurs,

68 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coordonner>

69 BLOCH M-A., HÉNAUT L., SARDAS J.C., et al., op. cit., pp. 16-17.

70 ANAP, loc. cit.

71 BLOCH M-A., HÉNAUT L., SARDAS J.C., et al., op. cit., p. 118.

72 ANAP, op. cit., p. 23.

73 HCAAM, op. cit., p. 8-9.

M-A. BLOCH indique « *le rôle de plusieurs types de professionnels pour coordonner la prise en charge autour de la personne, comme par les médecins traitants, les infirmières de SSIAD, les travailleurs sociaux de secteur (gestion de cas standard)* »⁷⁴.

Si cette fonction de coordination de proximité peut être portée par différents acteurs, elle se réalise toujours au niveau de la personne. Le territoire adapté pour une coordination de proximité correspond donc naturellement au bassin de vie de la personne âgée sur lequel s'inscrit, comme l'indique l'ANAP, « *la réponse opérationnelle de proximité en matière de distribution de prestations et de services et de coordination* »⁷⁵. La plate-forme gérontologique, acteur privilégié par l'implantation territoriale de proximité de l'EHPAD, et regroupant plusieurs services dans le cadre du maintien à domicile, se trouve donc comme acteur implicite de cette fonction de coordination personnalisée. La coordination ne se limite pas au niveau de la personne et nécessite dans certains cas une multitude d'intervenants, y compris spécialisés. La plate-forme gérontologique s'appuie donc sur les structures de coordination professionnelle et institutionnelle existantes (ARS, Réseaux, CLIC, MAIA), dans une logique de filière gériatrique et gérontologique.

La plate-forme gérontologique, structure de proximité, assure implicitement une coordination personnalisée et de proximité. Néanmoins, la mission principale de la plate-forme est de mettre en œuvre des dispositifs d'accompagnement afin de permettre avant tout la réalisation du parcours d'autonomie au service du parcours de vie.

2.1.2 L'accompagnement au service du parcours de vie, la mission centrale

L'IGAS appelle « *à un changement de paradigme dans l'organisation* »⁷⁶, en organisant les soins autour de la personne. En se plaçant au « *niveau de la personne et éventuellement de son entourage* »⁷⁷, le gestionnaire de cas de la MAIA est « *l'interlocuteur direct entre, d'un côté la personne âgée dépendante et sa famille, et de l'autre, l'ensemble des intervenants professionnels du secteur sanitaire et social, médecin, infirmière, aide soignante, aide ménagère* »⁷⁸. Le gestionnaire de cas s'attache donc à permettre la réalisation du parcours d'autonomie en adéquation avec les attentes de la personne âgée dont il est le porte-parole auprès des professionnels concernés. Entré en phase de déploiement après une phase d'expérimentation, le dispositif MAIA fait désormais l'objet d'un cahier des charges qui cadre l'intervention du gestionnaire de cas. Celui-ci mobilise une palette élargie d'acteurs autour de situations particulièrement difficiles : « *une personne ayant des besoins nombreux et*

74 BLOCH M-A. Aide à l'autonomie et parcours de vie. Dossier du participant, 2^{èmes} rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie, Paris, Février 2012, p. 44.

75 ANAP, op. cit., p. 8.

76 IGAS, op. cit., p. 80.

77 BLOCH M-A., HÉNAUT L., SARDAS J.C., et al., op. cit., p. 143.

78 IGAS, op. cit., p. 53.

fluctuants, et demandant l'intervention de plusieurs organismes pendant longtemps, est considérée comme un cas complexe et requiert à ce titre une gestion de cas intensive »⁷⁹.

D'une part, il semble assez probable que cette mobilisation intensive ne peut être que temporaire ; d'autre part, les personnes âgées peuvent rencontrer des difficultés dans leur parcours qui n'impliquent pas une large pluralité d'acteurs mais qui appellent cependant une réponse. Chaque personne âgée attend que son parcours de vie soit pris en compte et que son parcours d'autonomie soit personnalisé. « Coordination ordinaire »⁸⁰ ou « gestion de cas standard », il s'agit d'apporter des réponses concrètes et opérationnelles. Ainsi que l'indique l'ANAP, « *le soutien potentiellement apporté pour orienter le patient dans ses démarches administratives et sociales, l'aide à la décision à partir d'une évaluation complémentaire gériatrique, l'organisation de la concertation pluridisciplinaire, la capacité à répondre sans délai à une sollicitation d'un professionnel libéral sont autant d'exemples régulièrement cités et qui restent à valoriser* »⁸¹. La plate-forme gérontologique s'inscrit dans ce cadre : elle se positionne comme un acteur de proximité sur le bassin de vie des personnes âgées en proposant d'accompagner le parcours d'autonomie, quelle que soit la situation rencontrée (complexe ou non) et de manière régulière, en liaison avec le médecin traitant.

Pour que l'action des professionnels soit efficace, « *la personne aidée doit tout autant à la fois accepter l'aide qui lui est apportée et maintenir des projets autonomes, même si ceux-ci doivent se réajuster au changement des capacités* »⁸². Un équilibre permanent est à trouver. Le projet de vie doit pouvoir se réaliser au plus près des attentes de la personne, dans le respect de ses envies, de ses choix, de sa dignité : le parcours d'autonomie doit donc s'adapter. Parallèlement, le projet de vie doit tenir compte du degré d'autonomie de la personne âgée mais relève *in fine* du choix de la personne. L'articulation entre projet de vie et parcours d'autonomie reflète un questionnement fréquent des professionnels sur les limites de leur intervention face au libre choix des personnes qui peuvent refuser ou limiter leur action (cf. Parcours de M^{me} B⁸³). L'Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) conseille « *quand il y a divergence entre l'avis de la personne et celle des équipes, d'aménager des périodes d'essai, de proposer des alternances, pour comprendre l'origine de ce désaccord et réduire peu à peu la distance entre les projets de la personne et les avis des professionnels* »⁸⁴.

En mettant le projet de vie comme point de départ de l'action gérontologique, un équilibre doit pouvoir s'instaurer en priorité en faveur de la personne âgée, de ses aspirations de vie. Comme le définit l'ANESM, la personne âgée est « *une personne en*

79 BLOCH M-A., HÉNAUT L., SARDAS J.C., et al., op. cit., p. 146.

80 BLOCH M-A., HÉNAUT L., SARDAS J.C., et al., op. cit., p. 156.

81 ANAP, op. cit., p. 16.

82 loc. cit.

83 cf. Parcours n° P2 en Annexe 4.

84 ANESM, op. cit., p. 26.

*situation de fragilité certes, mais dotée également de capacités, un être social aux multiples appartenances [...], un proche mais aussi un autre avec sa part de mystère »⁸⁵. La réponse aux besoins du grand âge ne s'organise donc pas uniquement selon les problématiques que ces besoins introduisent dans les modes d'organisation. Les ESSMS doivent considérer la personne âgée comme vecteur principal structurant son modèle d'organisation. Comme l'indique W. HESBEEN à propos du soin, il s'agit de « *partir d'une réflexion sur la personne, sur le soin, l'attention qu'elle requiert et, à partir de là [...], imaginer, inventer, créer des modalités organisationnelles ainsi que des outils appropriés et dès lors sensés* »⁸⁶. L'étude menée à la Résidence intercommunale Jean Villard fait écho à cette réflexion : l'équipe médico-sociale souhaite « *asseoir son intervention en lien avec les besoins des personnes accompagnées* »⁸⁷. Il s'agit d'adapter le parcours d'autonomie au service du projet de vie.*

Quelles sont les conséquences de ce positionnement pour la structure ? Assurer la continuité du parcours d'autonomie impose de repenser les organisations : la plate-forme, composée de plusieurs services, doit réaliser un « *décloisonnement interne* » pour apporter une vision unifiée à la personne âgée et à ses proches. Proposer un enchaînement fluide entre les services doit concourir à les sécuriser. Intégrer la globalité de la personne âgée impose de penser en transversalité pour que les compétences pluridisciplinaires soient disponibles à chaque instant du parcours d'autonomie qui le nécessite, quelque soit le service concerné. Répondre aux attentes de la personne âgée suppose d'être en mesure de proposer des solutions diverses et flexibles.

La plate-forme gérontologique propose de prendre pour paradigme le parcours d'autonomie comme un parcours au service du projet de vie. Il en résulte que l'organisation de la plate-forme gérontologique doit certes proposer une palette de services à destination des personnes âgées, en institution comme à domicile mais également s'adapter aux conséquences des besoins de ce parcours en modifiant son organisation pour proposer un accompagnement renforcé du parcours d'autonomie.

2.2 Renforcer l'accompagnement du parcours d'autonomie

Au service du projet de vie de la personne âgée, la plate-forme gérontologique propose un accompagnement renforcé, personnalisé et de proximité, du parcours d'autonomie. La mise en place d'un accès centralisé à une palette de prestations graduées crée un lien privilégié avec la personne âgée, améliorant la continuité du parcours d'autonomie et renforçant la connaissance mutuelle (2.2.1). Pour harmoniser l'intervention des professionnels à domicile et en établissement, la transversalité s'avère nécessaire (2.2.2).

85 ANESM, op. cit., p. 14.

86 HESBEEN W., *Le soin, une nécessité pour le monde, Prendre soin dans le monde*, Paris, 2000, p. 17.

87 cf. Synthèse et bilan de l'étude interne en Annexe 4.

2.2.1 Créer un lien privilégié avec la personne âgée

La volonté de « *créer du lien* »⁸⁸ s'est traduite dans le projet de la Résidence Jean Villard par la proposition d'un accès centralisé, favorisant la connaissance mutuelle et d'une évaluation multidimensionnelle intégrant la globalité de la personne âgée.

Proposer un accès centralisé

L'analyse des parcours au sein de la Résidence intercommunale Jean Villard a permis de relever que le pôle administratif d'accueil était un lieu privilégié pour les personnes âgées et leurs proches du fait du contact relationnel créé et du point d'entrée rassurant et structurant qu'il représente pour les personnes extérieures. Toutefois, l'étude interne révèle également que les demandes qui parviennent sur le pôle d'accueil dépassent le champ de compétences du personnel administratif et relève d'un accompagnement social.

Par ailleurs, le pôle d'accueil est aujourd'hui « éclaté » : l'accueil du SSIAD est dissocié de celui de l'EHPAD, l'accueil des services de l'accueil temporaire et de l'EHPAD ont fait l'objet d'une répartition de tâches entre le personnel administratif. Cette organisation dissociée a permis une réelle efficacité dans l'organisation des services et la qualité des prestations. Elle est le reflet à la fois de l'autonomie des services et d'un certain cloisonnement entre eux. Or, les parcours des personnes âgées sollicitent indifféremment les différents services de la Résidence. L'interconnexion des services autour du partage des situations accompagnées impose d'adapter cette organisation.

Le projet de plate-forme s'oriente donc vers la mise en place d'une entrée unique qui permettrait de positionner la Résidence comme un ensemble pour l'environnement extérieur. Au fil de la réflexion des professionnels et face à la qualification de guichet unique des MAIA (orienté vers une méta-coordination), le terme « *entrée unique* » peut poser question. La plate-forme ouvre accès à une pluralité de services mais pas à la totalité des services existants. De plus, elle se positionne principalement sur l'accompagnement du parcours et non pas sur la coordination d'appui qui relève plutôt de la MAIA ou d'un réseau. Par souci de précision, le terme « accès *centralisé* » est donc retenu.

Positionner la plate-forme comme un accès centralisé permet de rendre compte qu'une personne âgée qui sollicite un des services, sollicite finalement la plate-forme. La réponse qui est proposée à cette personne âgée se construit parmi cette palette de services à sa disposition. Les professionnels de l'équipe médico-sociale utilisent déjà cette palette de services selon les besoins de la personne : des transferts entre services et des réorientations ont ainsi pu être réalisées, preuves de l'adaptabilité de la réponse. Il s'agit de renforcer cette image d'unicité pour permettre de faire évoluer les représentations et décroisonner les services, aujourd'hui structurés séparément, du point de vue de leur projet thérapeutique, du point de vue de leur organisation et du point de vue budgétaire.

88 cf. Synthèse et le bilan de l'étude interne en Annexe 4.

De plus, les professionnels de la Résidence intercommunale Jean Villard expriment la volonté de « *créer du lien* ». D'une part, il s'agit de proposer un accompagnement donnant des repères structurants aux personnes âgées et à leurs familles, dans une phase du cycle de vie où des difficultés sont à surmonter. D'autre part, il s'agit de prendre en compte toutes les composantes de la situation de la personne âgée : médicales, psychologiques, sociales, familiales, financières, etc. Favoriser la connaissance mutuelle apparaît comme un levier important au même titre que la prise en compte des besoins de soins issus de la dépendance. Par connaissance mutuelle, il faut entendre : connaissance de la personne âgée à l'égard des dispositifs et des professionnels et connaissance des professionnels à l'égard de la personne âgée et de son projet de vie. Il s'agit d' « *établir des relations entre la personne âgée, sa famille et les acteurs professionnels et bénévoles, dès qu'il y a accompagnement à domicile et/ou en établissement pour éviter les situations de rupture et maintenir le parcours de vie de la personne* »⁸⁹.

Favoriser la connaissance mutuelle

Pour créer ce lien et donner des repères aux personnes accompagnées et à leur famille, l'accès centralisé se matérialise par une organisation mutualisée de l'accueil. Quelle que soit la demande ou le service sollicité, le circuit d'accueil envisagé est unique, avec un seul dossier administratif et une centralisation des informations pour éviter les demandes redondantes. Le rôle des personnels administratifs est ici mis en exergue par l'importance qu'il requiert auprès des personnes accueillies et de leurs proches.

La personne âgée et ses proches peuvent ainsi construire une relation continue avec des professionnels identifiés, mieux connaître les différents services, leur organisation, leur finalité. C'est également la possibilité de positionner l'institution non pas uniquement comme un lieu de fin du domicile mais comme un lieu de ressources disponibles, y compris dans le cadre du maintien à domicile. *In fine*, la personne âgée et sa famille s'approprient la structure, construisent des repères et établissent une relation de confiance. Si les étapes de la dépendance restent inéluctables, si les services utilisés au cours de son parcours changent pour s'adapter aux besoins, le lien que la personne âgée construit avec les professionnels de la plate-forme apporte un cadre rassurant et structurant.

Parallèlement, face aux difficultés rencontrées par les personnes âgées et leur famille dans le déroulement du parcours, il s'agit pour les professionnels de mieux la connaître, s'adapter à ses attentes et créer un lien réciproque de connaissance mutuelle sur lequel peut s'appuyer un accompagnement de qualité. Le traitement des demandes d'admission par l'équipe médico-sociale doit également être unique de façon à renforcer le partage des situations par les professionnels des différents services et construire une réponse adaptée et

89 GRENIER C., GAMBARELLI F., BRAMI G. et al., Innover pour un établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes du futur : les propositions des professionnels des Alpes-Maritimes, Santé Publique, Juillet-Août 2011, p. 334.

concertée. En effet, le partage des situations est apparu nécessaire pour avoir une vision la plus complète possible du projet de vie de la personne âgée et pouvoir ainsi en retour construire le projet personnalisé le plus adapté et suivre son évolution.

La connaissance mutuelle s'appuie sur une relation de proximité, notamment dans les zones rurales. En effet, le lien se développe de façon plus importante lorsque la structure d'accompagnement s'inscrit dans l'environnement connu de la personne âgée qui est plus encline, du fait de sa fragilité et des conséquences des déficiences cognitives, à rester dans un environnement habituel ou lié à des repères connus. Un accès géographique facilité est également un point important. Ainsi, l'ANAP situe « *une distance tolérable par les usagers comme les professionnels dans une fourchette de 25 à 30 kilomètres ou d'une trentaine de minutes* »⁹⁰. La plate-forme gérontologique s'inscrit naturellement au niveau du bassin de vie comme un acteur de proximité pour renforcer cette connaissance mutuelle.

Proposer une évaluation multidimensionnelle

Pour renforcer la connaissance des situations rencontrées, prendre en compte la globalité des soins de la personne âgée et construire la réponse adaptée, le projet de la Résidence intercommunale Jean Villard propose de mettre en œuvre une évaluation « *médico-psycho-sociale* », évaluation renforcée qui prenne en compte toutes les dimensions de la situation de la personne âgée. Afin de ne pas apporter de limites aux champs possibles de cette évaluation et compte-tenu du champ d'intervention élargi apporté par la notion de parcours d'autonomie, la notion d'évaluation « *multidimensionnelle* », telle que fixée par l'ANAP, est ici retenue⁹¹. Cette évaluation multidimensionnelle de la situation de la personne âgée tient compte d'une part de ses demandes en termes d'objectif social et de projet de vie et d'autre part des besoins de prise en charge liés aux pathologies et à la dépendance. Cette évaluation doit également tenir compte des différents facteurs et/ou freins présents, pour permettre de dénouer les impacts négatifs sur le parcours, de mettre en évidence autant que possible le projet de vie de la personne âgée.

La question des critères d'admission sur la plate-forme et leurs articulations avec ceux des différents services se pose. Doit-il y avoir une priorité donnée à une admission sur un service si cette personne est déjà accompagnée sur un autre ? Cette question est notamment importante pour les entrées en EHPAD compte-tenu des délais d'attente. La plate-forme ayant fait l'objet de l'entretien n° GE1 a opté pour une admission privilégiée en EHPAD pour les personnes déjà connues de la plate-forme en cas d'urgence ou de maintien à domicile au même titre qu'une demande urgente des services sociaux⁹². À l'inverse, les professionnels de la Résidence intercommunale Jean Villard ont choisi de ne pas donner de priorité aux personnes déjà connues et accompagnées pour ne pas donner de fausses

90 ANAP, op. cit., p. 15.

91 ANAP, op. cit., p. 8.

92 cf. cf. Axes d'investigation n° 2 et 3 - Travaux et éléments recueillis en Annexe 5.

garanties aux personnes. De plus, l'orientation sur une autre structure ayant de la disponibilité ou étant plus adaptée à la personne peut s'avérer être le meilleur choix. Toutefois ce positionnement vient questionner le souhait de créer du lien avec la personne âgée et d'intervenir en continuité dans son parcours. D'ailleurs, il est déjà observé que les entrées en EHPAD se font de plus en plus à partir des autres services. En 2011, 19 % des entrées sur un des services de la Résidence concernent des personnes déjà accueillies par un autre service. Ainsi sur les 21 entrées en EHPAD, 38 % concernent des personnes ayant déjà été accueillies par le SSIAD ou l'HT. Plus particulièrement, 5 entrées se sont réalisées directement à l'issue d'un séjour en HT (cf. Parcours de M^{me} C⁹³). L'analyse des motifs de séjours montre également que l'HT répond à une demande de préparation à l'entrée en EHPAD (7 % des séjours). Cette continuité du parcours entre les services est amenée à se renforcer naturellement : si les services d'accompagnement à domicile ou temporaire jouent leur rôle de repérage, d'anticipation et de développement de la connaissance mutuelle, de plus en plus de personnes sollicitant l'EHPAD auront bénéficié au préalable d'un des autres services. La plate-forme gérontologique composée d'un EHPAD et de services orientés vers le domicile renforce donc naturellement la continuité du parcours d'autonomie.

Accès centralisé et de proximité, la plate-forme gérontologique permet de renforcer la connaissance mutuelle au fil des services utilisés et de l'évolution de la situation de la personne âgée. L'évaluation multidimensionnelle concourt à une construction du projet personnalisé adapté pour prendre en compte la globalité des besoins de la personne âgée et établir une vision claire du projet de vie. Le parcours d'autonomie de la personne âgée se construit au fil des évolutions en sollicitant au besoin l'ensemble des services de la plate-forme. L'interconnexion des services qui en découle appelle plus de transversalité dans les pratiques professionnelles qui sont amenées à se déployer sur tous les services.

2.2.2 Introduire une nécessaire transversalité, entre établissement et domicile

L'ANAP relève que « *l'étanchéité des accompagnements entre institutions et domicile* »⁹⁴ est l'une des cinq principales barrières identifiées comme facteurs de rupture dans les parcours des personnes. Pour renforcer la continuité de ces parcours, l'action de la plate-forme gérontologique doit donc être transversale, tant au sein de l'établissement qu'à domicile car chacun des services intervient ou interviendra à un moment du parcours d'autonomie. La réflexion menée à la Résidence intercommunale Jean Villard a mis en évidence que cette transversalité pourrait s'exercer sur plusieurs points : introduire la présence du médecin coordonnateur à domicile, déployer l'ensemble des compétences pluridisciplinaires à domicile et favoriser l'harmonisation des pratiques.

L'intervention du médecin coordonnateur à domicile

93 cf. Parcours n° P3 en Annexe 4.

94 ANAP, op. cit., p. 23.

Le SSIAD remonte régulièrement le besoin d'introduire un temps de présence du médecin coordonnateur pour une évaluation à domicile. Ce constat est relayé par les travaux de la filière gériatrique Lyon Sud (cf. paragraphe 1.4.2). Cette augmentation du temps de médecin coordonnateur est également attendue sur la plate-forme ayant fait l'objet de l'entretien n° GE1⁹⁵. L'intervention du médecin coordonnateur à domicile est présentée comme un soutien au médecin traitant par un renfort de compétence gériatrique et une connaissance des dispositifs gérontologiques disponibles. Le rôle attendu du médecin coordonnateur est de relayer les repérages effectués par les professionnels du SSIAD, d'apporter une expertise et une position tierce (légitimée par la position de pair vis à vis du médecin traitant) et donc de permettre de faire évoluer la prise en charge. Une étude menée sur le réseau gérontologique ANCRAGE rapporte que « *perçu comme médiateur, le gériatre peut confirmer et donc légitimer les constats faits par les professionnels du domicile, convaincre les médecins généralistes d'une adaptation de la prise en charge* »⁹⁶.

Toutefois, la collaboration entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur n'est pas une évidence, car « *certaines médecins généralistes vivent l'intervention du gériatre comme une ingérence dans leur façon de travailler* »⁹⁷. Néanmoins, des médecins traitants « *ont reconnu avoir découvert la plus-value de l'intervention d'un gériatre* »⁹⁸. La mise en place de l'intervention du médecin coordonnateur à domicile doit donc faire l'objet d'un travail rapproché avec les médecins traitants du territoire de la plate-forme pour les informer du projet, les sensibiliser et trouver un mode de partenariat. La Résidence intercommunale Jean Villard a consulté les médecins traitants intervenant sur l'EHPAD qui se sont montrés favorables au rôle joué par la structure et à son renforcement. Ils n'ont toutefois pas exprimé de besoins particuliers et semblent en retrait ou en attente de mieux cerner le projet.

Le déploiement des compétences pluridisciplinaires à domicile

A côté du médecin coordonnateur, l'ensemble des compétences pluridisciplinaires doit pouvoir s'exercer, tant à domicile qu'en établissement. Ainsi, l'entrée en EHPAD survient à un instant donné du parcours de la personne âgée qui, compte-tenu des freins qui peuvent la retarder, n'est pas uniquement en lien avec le besoin d'aide et d'accompagnement. De plus, lorsque la dépendance s'installe ou lorsque la maladie d'Alzheimer survient ou évolue à domicile, les besoins d'adaptation de la prise en charge sont importants. Les ESA⁹⁹, en cours de déploiement dans le cadre du plan Alzheimer, ont vocation à intervenir, sur prescription médicale, pour dispenser des séances de soins et de réhabilitation et d'accompagnement

95 cf. Axes d'investigation n° 2 et 3 - Travaux et éléments recueillis en Annexe 5.

96 GHADI V., VEDEL I., ROUTELOUS C. et al., Rôle d'interface d'un réseau gérontologique entre les acteurs du sanitaire et du maintien à domicile, Santé Publique, Juillet-Août 2011, p. 324.

97 GHADI V., VEDEL I., ROUTELOUS C. et al., op. cit., p. 325.

98 GHADI V., VEDEL I., ROUTELOUS C. et al., loc. cit.

99 cf. Glossaire en Annexe 6.

pour des personnes en début de maladie ou pour un soutien ponctuel. Intervenant à domicile, elles sont composées, au côté d'un infirmier coordonnateur, d'un ergothérapeute et/ou d'un psychomotricien et d'assistants de soin en gérontologie (ASG), professionnels qui interviennent également en établissement.

En toute logique, les besoins de la personne âgée, à domicile et en établissement, font donc bien appel aux mêmes professionnels. La mutualisation des compétences sur l'ensemble de la plate-forme s'impose. Cette mutualisation est l'un des points de progression remonté par une structure similaire regroupant un SSIAD, un SAAD, un EHPAD et un AJ¹⁰⁰. Initiée sur cette structure pour les remplacements, la mutualisation permet d'améliorer la souplesse de l'organisation mais également de faire évoluer les pratiques professionnelles. Ainsi, les personnels du SAAD utilisent la mutualisation pour se former et renforcer leur connaissance de la prise en charge de la personne âgée. La mutualisation fait évoluer le positionnement des professionnels qui, en intégrant l'action des autres services, prennent la mesure du parcours de la personne âgée et de la globalité de l'action qu'il requiert.

L'harmonisation des pratiques

La transversalité se traduit également par un travail partagé sur des thématiques identifiées pour renforcer l'échange et l'harmonisation des pratiques. Le projet de la Résidence intercommunale Jean Villard a mis en évidence deux thématiques : le développement de la vie sociale et l'accompagnement de fin de vie.

Le souhait des professionnels de « *créer du lien* » renvoie au lien humain et donc à la vie sociale de la personne âgée. Conformément aux attentes de lien social relevées dans l'étude interne (cf. paragraphe 1.1.2), l'EHPAD et la plate-forme gérontologique dans son entièreté, « *apparaît comme devant être un lieu de vie et non pas un lieu de soin et de prise en charge* »¹⁰¹. Le projet d'animation et de vie sociale de la Résidence intercommunale Jean Villard propose déjà des activités partagées entre les personnes accompagnées dans l'établissement et à domicile. Le projet de la plate-forme est de construire un projet de vie sociale partagé en « *favorisant le lien et la convivialité* »¹⁰² pour rompre l'isolement social fréquent à domicile et toujours renforcer la connaissance mutuelle.

Les travaux menés par les professionnels ont également conduit à inscrire l'accompagnement de fin de vie comme une thématique transversale centrale compte-tenu des situations rencontrées à domicile et des valeurs associées (respect et dignité des personnes accompagnées). Le projet de la plate-forme propose d'ouvrir la commission « *Accompagnement de fin de vie* » de l'EHPAD aux soignants de tous les services (avec en priorité un travail autour de l'accompagnement des familles), d'organiser l'accompagnement de situations individuelles (repérage, analyse de cas, visite à domicile) et de mettre en place

100 cf. Entretien n° GE1 en Annexe 5.

101 GRENIER C., GAMBARELLI F., BRAMI G. et al, op. cit., p. 332.

102 cf. Entretien avec l'animatrice - Synthèse et le bilan de l'étude interne en Annexe 4.

des formations internes. Bien entendu, ce travail n'exclut pas la possibilité de solliciter une équipe mobile de soins palliatifs en ressource complémentaire.

En créant un lien privilégié avec la personne âgée et en harmonisant les compétences sur tous les services, la transversalité renforce la continuité du parcours de la personne âgée en lui proposant des prestations identiques, de même qualité, tant à domicile qu'en établissement. Quels compétences et services doit proposer la plate-forme gérontologique ?

2.3 Structurer la plate-forme : Quelles compétences ? Quels services ?

La structuration de la plate-forme gérontologique s'appuie sur une pluridisciplinarité appuyée sur une compétence gériatrique qui doit se renforcer d'une compétence sociale (2.3.1). Par ailleurs, la palette de services doit pouvoir continuer à s'étoffer selon les besoins du territoire et l'évolution des populations accueillies (2.3.2).

2.3.1 Une pluridisciplinarité, à vocation prioritairement thérapeutique, renforcée d'une compétence sociale

« *La gériatrie vise à apporter une réponse adaptée à des besoins pluriels résultant de la polypathologie et à assurer une continuité de prise en charge dans un objectif de réinsertion dans le milieu de vie antérieur* »¹⁰³. Elle ne peut pas se dissocier de la gérontologie qui s'intéresse à toutes les dimensions du vieillissement. L'autonomie de la personne âgée est la résultante de facteurs eux-mêmes multiples, à la fois médicaux, psychologiques, sociaux et environnementaux qui implique l'intervention pluridisciplinaire de professionnels spécialisés dans ces différentes composantes.

L'intervention de professionnels pluridisciplinaires

A côté du médecin gériatre et du corps infirmier et soignant (Infirmier, Aide-soignant), des professions, spécifiques ou non au grand âge, se sont généralisées, ou sont en voie de l'être, au sein des ESSMS¹⁰⁴. Certaines compétences relèvent du parcours de soins et interviennent en général sur prescription médicale. Ainsi, le masseur-kinésithérapeute, le pédicure ou le podologue réalisent des soins et/ou des activités de rééducation et de réadaptation afin de maintenir ou restaurer les capacités fonctionnelles dans le but de favoriser l'autonomie et l'intégration de la personne âgée dans son environnement. L'orthophoniste assure une prise en charge de rééducation ou palliative pour une diminution des troubles de la communication et de la déglutition.

L'impact des limitations fonctionnelles et des troubles cognitifs, liés au vieillissement et /ou à la maladie d'Alzheimer, a introduit des professionnels comme l'ergothérapeute et le psychomotricien et conduit à promouvoir des compétences spécifiques comme les aides

103 JEANDEL C., AQUINO J-P., BERRUT G. et al., op. cit., p. 14.

104 Les descriptions des métiers présentés succinctement sont inspirées du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

médico-pédagogiques (AMP) et les assistants de soins en gérontologie (ASG). L'ergothérapeute réalise des activités de rééducation, de réadaptation et de réinsertion dans le but de favoriser l'autonomie sociale et l'intégration de la personne âgée dans son environnement. Le psychomotricien réalise des soins et des activités de rééducation et de stimulation corporelle pour un mieux être psychocorporel. Les AMP et les ASG, (davantage formés aux troubles cognitifs) accompagnent les personnes âgées dans les actes de la vie quotidienne afin qu'ils maintiennent et développent leur autonomie. La prise en compte des besoins d'accompagnement psychologique des personnes âgées mais également de leurs proches dans des parcours souvent difficiles nécessite l'intervention du psychologue qui prend en compte la vie psychique des personnes âgées, individuellement et en groupe et apporte également un soutien aux aidants. Les situations nécessitant des prises en charge psychiatriques étant de plus en plus fréquentes, des interventions de psychiatres gérontologues sont également possibles. Favoriser le maintien de la vie sociale a conduit également à valoriser le rôle de l'animateur dont l'intervention fait partie intégrante du projet thérapeutique des établissements. D'autres professionnels complètent cette palette : le diététicien intervient pour garantir l'état nutritionnel et l'équilibre alimentaire ainsi que maintenir le goût et le plaisir des repas ; le socio-esthéticien apporte des soins destinés à l'entretien, au confort et à l'embellissement du corps de la personne âgée contribuant à la revalorisation de son image. Tous ces professionnels ont vocation à intervenir au sein de la plate-forme gérontologique dans le cadre d'un accompagnement global de la personne âgée.

Avec la diversification de ses services, la Résidence intercommunale Jean Villard dispose d'une palette de professionnels (médecin gériatre, cadres infirmiers, infirmières, aides-soignantes, AMP, ASG, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien, animatrice) et s'appuie également sur les professionnels libéraux comme les kinésithérapeutes. L'ensemble de ces professionnels construit et met en œuvre le projet thérapeutique adapté à la population accueillie et aux pathologies du vieillissement. La plate-forme gérontologique a vocation à structurer cette pluridisciplinarité sous la forme d'une équipe « médico-psycho-sociale », renforçant l'équipe médico-sociale actuelle d'une compétence sociale, actuellement inexistante. Il s'agit d'acter de la volonté d'intégrer toutes les composantes du projet de vie de la personne. La pluridisciplinarité ainsi renforcée permet de porter un projet « médico-psycho-social » intégrant la globalité des besoins de la personne âgée.

L'introduction d'une compétence sociale

Le projet mené sur la Résidence intercommunale Jean Villard s'est donc axé sur l'intégration d'une compétence sociale afin de répondre aux attentes multiples d'information et de soutien relevé lors de l'accueil par les personnels administratifs mais également pour accompagner les situations lorsque des freins notamment financiers empêchent la construction du projet personnalisé et la prise de décisions. L'action de cette compétence sociale s'inscrit sur des situations individuelles et conduit à privilégier un profil d'assistant

social qui apporte son soutien par des interventions susceptibles de prévenir ou surmonter les difficultés rencontrées par la personne âgée et ses proches et qui convient plus particulièrement pour un accompagnement individualisé. L'intégration d'un profil assistant social est à penser en cohérence avec les partenaires présents sur le territoire qui peuvent déjà proposer un accompagnement social individualisé comme le CLIC.

D'autres profils peuvent s'inscrire dans cette compétence sociale attendue sur la plateforme gérontologique. Ainsi, une MAIA expérimentale, a recruté un conseiller en économie sociale et familiale (CESF) pour son poste de coordonnateur du dispositif et relève que ce profil, « *très pratique et organisé, s'oriente davantage sur des actions collectives et se positionne avec une vision plus large et complète* » en comparaison d'un assistant social¹⁰⁵. La comparaison des deux fiches métiers indique que l'assistant social et le CESF ont des connaissances en intervention sociale, avec un niveau approfondi pour l'assistant social, et en psychologie générale mais également en communication et en relation d'aide¹⁰⁶. Les connaissances de l'assistant social sont orientées sur l'audit social, le droit civil, les techniques de négociation et la connaissance des ESSMS. Le CESF dispose de connaissances plus approfondies en économie sociale et familiale et en gestion comptable et financière qui le positionnent en soutien dans la vie quotidienne des personnes comme l'indique la fiche métier de l'Office national d'information sur les enseignements et les professions (ONISEP)¹⁰⁷. Celle-ci précise également qu'il initie des projets collectifs qui constituent « *une part importante de son activité* ». Il peut par exemple organiser des rencontres à thème pour créer du lien social entre des personnes isolées du même quartier.

Le profil CESF peut être donc être porteur d'une dynamique transversale qui viendrait consolider l'accompagnement renforcé proposé par la plate-forme gérontologique et le lien que celle-ci souhaite créer avec les personnes âgées et leur famille. *In fine*, le projet porté par la plate-forme gérontologique et les dispositifs d'accompagnement social déjà présents sur le territoire définissent concrètement le type de compétence sociale pertinent.

Un besoin de renforcement des temps de présence

Cette pluridisciplinarité, déployée transversalement conduit à un besoin de renforcement des temps de présence. L'intervention du médecin coordonnateur a été explicitée (cf. paragraphe 2.2.2). D'autres professionnels sont concernés, notamment ceux disposant de temps sur certains des services mais pas sur l'ensemble : psychologue, ergothérapeute, psychomotricien, animateur, etc.

105 cf. Entretien n° GE3 en Annexe 5.

106 <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=comparaison-metier&idmet=39&idmetcomp=38>

107 <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/conseiller-ere-en-economie-sociale-et-familiale/>

Ainsi, le psychologue intervient sur l'accompagnement des personnes âgées et de leurs proches mais également en soutien auprès des professionnels. L'entretien avec la plate-forme de services n° GE1 montre également le besoin d'un temps de présence du psychologue est accru auprès des professionnels notamment à domicile car ils sont plus isolés¹⁰⁸. Actuellement, le SSIAD de la Résidence intercommunale Jean Villard est accompagné par une psychologue extérieure sous la forme de groupes d'analyse de la pratique qui permettent à l'équipe de travailler l'ancrage sur des valeurs partagées et la cohésion du projet thérapeutique du service. Le renforcement du temps de psychologue sur la plate-forme gérontologique permettrait un travail en transversalité tant pour les personnes âgées que pour les professionnels.

Pour répondre aux besoins du parcours d'autonomie, la plate-forme gérontologique fait appel à des compétences pluridisciplinaires qui s'étoffent, y compris sur le champ de l'accompagnement social. Renforcer les temps de présence des professionnels pluridisciplinaires intervenant en transversalité apporte de la cohérence à l'action de la plate-forme gérontologique. Issue de la diversification des services à destination des personnes âgées, elle doit également poursuivre la réflexion sur la composition de son offre en relation avec les besoins de son territoire et l'évolution de la population accompagnée.

2.3.2 Une palette de services étoffée et pertinente

Actuellement, la Résidence intercommunale Jean Villard regroupe un SSIAD, un AJ, un HT et un EHPAD intégrant un PASA. Cette composition apporte des avantages qui ont initié le projet d'une plate-forme gérontologique et qu'il convient de mettre en évidence. En complémentarité, des perspectives de renforcement de son offre de services peuvent être envisager pour soutenir le parcours de soins, soutenir le domicile voire proposer des solutions aux personnes handicapées vieillissantes.

Un hébergement permanent structurant et intégrant des services à domicile

En premier lieu, la présence d'une structure d'hébergement permanent type EHPAD au sein de la plate-forme gérontologique revêt une importance particulière. La plate-forme gérontologique, adossée à un EHPAD et regroupant des services intervenant à domicile, doit permettre de faire évoluer la représentation des EHPAD. Le premier contact avec l'EHPAD, devenu plate-forme gérontologique, n'est plus celui synonyme de la fin du domicile. L'accompagnement et les services proposés favorisent et soutiennent le maintien à domicile tant dans l'évolution de la dépendance qu'au moment de la fin de la vie. En second lieu, il semble également évident de regrouper autour de l'EHPAD des services orientés vers le domicile pour garantir une offre graduée, adaptée aux étapes du parcours d'autonomie mais pas uniquement. Ainsi, la présence du SSIAD apporte une capacité de repérage et d'anticipation ainsi qu'une expérience sur l'intervention parmi une multitude d'intervenants.

¹⁰⁸ cf. Axes d'investigation n° 2 et 3 - Travaux et éléments recueillis en Annexe 5.

Du fait de son potentiel logistique (ouverture 24h/24h et 365 jours par an) et de sa présence sur le bassin de vie, l'EHPAD contribue à la coordination entre les différents acteurs et permet au public d'accéder en un seul lieu aux prestations de service à domicile. Par les compétences présentes et notamment celle du médecin coordonnateur, il permet d'organiser la pluridisciplinarité et la mutualisation des compétences en transversalité.

Pour renforcer l'accompagnement du parcours d'autonomie, la plate-forme gérontologique peut étoffer son offre. Plusieurs perspectives peuvent être étudiées en lien avec les compétences disponibles sur la plate-forme gérontologique et son intervention sur le bassin de vie de la personne âgée qui la positionne en acteur de proximité.

Soutenir le parcours de soins

Dans le cadre du parcours de soins et de la prévention, le plus en amont possible du parcours, la plate-forme peut mettre à disposition ses compétences gériatriques en lien avec les médecins traitants comme l'ont suggéré les travaux de la filière gériatrique Lyon Sud qui évoquent des consultations de repérage en amont des consultations hospitalières de dépistage et d'évaluation gériatrique¹⁰⁹. L'entretien réalisé avec une MAIA indique qu'une structure de type plate-forme de services devrait chercher à « *répondre aux attentes du domicile lorsqu'aucun professionnel, hors le médecin traitant n'est présent* » pour repérer les situations et mettre des actions communes en place pour créer du lien¹¹⁰. La présence d'un service d'accompagnement à domicile type SSIAD ou SAAD est primordiale au sein de la plate-forme gérontologique. La plate-forme gérontologique pourrait ainsi accompagner la professionnalisation du secteur aide à domicile en intégrant un SAAD ou créer un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Soutenir le domicile

Poursuivre le développement du soutien au domicile rentre dans la logique de parcours à l'origine de la plate-forme gérontologique. Après les HT et les AJ, le plan Alzheimer 2008-2012 soutient également le déploiement des plates-formes de répit et d'accompagnement à destination des aidants¹¹¹. Il est également possible de développer la modularité et la souplesse avec des dispositifs réactifs comme le portage des repas, le coucher tardif, la GIN, l'accueil de nuit ou l'accueil de jour itinérant. Ainsi, le SROMS de la Région Rhône Alpes indique que « *des besoins nouveaux s'affirment postulant un élargissement du cadre des prestations des SSIAD (couchers tardifs, places d'urgence...), une modulation des interventions [...]* »¹¹². Le schéma gérontologique 2012-2014 du département des Deux Sèvres envisage de proposer, dans les plates-formes territoriales multiservices appuyées sur les EHPAD, des services à domicile tels la télé-assistance, la GIN, l'aide aux aidants ou un

109 cf. Axes d'investigation n° 2 et 3 - Travaux et éléments recueillis en Annexe 5.

110 cf. Entretien n° GE3 en Annexe 5.

111 cf. Glossaire en Annexe 6.

112 ARS Rhône Alpes, SROMS 2012-2017, Juillet 2012, p. 198.

transport accompagné¹¹³. Pour favoriser les passerelles entre le domicile et l'EHPAD, l'intégration de solutions alternatives type foyer logement ou petite unité de vie est envisagée dans le SROMS 2012-2016 du Limousin¹¹⁴. Le soutien au domicile, l'accompagnement des aidants et la graduation des dispositifs peuvent donc encore être renforcés.

Proposer des solutions aux personnes handicapées vieillissantes

L'augmentation importante du nombre de personnes handicapées vieillissantes est également un facteur d'évolution de l'offre des ESSMS. L'accueil des personnes handicapées vieillissantes présente cependant « *des particularités qui complexifient leur accès aux dispositifs en direction des personnes âgées et mérite une attention particulière* »¹¹⁵ et suppose une adaptation du personnel à la prise en charge de ces publics. Historiquement, les EHPAD ont une culture plutôt tournée vers le soin alors que les établissements pour personnes handicapées sont plutôt orientés vers l'accompagnement. Le projet de plate-forme gérontologique tournée vers l'accompagnement du projet de vie peut être renforcé par un transfert de compétences entre les deux secteurs.

L'entretien réalisé avec une MAIA relève l'importance de développer sur les territoires des services type SAMSAH pour accompagner les adultes handicapés¹¹⁶. La présence de places pour personnes handicapées au sein du SSIAD qui a cependant une difficulté à faire progresser l'activité de ce service et les échanges mis en place avec un foyer de vie en proximité sont les points de départ d'une réflexion à mener à moyen terme. Il apparaît important de s'appuyer sur des nouveaux partenaires comme la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour mieux repérer les situations « *à risque* », notamment les personnes handicapées vieillissantes résidant avec des parents âgés. La réponse à apporter à cette population spécifique passe également, semble-t-il, par une convergence et une articulation des dispositifs et des financements à destinations des personnes âgées et handicapées et appelle donc un cadrage national.

Les possibilités sont nombreuses. Le projet de la plate-forme gérontologique doit donc se construire avec une réelle réflexion des besoins exprimés par les usagers sur son territoire et en complémentarité avec les partenaires déjà présents. Les entretiens réalisés avec des structures similaires relèvent l'importance de s'appuyer et de travailler en lien avec les services sociaux, le CLIC et les services du Conseil général¹¹⁷. La Résidence intercommunale Jean Villard doit plus spécifiquement s'articuler avec le SIPAG, acteur historique de l'action gérontologique du territoire, à l'origine de la création de l'établissement et qui propose des services à destination de la personne âgée et des aidants. La plate-forme

113 cf. Axes d'investigation n° 2 et 3 - Travaux et éléments recueillis en Annexe 5.

114 cf. Axes d'investigation n° 2 et 3 - Travaux et éléments recueillis en Annexe 5.

115 Conseil général du département des Deux Sèvres, Schéma gérontologique 2010-2014, Axe 3.

116 cf. Entretien n° GE3 en Annexe 5.

117 cf. Entretiens n° GE1 et GE3 en Annexe 5.

gérontologique doit inévitablement s'inscrire dans une logique de partenariat : les dispositifs proposés doivent s'inscrire dans une palette d'offre sur le territoire, lisible, cohérente et qui s'appuie sur les forces des partenaires existants. La plate-forme gérontologique doit trouver un équilibre entre intégrer certains services et développer la coopération avec d'autres.

La plate-forme gérontologique est une structure d'accompagnement renforcé du parcours d'autonomie qui se caractérise par une organisation spécifique, avec des compétences pluridisciplinaires et des dispositifs variés et gradués. Acteur de proximité, elle peut assurer une coordination de proximité. Sans ajouter un niveau de coordination supplémentaire, il s'agit de s'inscrire dans une logique de filière gérontologique en apportant au niveau de la personne la coordination nécessaire à l'organisation de sa vie au domicile.

La plate-forme gérontologique se positionne comme un acteur de proximité au service du projet de vie de la personne âgée. En proposant un accueil centralisé et en développant une évaluation multidimensionnelle, elle prend en compte la personne âgée dans sa globalité et développe un lien de connaissance mutuelle qui contribue à créer du lien. Structurant son action en transversalité, la plate-forme gérontologique propose des prestations de même qualité, tant à domicile qu'en établissement, assurées par des professionnels pluridisciplinaires dont les compétences sont mutualisées et ainsi renforcées.

A partir de l'étude menée à la Résidence intercommunale Jean Villard, l'offre proposée par la plate-forme gérontologique semble devoir allier hébergement permanent avec une palette de services à domicile, afin d'assurer une anticipation des situations de rupture et diminuer la fracture entre la fin du domicile et l'entrée en EHPAD. De plus, par une composition souple et modulable des services proposés à la personne âgée, il s'agit de renforcer la continuité de son parcours en tenant compte des stades de la dépendance. S'ouvrir à des dispositifs innovants et à de nouvelles typologies de population implique de tenir compte des partenaires et des services déjà existants sur le territoire.

Les ESSMS ainsi regroupés au sein d'une plate-forme gérontologique voient leur positionnement modifié par un nouveau paradigme : il s'agit de centrer l'accompagnement du parcours d'autonomie sur le projet de vie de la personne âgée. Dès lors, l'intervention des ESSMS requiert plus de transversalité, impliquant que les professionnels pensent leur intervention tout au long de ce parcours. Modifiant le positionnement et l'intervention des EHPAD et des services qui la composent, l'introduction de la logique de parcours agit comme un facteur d'évolution structurelle et organisationnelle des ESSMS. L'installation des plates-formes gérontologiques nécessite *de facto* d'être accompagnée et soutenue.

3 Des évolutions nécessaires pour installer les plates-formes gériatologiques

La plate-forme gériatologique permet d'accéder en un seul lieu aux prestations de services à domicile et en établissement. En harmonisant le déploiement des compétences sur l'ensemble des services, la transversalité concourt à renforcer la continuité du parcours de la personne âgée. Elle introduit cependant des conséquences sur l'organisation et la structuration de la plate-forme gériatologique (3.1).

Par ailleurs, la plate-forme gériatologique est un dispositif innovant, regroupant différents services aux conditions d'autorisation et de financement spécifiques : une évolution du cadre national de l'offre semble nécessaire pour assurer une réponse efficiente au parcours d'autonomie (3.2).

3.1 Les conséquences de la transversalité

La transversalité de l'action de la plate-forme gériatologique, en établissement et à domicile, implique une harmonisation des pratiques et des outils (3.1.1), un renforcement des temps pour rendre effective la mutualisation des compétences pluridisciplinaires (3.1.2) et un renforcement des missions du médecin coordonnateur (3.1.3).

3.1.1 Une harmonisation des pratiques et des outils à engager

L'action transversale des professionnels implique que leurs pratiques soient harmonisées pour que la prise en charge des personnes âgées soit cohérente et continue. Ainsi, au sein de la Résidence intercommunale Jean Villard, les protocoles relatifs à la mise en œuvre du projet personnalisé sont travaillés de manière distincte par l'EHPAD et le SSIAD. Les professionnels n'expriment pas aujourd'hui la nécessité de travailler en commun ces protocoles. Cependant, compte-tenu de la finalité de la plate-forme gériatologique, clairement positionnée par ces mêmes professionnels comme devant « *créer du lien* », un travail partagé sur le thème du projet personnalisé semble incontournable. Cette harmonisation des pratiques, qui concerne *in fine* tous les champs d'intervention, découlera progressivement des actions transversales qui seront menées comme celles proposées au sein de la Résidence (projet de vie sociale partagé, accompagnement de fin de vie) ainsi que du décloisonnement progressif opéré sous l'impulsion de l'interconnexion des services.

L'évaluation multidimensionnelle partagée entre les services est également un élément central dans l'accompagnement global de la personne âgée qui introduit d'utiliser des protocoles et des outils adaptés. Pour évaluer une situation et ajuster une réponse adéquate, il est nécessaire de disposer d'un outil d'évaluation multidimensionnel. L'ANAP indique que cet outil objective une situation, rend reproductible l'évaluation et permet le partage entre les

professionnels¹¹⁸. Toutefois, « à ce jour en France, aucun outil commun et partagé n'est utilisé par l'ensemble des acteurs intervenant dans un parcours sanitaire et social »¹¹⁹. L'intervention de la plate-forme gérontologique s'inscrit sur le bassin de vie de la personne âgée, au sein de la filière gérontologique. Il semble donc pertinent que soit adopté, dans la mesure du possible, un outil d'évaluation multidimensionnelle commun entre les professionnels d'une même filière gérontologique, voire au niveau de la MAIA (ce qui permet notamment d'harmoniser avec le CLIC). Pour la Résidence intercommunale Jean Villard, la filière gérontologique est en cours de construction, la MAIA n'est pas créée¹²⁰ et il n'existe pas de réseau de santé sur son territoire. Aucun outil partagé, reflet de la dynamique concertée entre les acteurs, n'est donc disponible.

Les systèmes d'informations ne sont pas toujours unifiés entre les ESSMS regroupés au sein de la plate-forme gérontologique. Ainsi, la Résidence intercommunale Jean Villard utilise des logiciels différents de gestions des admissions et des dossiers de soins entre l'EHPAD et le SSIAD. Le logiciel de gestion des admissions est par ailleurs peu adapté à la diversité des services (gestion des séjours en AJ par exemple), occasionnant des contraintes dans son utilisation et des statistiques biaisées pour certains indicateurs. La mise en place de la plate-forme gérontologique, et notamment du pôle d'accès centralisé, implique de faire évoluer les systèmes d'information pour une gestion partagée des informations et des indicateurs. La question de la confidentialité des informations est à prendre en compte dans ce travail. Le positionnement des MAIA comme guichet intégré entre les acteurs avec des outils communs et un niveau d'information partagé peut représenter un point d'entrée pour structurer le système d'information de la plate-forme gérontologique. Toutefois, cette option est bien évidemment conditionnée à l'existence même de la MAIA sur le territoire (ce qui n'est pas le cas pour la Résidence) et au déploiement effectif du dispositif dans son intégralité (construction du réseau, concertation des acteurs et dynamique partagée).

Pour structurer son organisation, la plate-forme gérontologique requiert une harmonisation des pratiques (protocoles, partage d'information) et des outils (outil d'évaluation multidimensionnel, système d'information). Cette structuration doit en toute logique s'appuyer dans la mesure du possible sur un travail partagé entre les acteurs du territoire et de la filière dans un souci de rationalisation des échanges et de continuité pour l'usager. Toutefois, le déploiement partiel des structures de coordination du territoire (filière gérontologique, réseau gérontologique, MAIA), voire leur inexistence, peut conduire les ESSMS de la plate-forme gérontologique à réaliser cette évolution par leurs propres moyens. Cela peut induire une relative liberté de choix mais également un frein, compte-tenu des effets de levier qu'une mutualisation avec les acteurs aurait pu générer.

118 ANAP, op. cit., p. 8.

119 ANAP, loc. cit.

120 En Rhône Alpes, une MAIA sera créée par filière gérontologique.

La transversalité de l'action des professionnels pluridisciplinaires intervenant sur la plate-forme gérontologique introduit de rendre effective leur mutualisation par un renforcement des temps.

3.1.2 Une mutualisation à rendre effective par un renforcement des temps

La mutualisation a pour objectif de déployer les compétences pluridisciplinaires sur l'ensemble de la plate-forme, en établissement et à domicile. Au sein de la Résidence intercommunale Jean Villard, l'équipe médico-sociale actuelle œuvre dans ce sens mais se trouve en limite de capacité pour mettre en œuvre des temps partagés entre services, pas toujours autorisés sur tous les services. Leur action est fragmentée alors que l'accompagnement des personnes âgées requiert *a contrario* continuité et globalité. *In fine*, certaines compétences sont en manque de temps disponible face aux besoins requis par les situations, notamment à domicile, pour lesquelles l'évaluation et la construction du projet personnalisé se révèlent particulièrement chronophages. Cette mutualisation concerne les professionnels pluridisciplinaires, disposant aujourd'hui de temps fragmentés sur les différents services comme le psychologue, l'ergothérapeute, le psychomotricien et le médecin coordonnateur dont l'action transversale est nécessaire.

Cette mutualisation des temps semble devoir s'appuyer sur l'ensemble des lits et places de la plate-forme afin de proposer des prestations homogènes et d'assurer la cohérence du projet porté par la plate-forme gérontologique. Une évolution possible dans l'attribution et le financement des postes pourrait être de calculer le temps d'intervention de ces professionnels sur la base d'une part fixe liée au fonctionnement de la structure et d'une part variable liée au nombre de lits et places de la plate-forme, à l'image de la proposition faite par la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs (FFAMCO) sur le temps du médecin coordonnateur en EHPAD¹²¹. S'appuyant sur les missions du médecin coordonnateur telles qu'elles sont définies par l'article D312-158 du CASF, la FFAMCO propose un temps minimum inhérent à la fonction, quelque que soit le nombre de résidents, estimé à 0,31 ETP¹²². À ce temps fixe est ajouté un temps minimum par résident, estimé à 0,0055 ETP. Pour un EHPAD de 100 lits, le temps minimum incompressible de présence du médecin coordonnateur est ainsi estimé à 0,86 ETP¹²³ alors que l'article D312-156 du CASF porte à 0,50 ETP le temps de présence minimal du médecin coordonnateur pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places (un écart de presque 0,40 ETP, soit 2 jours par semaine). Pour la plate-forme gérontologique de Jean Villard composée de 124 places, le temps de médecin coordonnateur serait de 0,99 ETP, contre 0,50 ETP actuellement. Cette méthodologie permet de même de caractériser la

121 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, 13 Mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD, Décembre 2009, p. 50.

122 Sur la base d'une semaine de 35 heures.

123 C'est à dire $0,31 + 0,0055 * 100$ résidents.

dualité de l'intervention du médecin coordonnateur, entre chef d'orchestre de l'organisation des soins et gestionnaire de situations individuelles. Elle conforte également le besoin de renforcer le temps d'intervention du médecin coordonnateur.

Dans le cadre de la plate-forme gérontologique composée de plusieurs services en plus de l'EHPAD, des modalités particulières pourraient permettre d'adapter cette méthodologie de calcul, y compris pour les professionnels concernés par une intervention transversale. Le temps inhérent à la fonction pourrait être modulé selon des critères de plate-forme comme le nombre de lits et places (indicateur de volume) et le nombre de services présents (indicateur d'interconnexion des services). Le temps minimum par résident pourrait être fixé selon les types de services ou la typologie des personnes âgées. Quantifier le temps par résident reste toutefois un exercice difficile puisque le temps d'accompagnement ne relève d'aucun standard, surtout dans le cadre d'un accompagnement conçu pour être individualisé.

In fine, introduire un mode de calcul de ce type permettrait de mettre en valeur la plus-value apportée par la plate-forme en terme d'accompagnement du parcours d'autonomie et d'apporter une forme d'homogénéité dans les moyens accordés aux ESSMS. Par ailleurs, cela pourrait apporter un effet d'incitation pour renforcer la diversification des services, en appui sur les EHPAD.

Pour renforcer l'action de la plate-forme gérontologique, la mission du médecin coordonnateur est également à conforter.

3.1.3 Une mission du médecin gériatre coordonnateur à conforter

Les missions du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD sont définies par l'article D312-158 du CASF. La transversalité de l'action de la plate-forme gérontologique et la mutualisation de l'action du médecin coordonnateur inclut de déployer l'ensemble de ces missions sur tous les services de la plate-forme, et notamment à domicile. En effet, il joue un rôle central dans les coopérations autour du parcours d'autonomie, constitue un binôme avec le médecin traitant et reste le chef d'orchestre du projet médico-psycho-social de la plate-forme gérontologique.

Un rôle central dans les coopérations autour du parcours d'autonomie

Dans le cadre d'une logique de parcours de la personne âgée, trois des missions du médecin coordonnateur sont à relever. Premièrement, le médecin coordonnateur préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement, c'est-à-dire les infirmières, les aides-soignantes, les médecins, les psychologues ou encore les kinésithérapeutes. Deuxièmement, le médecin coordonnateur participe à la mise en œuvre des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins. Troisièmement, il collabore à la mise en œuvre des réseaux gérontologiques. Le

médecin coordonnateur occupe donc un rôle central dans les coopérations qui s'opèrent pour prendre en charge la personne âgée au cours de son parcours. La finalité de la plateforme gérontologique étant de renforcer le parcours d'autonomie de la personne âgée, les trois missions citées ci-dessus prennent donc une dimension primordiale et concerne tous les services de la plate-forme (et non pas uniquement l'EHPAD).

Un binôme avec le médecin traitant, en établissement et à domicile

En EHPAD, le binôme « médecin traitant - médecin coordonnateur » trouve son rythme de croisière avec quelques évolutions qui ont pu tendre localement les relations comme la mise en place de la commission de coordination gériatrique. Dans le cadre de la plateforme gérontologique, l'intervention du médecin coordonnateur auprès des médecins traitants est notamment une ressource potentielle pour renforcer l'adaptation des prises en charge à domicile. Compétence gériatrique s'appuyant sur des services comme le SSIAD permettant un repérage des situations et une anticipation des ruptures, le médecin coordonnateur vient naturellement en soutien au médecin traitant référent du parcours de soins qui peut également réaliser son propre repérage des situations. Le médecin coordonnateur apporte son expertise gériatrique et sa connaissance des projets thérapeutiques portés par les dispositifs gérontologiques et construit un complément de diagnostic pour permettre d'adapter la prise en charge. Sa légitimité s'appuie sur une position de pair vis à vis du médecin traitant : « *il parle leur langage et utilise leurs arguments* »¹²⁴.

La tension entre médecin coordonnateur et médecin traitant est cependant une réalité, ces derniers se sentant parfois remis en cause dans leur liberté de prescription. Médecin référent du parcours de soins et fortement impliqué dans les réseaux gérontologiques qui développent depuis des années une expertise de proximité en coordonnant le parcours de soins des personnes âgées, le médecin traitant peut être fortement impliqué dans la coordination du parcours de ses patients, bien que la réalité territoriale soit partagée. Selon M-A. BLOCH et al., « *l'aspiration qu'ils ont à jouer ce rôle [de coordination], [...], peut néanmoins être à l'origine de tensions [...], chacun se considérant comme le plus à même d'assurer la coordination des soins et le suivi du parcours des patients* »¹²⁵. Des enjeux de légitimité à agir sont présents, occasionnant des tensions, « *particulièrement sensibles lorsque le patient est pris en charge par un service d'aide et d'accompagnement à domicile [...] et, [...], lorsqu'une personne âgée est amenée à entrer dans un établissement d'hébergement qui emploie un médecin spécialisé en gériatrie* »¹²⁶.

Toutefois, « *la possibilité de faire appel à un gériatre est diversement perçue entre les médecins généralistes qui ont commencé à se former à la gériatrie et qui découvrent l'étendue de cette expertise et ceux qui considèrent que le fait de suivre des personnes*

124 GHADI V., VEDEL I., ROUTELOUS C. et al., op. cit., p. 324.

125 BLOCH M-A., HÉNAUT L., SARDAS J-C., et al., op. cit., p. 118.

126 BLOCH M-A., HÉNAUT L., SARDAS J-C., GAND S. et al., loc. cit.

âgées dépendantes les a rendu compétents en gériatrie »¹²⁷. Face aux spécificités du vieillissement, le médecin coordonnateur est avant tout un médecin gériatre. Sa présence, en établissement et à domicile, est donc une réelle opportunité de diffuser les compétences gériatriques et de les proposer en soutien au médecin traitant. À l'image de l'articulation avec les spécialistes dans le cadre du parcours de soins, le médecin traitant pourrait solliciter le médecin coordonnateur, en tant que spécialiste gériatre.

D'autant que les missions du médecin coordonnateur ne viennent pas explicitement en chevauchement avec celles du médecin traitant qui garde sa liberté de prescription et son rôle de médecin référent de la personne. Cette double intervention est d'ailleurs saine : la personne âgée bénéficie ainsi de l'intervention d'un médecin gériatre disposant de compétences approfondies sur les problématiques du vieillissement et sur les dispositifs adaptés et conserve le libre choix de son médecin traitant, intervenant indépendamment de l'établissement.

Un chef d'orchestre du projet médico-psycho-social de la plate-forme gériatrique

Au sein de la plate-forme gériatrique, le médecin coordonnateur représente également une ressource gériatrique interne garante de la cohérence du projet médico-psycho-social et de la transversalité des compétences soignantes. Sa présence au sein des EHPAD est un atout incontestable pour légitimer leur position en tant que plate-forme gériatrique. En renforçant leur temps de présence, il s'agit de soutenir l'organisation de coopérations autour du parcours de la personne âgée, de déployer leur intervention à domicile auprès du médecin traitant et de structurer le projet médico-psycho-social de la plate-forme gériatrique.

En conclusion, le médecin coordonnateur est une ressource incontournable pour assurer à la fois la cohérence du parcours d'autonomie et la cohérence du projet médico-social de la plate-forme. Ses missions doivent donc être confortées en temps et en transversalité.

L'installation de la plate-forme gériatrique passe également par une évolution du cadre national de l'offre médico-sociale.

3.2 L'évolution du cadre national de l'offre médico-sociale

Le cadre national de l'offre médico-sociale est questionné par la structuration de la plate-forme gériatrique. En effet, la procédure d'appel à projet et les critères d'éligibilité aux différents dispositifs doivent pouvoir évoluer pour intégrer les spécificités de la plate-forme gériatrique (3.2.1). Par ailleurs, les modes de financement actuels ne correspondent pas aux réalités du parcours d'autonomie (3.2.2). Pourtant, la plate-forme gériatrique constitue une réponse efficiente (3.2.3).

127 GHADI V., VEDEL I., ROUTELOUS C. et al., op. cit., p. 323.

3.2.1 Adapter la procédure d'appel à projet et les critères d'éligibilité

Depuis la loi HPST, le régime d'autorisation des ESSMS s'appuie sur la procédure d'appel à projet. La mise en œuvre des plates-formes gérontologiques s'inscrit naturellement dans le cadre des projets expérimentaux ou innovants de cette procédure. Par ailleurs, la poursuite de la diversification des services au sein de la plate-forme se heurte aux critères d'éligibilité qui ne tiennent pas compte de la plus-value apportée par la plate-forme gérontologique.

Les appels à projets expérimentaux ou innovants

Le décret du 26 juillet 2010 indique que le calendrier prévisionnel des appels à projets « prévoit qu'au moins une des procédures d'appel à projet envisagées est réservée partiellement ou exclusivement aux projets innovants ou expérimentaux »¹²⁸. Dans ce cas, le cahier des charges peut ne pas comporter de description des modalités de réponse aux besoins identifiés et ne pas fixer de coûts de fonctionnement prévisionnels. La procédure fait donc preuve d'une relative souplesse pour les projets innovants.

Toutefois, pour soumettre un projet innovant aux autorités de tarification, il convient de fournir des éléments suffisants permettant de cerner le projet dans ses objectifs et sa faisabilité. La rédaction d'un « cahier des charges expérimental » est la formule retenue au sein de la Résidence intercommunale Jean Villard. Cette formule permet de construire un projet cohérent et soutenu par les équipes de la Résidence mais sollicite également de leur temps, ce qui peut conduire à une forme d'épuisement et de découragement selon les suites de la démarche. Cette formule permet d'apporter des éléments factuels basés sur une étude des besoins et structurés sous la forme d'un projet visant des objectifs thérapeutiques et organisationnels, offrant ainsi une vision assez concrète du projet aux interlocuteurs de l'ARS et du Conseil général. Les échanges opérés avec l'ARS Rhône Alpes sur le projet de la Résidence ont permis de mettre en évidence des objectifs communs. En effet, le SROMS 2012-2017 en cours de validation et le projet de la Résidence se rejoignent sur le renforcement de l'accompagnement du parcours d'autonomie de la personne âgée et sur le développement de « plate-forme ». Toutefois, une rencontre est nécessaire pour acter de la pertinence de ce projet et des suites qui pourraient y être données. La construction d'un projet innovant s'inscrit donc dans la durée.

De plus, alors que « l'obligation d'inscrire un projet innovant ou expérimental par calendrier est ressentie comme une source de difficulté »¹²⁹, cette modalité de la procédure d'appel à projet est la seule possibilité qui permette l'émergence de modalités nouvelles d'accompagnement. Une dynamique de remontée de ces projets par les ESSMS vers les

128 Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

129 CNSA, Médico-social : suivi de la mise en œuvre de la nouvelle procédure d'autorisation par appel à projets, Octobre 2011, p. 8.

autorités de tarification est donc primordiale, toutefois sans garantie d'aboutir. En effet, ces modalités d'accompagnement, même innovantes, doivent pouvoir s'inscrire dans le cadre réglementaire des ESSMS existants, ce qui n'est *a priori* pas le cas de la plate-forme gérontologique.

Les critères d'attribution

La plate-forme gérontologique, composée de services gradués, continue à développer son offre en lien avec le contexte de son territoire. Toutefois, dans le cadre du projet de la Résidence intercommunale Jean Villard, il est apparu que la structure, bien qu'apportant une plus-value dans l'accompagnement du parcours d'autonomie de la personne âgée, se trouve, dans certains cas, dans l'impossibilité de répondre aux critères d'attribution de services qui pourraient renforcer son offre.

Ainsi, la Résidence a envisagé d'intégrer une ESA¹³⁰. Disposant d'un SSIAD, la Résidence aurait ainsi pu renforcer le soutien des situations à domicile et la transversalité de compétences dont elle dispose déjà : ergothérapeute, psychomotricienne, ASG. Le cahier des charges des ESA précise que les structures porteuses doivent avoir une capacité minimale de 60 places de SSIAD¹³¹. Le SSIAD de la Résidence dispose actuellement de 46 places, ce qui est donc insuffisant pour prétendre répondre aux appels à projet. La circulaire précise que les SSIAD peuvent être rattachés à un SPASAD, regroupés au sein du GCSMS ou disposer « *d'une capacité de 60 places pour porter ce type d'équipe, sans risque de déficit* ». Cette dernière précision laisse donc supposer que le critère de capacité renvoie à des préoccupations d'équilibre budgétaire. Le regroupement du SSIAD au sein de la plate-forme lui assure une mutualisation de moyens comme un SPASAD ou un GCSMS qui permet une efficacité de moyen propice à l'équilibre budgétaire du service. Surtout la cohérence du projet porté est plus forte.

Un autre exemple concerne la capacité minimale de l'AJ. Le décret du 29 septembre 2011 indique que la capacité minimale en accueil de jour est fixée à 6 places lorsque l'accueil de jour est organisé dans un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du CASF¹³². Rattaché à l'EHPAD, l'AJ de la Résidence intercommunale Jean Villard dispose actuellement de 3 places et doit donc se mettre à terme en conformité. Toutefois, une dérogation à cette capacité minimale peut être soumise à l'ARS si un projet de service spécifique à l'accueil de jour est mis en œuvre, conjointement avec l'objectif de réaliser annuellement un nombre de journées d'activité supérieur ou égal à 80 % du nombre de journées prévisionnelles fixé au budget de l'année considérée. Le projet de service de l'AJ est à la fois un projet de service spécifique mais également un volet du projet global de la

130 cf. Glossaire en Annexe 6.

131 Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure n° 6).

132 Décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour.

plate-forme gérontologique en soutien au parcours de la personne âgée. De plus, le premier bilan partiel de l'activité de l'AJ sur les 6 premiers mois révèle que le taux de remplissage est important (7 personnes sont accueillies et occupent 2.6 places soit 86.7% de la capacité). Il est également observé que 2 personnes utilisent conjointement et régulièrement l'AJ et l'HT. Ces deux services répondent en effet pleinement à leur objectif de soutien à domicile et permettent la mise en place d'une organisation des temps d'activités adaptés pour la personne âgée mais également des temps de répit pour l'aidant. Cette utilisation conjointe des deux services fait chuter mécaniquement, pendant les hébergements en HT, le nombre de jours d'activité en AJ. Il n'est donc pas certain que l'AJ puisse répondre aux critères dérogatoires et une augmentation de capacité pour atteindre les 6 places requises doit se justifier par des besoins qui restent à évaluer. Pourtant, l'AJ a bien toute sa place dans l'offre graduée proposée par la plate-forme gérontologique.

Comme l'indique la CNSA, « *les cahiers des charges diffusés ne permettent pas de quitter ces logiques interstitielles vers des logiques de projets de réponse diversifiées* »¹³³. Le rapport de la CNSA fait ici référence aux modes de rédaction des cahiers des charges qui conduisent à délivrer des autorisations de structures par type de public ou par catégories juridiques classiques.

En conclusion, la procédure d'appel à projet et les critères d'éligibilité pour l'autorisation de nouveaux services ne tiennent pas compte du projet global de la plate-forme gérontologique ni de la logique de parcours. Le développement des plates-formes gérontologiques passent donc par une prise en compte, dans la procédure d'appel à projet, de la spécificité et de la plus-value apportées par la plate-forme gérontologique notamment par une adaptation des critères d'éligibilité qui doit permettre de valoriser l'action transversale de la plate-forme et de poursuivre la diversification des services.

Les modes de financement doivent également évoluer pour tenir compte de la logique de parcours.

3.2.2 Faire évoluer les modes de financement

Pour le secteur médico-social, l'IGAS appelle à « *une nouvelle étape d'incitation au regroupement des structures [...] pour développer une réelle fongibilité des enveloppes et générer des effets de structures positifs [...]* ». ¹³⁴ Le financement distinct des dispositifs composant la plate-forme est effectivement un frein à une réelle mise en œuvre de l'action transversale de la plate-forme. L'IGAS soutient l'idée d'une enveloppe de crédits à vocation transversale au champ ambulatoire et au secteur médico-social pour soutenir des structures innovantes assurant une prise en charge plus efficiente des personnes âgées, sur un territoire de proximité¹³⁵.

133 CNSA, op. cit., p. 5.

134 IGAS, op. cit., p. 48.

135 IGAS, op. cit., p. 50.

Les plates-formes gérontologiques regroupent plusieurs services dans une palette construite pour répondre au contexte du territoire de proximité : des types de services répondant au parcours d'autonomie et un nombre de places adapté aux besoins. Ne serait-il pas opportun de définir un mode de financement qui soit adapté : d'une part à cette fonction transversale de la plate-forme répondant à une logique de parcours (pour définir un financement socle), d'autre part en tenant compte de la palette de services proposés (en modulant selon le nombre de places et de services) ? Cette proposition rejoint celle sur les temps alloués aux compétences pluridisciplinaires qui interviennent en transversalité (cf. paragraphe 3.1.2). En tenant compte à la fois de la diversité, du volume de places proposés et également de la plus-value apportée par la plate-forme gérontologique, les modes de financement doivent permettre la mutualisation réelle des moyens pour toutes les fonctions (médicales, soignantes, support, administratives). Il s'agit de permettre aux établissements d'avoir un fonctionnement rationalisé, d'assurer la transversalité de leur action et donc de disposer des moyens nécessaires au projet de la plate-forme.

En matière de financement, la question du reste à charge pour les personnes âgées est importante. Si l'accès aux ESSMS est bloqué d'entrée par des questions financières, la fluidité d'intervention des services, notamment à domicile pour assurer la continuité du parcours d'autonomie, n'est pas possible. *De facto*, une part importante des personnes âgées n'accédera pas aux services adaptés.

D. PIVETEAU, président du HCAAM, propose une plus grande globalisation des budgets, « *même là où cela paraît aujourd'hui impensable, comme entre l'assurance maladie et l'aide sociale départementale* », par la mise en place de financements conjoints et coordonnés sur une base contractuelle¹³⁶. La nécessité d'une réflexion nationale sur le financement de la dépendance est toujours d'actualité pour permettre de mettre en œuvre les moyens nécessaires à une action médico-sociale, à destination de la personne âgée, répondant aux attentes. Le contexte budgétaire et financier national laisse aujourd'hui peu de perspectives sur ce point.

Pourtant, la plate-forme gérontologique constitue une réponse efficiente.

3.2.3 Soutenir une réponse efficiente

Le HCAAM insiste sur l'inadaptation de l'organisation du système de santé à la fragilité des personnes âgées polypathologiques et indique que « *l'accélération de la dépense individuelle moyenne de soins au grand âge ne trouve pas d'explication épidémiologique évidente* » et la relie à « *des inadaptations structurelles* » de notre système de soins pour une prise en charge optimisée des personnes âgées, et notamment les plus fragiles¹³⁷.

136 PIVETEAU D., D'un système de santé par addition à un système par coordination, Regards croisés sur la santé, Lettre du CISS, n°4, Septembre 2011, pp. 10-11.

137 HCAAM, op. cit., p. 5.

La plate-forme gérontologique permet une coordination personnalisée de proximité et un accompagnement global et continu de la personne âgée. Présents à domicile, les services de la plate-forme assurent une fonction de repérage des situations en amont permettant d'anticiper les situations avant que les ruptures ne s'installent, les hospitalisations inappropriées ne se réalisent. Comme l'indique D. PIVETEAU, « *dépenser plus d'argent public dans la surveillance et l'accompagnement à domicile, ça permet de dépenser moins d'argent public dans les séjours inutilement longs à l'hôpital ou dans le recours aux services d'urgence* »¹³⁸. La plate-forme gérontologique est donc une réponse efficiente à la prise en charge de la personne âgée dans son parcours d'autonomie.

Cependant, le HCAAM rappelle que « *de manière générale, le niveau du reste à charge d'hébergement est paradoxalement le plus élevé là où les coûts journaliers de soins, correctement adaptés aux soins courants des personnes âgées, sont les plus bas : il peut s'ensuivre, dans bien des cas, une sollicitation inadéquate des capacités hospitalières* »¹³⁹. Afin que la plate-forme puisse réellement avoir un effet « attractif » pour les personnes âgées, la problématique du reste à charge doit être réglée pour que le frein financier n'empêche pas la mise en place des dispositifs, ni leur sollicitation. Pour le HCAAM, « *un meilleur accompagnement de la perte d'autonomie – besoin spécifique et distinct du soin – est susceptible de constituer un puissant levier d'efficience de la dépense d'assurance maladie* »¹⁴⁰. À nouveau, le projet de la plate-forme gérontologique centrée sur le parcours d'autonomie dans sa globalité apparaît comme une réponse efficiente

Par son action tout au long du parcours qui permet d'adapter la prise en charge au plus près des besoins de la personne âgée, par la rationalisation des coûts issue de la mutualisation des compétences et de la transversalité de son action, par un meilleur accompagnement du parcours d'autonomie, la plate-forme gérontologique constitue une réponse efficiente.

Toutefois, l'installation de ce dispositif efficient reste innovant et sans cadre réglementaire. La mise en œuvre des plates-formes gérontologiques doit être soutenue par une adaptation de la procédure d'appel à projet et des critères d'éligibilité pour l'autorisation de nouveaux services. Les modalités de financement doivent également prendre en compte la réelle plus-value de la plate-forme gérontologique. *In fine*, pour permettre une réelle accessibilité à ses services, l'installation des plates-formes gérontologiques rejoint le cadre plus large, national et sociétal sur le financement de la dépendance.

138 PIVETEAU D., op. cit., p. 11.

139 HCAAM, op. cit., p. 10.

140 HCAAM, op. cit., p. 11.

Conclusion

« Nous ne pouvons pas espérer une réponse de qualité et financièrement soutenable, si nous ne prenons pas ces parcours dans leur globalité »¹⁴¹. Le parcours d'autonomie, parcours vécu par la personne âgée face à la progression de la dépendance et/ou de la maladie d'Alzheimer, attend une réponse structurée, continue et globale, pour permettre avant tout la réalisation du projet de vie de la personne âgée.

La diversification des ESSMS, en appui sur un EHPAD, permet de proposer de nombreux services, gradués et adaptés, notamment en soutien au domicile. Cependant, l'étude menée au sein de la Résidence intercommunale Jean Villard indique que la diversification apporte une réponse partielle au parcours d'autonomie. La diversification des services doit s'accompagner de leur structuration donnant de la cohérence à l'ensemble qu'ils représentent : l'EHPAD doit devenir une réelle plate-forme gérontologique. En complément de la diversité des services qu'elle propose, cette plate-forme a vocation à proposer un accompagnement renforcé du parcours d'autonomie. En créant un lien privilégié avec la personne âgée, en développant l'évaluation multidimensionnelle, en se positionnant comme un acteur de proximité sur le bassin de vie de la personne âgée, la plate-forme gérontologique met le parcours d'autonomie au service du projet de vie de la personne âgée. En confortant la pluridisciplinarité des compétences et en développant la transversalité de son action, elle concourt à renforcer la continuité du parcours.

Ainsi, la structuration de la plate-forme gérontologique s'inscrit dans une logique à 4 dimensions. La logique de territoire allie proximité sur le bassin de vie des personnes âgées et inscription au sein de la filière gériatrique et gérontologique. La plate-forme gérontologique permet de proposer un accompagnement renforcé du parcours d'autonomie et une coordination personnalisée du parcours en lien avec l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. La logique d'accès centralisé permet de donner des repères aux personnes accueillies et de créer du lien par une connaissance mutuelle entre les personnes âgées, leur famille, les professionnels et la structure. La logique de continuité est assurée par la proposition de solutions adaptées et graduées. La transversalité de l'action de la plate-forme permet de favoriser un parcours d'autonomie inscrit dans le parcours de vie, en établissement et à domicile. La logique de mutualisation des compétences pluridisciplinaires permet de prendre en compte la globalité de la personne âgée et de proposer un accompagnement équivalent quel que soit le service utilisé, en transversalité.

L'installation des plates-formes gérontologiques implique de nécessaires évolutions : une harmonisation des pratiques et des outils, une mutualisation effective des compétences pluridisciplinaires et un renforcement des missions du médecin coordonnateur. Le cadre national de l'offre doit aussi s'adapter pour pouvoir instruire des appels à projets intégrant les

141 PIVETEAU D., op. cit., p. 10.

spécificités et la plus-value des plates-formes gérontologiques. Les modes de financement doivent pouvoir soutenir une réponse au parcours d'autonomie qui est source d'efficience globale.

Cette étude comporte des limites. Réalisée auprès d'un EHPAD autonome en territoire rural, la plate-forme gérontologique serait-elle identique adossée à un EHPAD rattaché à un établissement sanitaire ou situé en milieu urbain ? Le territoire de la Résidence intercommunale Jean Villard présente également des particularités : la filière gérontologique est en construction, la MAIA n'est pas créée et aucun réseau de santé n'intervient. L'absence de ces acteurs de coordination (du parcours de soins mais aussi du parcours d'autonomie) accentue l'importance que peut revêtir la création d'une plate-forme gérontologique sur un territoire. Par ailleurs, face à une diversification qui rend peu lisible l'organisation du système de soins pour les usagers, une réflexion semble nécessaire pour donner une réalité intelligible à l'action sociale et médico-sociale à destination des personnes âgées.

Actuellement, la plate-forme gérontologique n'existe pas en tant que dispositif réglementaire et relève de la catégorie des dispositifs dits innovants. Toutefois, les prémices de ce qu'elle pourrait être apparaissent dans l'adaptation en œuvre au sein des EHPAD qui ont intégré plusieurs services, comme c'est le cas à la Résidence intercommunale Jean Villard. Dans cette évolution naturellement en marche, le directeur d'ESSMS joue un rôle structurant et fédérateur. Il accompagne la réflexion des équipes. Il ouvre la réflexion sur l'environnement et le territoire de la structure avec les différents partenaires. Il utilise les outils à sa disposition pour étayer cette réflexion : évaluation interne et externe, SROMS, etc. *In fine*, le directeur conduit une démarche stratégique et concourt à donner de la visibilité à l'action collective.

Mettre en œuvre le projet de la plate-forme gérontologique, structure innovante, implique également de conduire et d'accompagner le changement. L'introduction de la logique de parcours et de la transversalité de l'action de la plate-forme gérontologique implique une double évolution. En premier lieu, il s'agit d'une évolution culturelle par l'ouverture du champ d'intervention des professionnels au delà des limites habituelles, en intégrant, au sein d'une même structure, l'intervention en établissement et au domicile et donc le déroulement du parcours sur plusieurs services. Dans un deuxième temps, il s'agit d'une évolution structurelle et organisationnelle : réorganisation des services autour d'un accès centralisé, phénomène d'interconnexion des services et de décloisonnement interne, harmonisation des pratiques et utilisation d'outils partagés. Pour accompagner ces évolutions, le directeur doit mettre en place un accompagnement opérationnel et préventif auprès des équipes de la structure : révision des modalités d'organisation, évolution des

missions et des objectifs des professionnels, plan de formation adapté à l'évolution de la typologie des populations accueillies et à la complexité des situations rencontrées, modalités de soutien face au changement (analyse de la pratique, prévention de l'épuisement des professionnels, etc.). Le directeur d'ESSMS conduit l'évolution de sa structure en plate-forme gérontologique sur un plan stratégique, opérationnel et préventif .

En intégrant la logique de parcours, c'est bien le parcours de vie qui devient central dans l'action des ESSMS. Comme l'indique M. MEMBRADO, le vieillissement est « *un processus et non un état* » aussi l'approche par le parcours de vie implique de « *prendre en compte le temps, les transitions biographiques et relationnelles [...]* »¹⁴². La plate-forme gérontologique doit être intégrée comme une ressource dans ces moments de transition qui caractérisent le vieillissement. La réduction du choix entre rester à domicile et entrer en institution stigmatise souvent cette dernière. Aujourd'hui, sous la forme d'une plate-forme gérontologique, l'institution comporte désormais des possibilités d'accueil, d'accompagnement et d'hébergement, en des lieux qui peuvent être différenciés, à des moments qui peuvent être choisis, sans interrompre brutalement la vie à domicile, ou du moins le plus tard possible. La plate-forme gérontologique concourt à atténuer la rupture entre le domicile et l'institution, la confrontation entre le choix et l'inéluctable.

Au delà de la réorganisation des ESSMS qui ouvre la voie à plus de continuité du parcours de la personne âgée, la plate-forme gérontologique s'inscrit dans une réflexion plus large, éthique et sociétale, sur la limite de l'action sociale et médico-sociale et la liberté intrinsèque de chacun à choisir son avenir.

Comme l'indiquent MONTOVANI J. et ROLLAND C., deux modèles du vieillir coexistent : une vision endogène du « *bien vieillir* » (auto-détermination, droit au risque et liberté) et une vision exogène du « *pour son bien* » (incompétence de la « *vieille personne* », protéger sa responsabilité)¹⁴³. L'action sociale et médico-sociale cherche à trouver un équilibre entre ces deux visions : une action respectueuse de la personne âgée et une action assurant une prise en charge jugée « *inévitable* ». La question du droit de la personne âgée à exercer librement son choix est de plus en plus abordée. Actuellement, la Fondation de France soutient des expériences autour du « *respect du droit au choix, droit au risque* »¹⁴⁴

142 MEMBRADO M., Approche sociologique de la perte d'autonomie, Aide à l'autonomie et parcours de vie, 2^{èmes} rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie, Paris, Février 2012, p. 12.

143 MONTOVANI J., ROLLAND C., Rester à domicile ou entrer en institution : les conditions de la négociation, Aide à l'autonomie et parcours de vie, 2^{èmes} rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie, Paris, Février 2012, p. 9.

144 FONDATION DE FRANCE, Jusqu'au bout de la vie : vivre ses choix, prendre des risques, Brochure, p. 1.

qui reflète un renforcement de la vision du « *bien vieillir* » que l'on retrouve dans la volonté des personnes âgées de rester à domicile et rester « *maître* » de leur vie.

La plate-forme gérontologique doit, comme l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, s'attacher, en tous temps et lieux, à respecter les choix de la personne âgée. « *En présence d'un besoin d'aide humaine ou technique pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne, la conservation, au long du parcours de vie d'une personne, de ses capacités à faire des choix, à décider elle-même des orientations à prendre, est une des valeurs supérieures orientant le travail des professionnels [...]* »¹⁴⁵.

Ce respect de la personne âgée comme une autre personne, à part entière, doit être, plus que tout, un facteur permanent d'évolution du secteur gérontologique.

145 COLVEZ A., Aide à l'autonomie et parcours de vie, Dossier du participant, 2^{èmes} rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie, Paris, Février 2012, p. 15.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Code de l'action sociale et des familles

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

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour

Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles

Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure n° 6)

Circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination - modalités de la campagne de labellisation pour 2001

Plans et programmes

MINISTÈRE DÉLEGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE, Plan Solidarité Grand Âge, 27 Juin 2006, 39 p.

Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008 – 2012, 1er Février 2008, 84 p.

ARS Rhône Alpes, SROMS 2012-2017, Juillet 2012, 258 p. Disponible en ligne : www.ars.rhonealpes.sante.fr

ARS Limousin, SROMS 2012-2016, Janvier 2012, pp. 346-605. Disponible en ligne : <http://www.ars.limousin.sante.fr>

Conseil général du département des Deux Sèvres, Schéma gérontologique 2010-2014, 30. p. Disponible en ligne : <http://www.deux-sevres.com>

Recommandations

ANESM, Les attentes de la personne et le projet personnalisé, Décembre 2008, 47 p.

HAS, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels (Argumentaire), Février 2010, 29 p.

Ouvrages et Rapports

ANAP, Les parcours de personnes âgées sur un territoire : retours d'expérience, 2011, 74 p.

BLOCH M-A., HÉNAUT L., SARDAS J-C. et al., La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles, Février 2011, 241 p.

CNSA, Aide à l'autonomie et parcours de vie, Dossier du participant, 2èmes rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie, Paris, Février 2012, 63 p. Disponible en ligne : <http://www.rencontres-scientifiques.cnsa.fr/page/documentation.php>

CNSA, État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées, Octobre 2011, 102 p.

CNSA, Projet de vie : contribution, 5 p. Disponible en ligne : www.cnsa.fr/IMG/pdf/B_AFM_Projet_de_vie2.pdf

CNSA, Médico-social : suivi de la mise en œuvre de la nouvelle procédure d'autorisation par appel à projets, Octobre 2011, 21 p. Disponible en ligne : http://www.cnsa.fr/article.php?id_article=1049

DREES, La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches, Dossiers Solidarité et Santé, 2011, n°18, 75 p.

DUÉE M., REBILLARD C., La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040, Données sociales, La société française, 2006, pp. 613-619.

FONDATION DE FRANCE, Jusqu'au bout de la vie : vivre ses choix, prendre des risques, Brochure, 39 p. Disponible en ligne : <http://www.fondationdefrance.org/Nos-Actions/Aider-les-personnes-vulnerables/En-France/Personnes-agees>

HCAAM, Assurance maladie et perte d'autonomie, Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, Juin 2011, 186 p.

HCAAM, Vieillesse, longévité et assurance maladie : constats et orientations, Avis du 22 avril 2010, 11 p.

HESBEEN W., Le soin : une nécessité pour le monde, Prendre soin dans le monde, Paris, 2000, pp. 9-24.

IGAS, L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge, Mai 2011, 121 p.

JEANDEL C., AQUINO J-P., BERRUT G. et al., Livre blanc de la gériatrie française, Gériatrie 2011, 300 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD, Décembre 2009, 126 p.

ROLLAND C., Les besoins et les attentes des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs proches, L'accompagnement et la prise en charge des malades

d'Alzheimer en Midi-Pyrénées, Rapport n°1, ORSMIP, Juin 2005, 39 p. Disponible en ligne : <http://www.orsmip.org>

Articles

DROZ MENDELZWEIG M., BEDIN MG., CHAPPUIS M., La régulation en institutions de long séjour, Un travail de soin et d'accompagnement auprès des personnes âgées, Sciences sociales et Santé, Vol. 29, n° 2, Juin 2011, pp. 47-74.

GHADI V., VEDEL I., ROUTELOUS C. et al., Rôle d'interface d'un réseau gérontologique entre les acteurs du sanitaire et du maintien à domicile, Santé Publique, Juillet-Août 2011, pp. 317-328.

GRENIER C., GAMBARELLI F., BRAMI G. et al., Innover pour un établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes du futur : les propositions des professionnels des Alpes-Maritimes, Santé Publique, Juillet-Août 2011, pp. 329-337.

PIVETEAU D., D'un système de santé par addition à un système par coordination, Regards croisés sur la santé, Lettre du CISS, n°4, Septembre 2011, pp. 10-11.

SAOUT C., Soigner l'accompagnement pour accompagner les soins, Regards croisés sur la santé, Lettre du CISS, n°4, Septembre 2011, pp. 5-7.

Conférences

BACHELOT-NARQUIN R., Discours de clôture des 2^{èmes} rencontres scientifiques de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Février 2012, 8. p. Disponible en ligne : <http://www.rencontres-scientifiques.cnsa.fr/page/documentation.php>

LETARD V., Discours au congrès annuel de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs, Avril 2008, 12 p. Disponible en ligne : www.fehap.fr/fichiers/8/160408discour_FEHAP.pdf

MEMBRADO M., Approche sociologique de la perte d'autonomie, Aide à l'autonomie et parcours de vie, 2^{èmes} rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie, Paris, Février 2012, 12 p. Disponible en ligne : <http://www.rencontres-scientifiques.cnsa.fr/page/documentation.php>

MANTOVANI J., ROLLAND C., Rester à domicile ou entrer en institution : les conditions de la négociation, Aide à l'autonomie et parcours de vie, 2^{èmes} rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie, Paris, Février 2012, 28 p. Disponible en ligne : <http://www.rencontres-scientifiques.cnsa.fr/page/documentation.php>

Sites internet

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr> pour un accès aux fiches métiers de la fonction publique hospitalière

<http://www.rencontres-scientifiques.cnsa.fr/page/documentation.php> pour un accès à la documentation des 2^{èmes} rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie sur le thème « Aide à l'autonomie et parcours de vie » des 15 et 16 Février 2012

<http://www.fondationdefrance.org/Nos-Actions/Aider-les-personnes-vulnerables/En-France/Personnes-agees> pour un accès aux brochures éditées par la Fondation de France et aux expériences qu'elle soutient.

Liste des annexes

Annexe 1 : Présentation de la Résidence Intercommunale Jean Villard

Annexe 2 : Axes d'investigation

Annexe 3 : Outils méthodologiques

Annexe 4 : Synthèse et bilan de l'étude interne menée à la Résidence intercommunale Jean Villard

Annexe 5 : Axes d'investigation n° 2 et 3 – Travaux et éléments recueillis

Annexe 6 : Glossaire

Annexe 1 : Présentation de la Résidence intercommunale Jean Villard

La maison de retraite intercommunale "Jean VILLARD", créée en 1975 par le syndicat intercommunal pour la personne âgée (SIPAG), est un établissement public.

Une 1^{ère} convention tripartite pluriannuelle a été signée le 1er février 2002. Au terme de cette convention, les 5 objectifs définis ont été réalisés : reconstruction de la totalité des locaux, personnalisation et individualisation des prestations, sectorisation avec la création de 4 secteurs d'hébergement organisés en tenant compte des besoins d'aide et de soins et de vie sociale, organisation et promotion de la vie sociale et développement du lien domicile – établissement avec la création d'un SSIAD.

La 2^{ème} convention tripartite signée le 15/12/2008 présente comme objectifs : l'organisation de la qualité dans l'EHPAD, la poursuite de l'ouverture sur l'extérieur avec la diversification de l'offre de services (création d'un service d'accueil temporaire) et le développement du SSIAD pour les personnes handicapées, l'amélioration de la prise en charge pour les malades d'Alzheimer ou apparentés et le développement de la qualité de l'accompagnement de la fin de vie avec la prise en compte des soins palliatifs.

Aujourd'hui, la structure propose une offre médico-sociale, offre de services et de soins, variée et de qualité :

- un EHPAD, comprenant quatre secteurs d'hébergement de 13 lits (dont un réservé pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer) et un PASA a ouvert le 01/10/2011 ;
- un SSIAD de 37 places pour personnes âgées et 9 places pour personnes handicapées ;
- un service d'accueil temporaire comprenant un hébergement temporaire de 10 lits ouvert le 18/04/2011 et un accueil de jour de 3 places ouvert le 01/10/2011.

Les effectifs autorisés sont présentés dans le tableau ci-dessous :

EN ETP	EHPAD	HT	AJ	SSIAD PA	SSIAD PH
Direction	1				
Administratif	2.50	0.40	0.10	0.25	
Ouvriers professionnels	4	0.50			
Animation	0.75	0.20	0.05		
Médecin coordonnateur	0.50				
Psychologue	0.50	0.10	0.05 (gelé)		
Cadre infirmier	1			1	
Infirmier	3.85	0.60	0.10	0.50	0.50
Ergothérapeute		0.30			
Psychomotricien	0.30	0.30			
ASD / ASG	15.50	2	0.75(0,25 gelé)	6.50	1.75
ASHQ / AVS	14	2			
TOTAL	43.90	6.40	1.05	8.25	2.25

Annexe 2 : Axes d'investigation

Axe d'investigation n°1 : Étude interne à la Résidence intercommunale Jean Villard

Cette étude a un double objectif : approfondir des parcours d'usagers et faire un bilan de l'adaptation de l'établissement et des professionnels à la diversification des services.

Les éléments constitutifs de cet axe d'investigation sont :

- une analyse de 6 parcours d'usagers ayant sollicité plusieurs services de la Résidence (cf. Grille d'analyse de parcours en Annexe 3) ;
- des entretiens avec la directrice, le médecin coordonnateur, la psychologue, les cadres infirmiers de l'EHPAD et du SSIAD, l'infirmière coordinatrice de l'HT et l'animatrice et des contributions écrites pour certains de ces professionnels ;
- des échanges intégrés au fonctionnement de l'établissement : réunions de suivi d'ouverture des services PASA et AJ, réunions de l'équipe cadre, instances, etc. ;
- une synthèse et un bilan de cette étude interne, présentés en Annexe 4 ;
- la rédaction d'un cahier des charges pour le projet de plate-forme Jean Villard, approuvé par le groupe cadre en vue d'une présentation à l'ARS et au Conseil Général.

Les échanges n'étant pas finalisés, ce document n'est pas diffusé dans sa forme intégrale. Son contenu est toutefois largement repris dans ce mémoire.

Axe d'investigation n°2 : Ouverture sur le territoire

Les éléments constitutifs de cet axe d'investigation sont :

- des rencontres avec les partenaires : Maison du Rhône (CLIC) Vaugneray, SIPAG ;
- la consultation par courrier des établissements sanitaires et médico-sociaux, des services d'aide à domicile et des médecins libéraux du territoire ;
- la participation aux travaux de la filière gériatrique et notamment aux travaux sur la mise en œuvre d'équipes mobiles gériatriques ;
- la prise en compte des orientations du programme régional de santé en cours de validation et notamment de son volet médico-social (SROMS 2012-2017) ;
- des entretiens avec des structures similaires (cf. Grille d'entretien en Annexe 3) ;
- la prise en compte d'expérimentations menées sur d'autres territoires.

Axe d'investigation n°3 : Revue de littérature

Cet axe d'investigation consiste en une revue des travaux et études menés sur le thème du parcours de la personne âgée.

Les travaux et les éléments recueillis au cours des axes d'investigation n°2 et 3 sont présentés en Annexe 5.

Annexe 3 : Outils méthodologiques

Grille d'entretien

Date :

Interlocuteur :

Établissement :

Fonction :

Description du dispositif :

Pour chaque service, préciser le nombre de places/lits et les compétences en œuvre (en ETP).

La dynamique du projet :

1. Quel a été la motivation de la mise en place du dispositif et plus particulièrement de la notion de plate-forme le cas échéant ?
2. Quel intérêt y trouvez-vous ?
3. Quelles sont les valeurs associées ?
4. Un projet spécifique a-t-il été écrit ? Notamment pour la plate-forme ?
Si oui, quelle a été la démarche ? Est-ce bénéfique ? Qui en assure la cohérence ?
Si non, pourquoi ? Est-ce un manque ?

Le projet personnalisé de la personne âgée :

5. Quelle est la population cible ? Quels sont les critères d'inclusion ?
6. Comment la PA accède à la plate-forme (point d'entrée) ?
7. Comment le projet personnalisé est-il construit ? Avec qui ? À quel moment ? ...
8. Y-a-t-il un garant/référent de ce projet ?
9. Comment le projet est-il coordonné ? Par qui ?
10. Le dispositif apporte-t-il de la continuité dans le parcours de la PA ? Comment ?

L'organisation du dispositif :

Moyens humains

11. Quelles sont les compétences ? Des compétences spécifiques sont-elles apparues ?
12. Y-a-t-il eu mutualisation entre les services ? Comment s'est-elle organisée ?

Moyens matériels

13. Les besoins spécifiques sont-ils apparus ? (ex: locaux dédiés, transport...)
14. Y a t il eu mutualisation entre les services ? Comment s'est-elle organisée ?

L'inscription sur le territoire :

15. Quels sont les partenariats mis en place ?
16. Qu'ont-ils apportés ?

Le financement :

17. Comment les moyens ont-ils été financés ?

Le bilan :

18. Quels sont les points positifs ?
19. Quels sont les points à faire progresser ?

Déroulé du parcours	Usager	Famille	Professionnels
Récapitulatif Situation	90 ans, GIR 4 Vit à domicile, ds même corps de bâtiment que son fils Problématique "psychiatrique"	Fils + Petite fille (fille d'un autre fils, issu d'un autre mariage et décédé) ; 1 ami 80 ans, très proche / Problématique financière : Retraite insuffisante pour EHPAD ; Tension familiale autour du sujet de la vente de la maison de M ^{me} A.	Médecin traitant SSIAD JV : IDE (1/sem) + AS (1/matin) SAAD : AVS (1/soir) Assistante sociale MDR 3 séjours en HT dont 1 à HT JV 2 séjours en EHPAD dont 1 à JV
Origine Premier contact Plate-forme : Domicile			
Nov. 2007 SSIAD	Rester à domicile dans de bonnes conditions. Avoir une écoute 7j/7j		Projet de soins : Stimuler et écouter - Tendre vers l'acceptation de son âge Objectifs : Prévenir la dépendance - Aider à l'autonomie - Soutenir la famille - Éviter ou retarder l'entrée en institution SSIAD a "provoqué" une évaluation gériatrique, sans accord du médecin traitant : Pas d'évolution de la situation. Entrée HT
Questionnaire de satisfaction SSIAD Février 2011	Rempli par aidant Réponses aux besoins : en partie Visite des infirmières : satisfait de la première visite de l'infirmière coordinatrice (ICOO), souhaiterait une visite de l'ICOO tous les 3 mois Satisfaction sur les soins : en partie, amélioration sur l'aide à la toilette (venir plus tôt), tranche horaire pas souvent respectée Intervention du SSIAD : correcte - Nombre d'intervention satisfaisante.		
Novembre 2010 à Avril 2011 Entrée en HT		Les limites du domicile sont perçues mais les démarches n'aboutissent pas. La difficulté financière n'a pas été exprimée tout de suite et freine l'entrée en EHPAD.	SSIAD JV a accompagné la démarche, compte tenu du constat des limites du domicile et de la solitude exprimée par M ^{me} A. Sortie vers HT "Jean Villard"
Mai 2011 Entrée HT JV		Motif : maintien à domicile impossible	Entrée pour un période de 3 mois.
	M ^{me} A souhaite rentrer à domicile mais ne peut rester seule. La relation est difficile avec son fils et sa belle-fille ("on ne veut de moi nulle part"). Projet EHPAD non accepté par M ^{me} A	Le fils est le référent mais souvent absent (périodes longues à l'étranger). Il est sur l'idée que l'HT va durer 6 mois mais seulement 3 mois sont réservés et pas de places disponibles. Il a fait des demandes d'entrée en EHPAD, mais non suivies ou non renouvelées.	Un changement de chambre opéré lors du séjour est vécu difficilement par M ^{me} A (dans la violence). Rencontres difficiles à organiser avec le fils. Pression mise par l'équipe de JV pour que le fils fasse d'autres demandes en EHPAD. Sortie vers EHPAD

Déroulé du parcours	Usager	Famille	Professionnels
	La relation entre le fils et M ^{me} A est difficile. La relation entre le fils et l'établissement est difficile aussi. Le fils attend que l'établissement prenne en charge M ^{me} A. La "stratégie" adoptée par le fils semble être d'aller d'HT en HT en attendant qu'une place EHPAD se libère. Le seul lien existant est avec le fils mais celui-ci n'est pas dans la coopération et est peu présent. Cela semble ajouter une difficulté pour M ^{me} A qui exprime que personne ne veut d'elle.		
Bilan Séjour HT	Pour l'usager : La succession des accueils en HT semble révéler que le domicile ne tient pas. M ^{me} A tire bénéfice de l'environnement sécurisant (par rapport à un problème de vue de M ^{me} A) et du lien social avec les autres (échanges, activités). Nécessité d'une prise en charge par une équipe avertie compte tenu de la situation psychiatrique.		
Août 2011 EHPAD	M ^{me} A a des difficultés suite à cette entrée en EHPAD.	Motif : maintien à domicile impossible	Retour domicile en octobre 2011
Octobre 2011 Retour à domicile + SSIAD			Octobre 2011 : Une place en EHPAD JV a été proposée mais le fils a refusé car M ^{me} A venait de quitter un autre EHPAD : besoin de temps. Entrée HT (démarche de M^{me} A)
Décembre 2011 Entrée en HT	Motif : Ne souhaite pas passer les fêtes seule		
	Réunion pluriprofessionnelle le 10/01/2012 (Assistante sociale MDR, Directeur HT, Fils, Petite-fille, SSIAD) dans un second temps avec M ^{me} A : un accord collégial est trouvé sur les difficultés rencontrées à domicile, sur le bénéfice du collectif, l'orientation en EHPAD (objectif fin avril). M ^{me} A exprime à la fois qu'elle veut rentrer chez elle et qu'elle ne sent plus chez elle. Les professionnels ont aidé à acter que le retour à domicile n'est plus possible et que le collectif est bénéfique et apporte de la sécurité. M ^{me} A entend que c'est la solution la plus raisonnable, qu'elle n'aura plus à faire et défaire ses valises (ce dont elle se plaint). Elle est également rassurée sur l'aspect financier évoqué lors de la réunion. L'assistante sociale a expliqué les formalités à suivre à la famille.		
Janvier 2012 Entrée EHPAD JV	M ^{me} A semble accepter la décision.	Le fils dit que M ^{me} A ne sera pas d'accord mais que pour lui l'EHPAD s'impose (démarches effectuées sans avertir M ^{me} A). De plus, son départ à l'étranger est programmé donc une solution est à mettre en œuvre avant.	Contact en parallèle du SSIAD avec équipe EHPAD pour évoquer la situation. Situation à domicile très compliquée HT programmé jusqu'à fin avril 2012 Entrée en EHPAD JV
		Les démarches concernant la vente de la maison, l'éventualité d'une mise sous tutelle sont à mener par la famille pendant l'année 2012.	

Annexe 4 : Synthèse et bilan de l'étude interne Jean Villard

Synthèse des études de cas

Voir tableau page suivante

Synthèse des échanges avec les professionnels

Constat	Support constat
La mutualisation des temps (médecin coordonnateur, cadre de santé, psychologue, infirmière) est difficile à mettre en œuvre : gestion des choix, des priorités, des « <i>renoncements</i> »... Une sensation de « <i>frustration</i> » est exprimée par l'ensemble des professionnels. Une distorsion entre le temps alloué et le temps nécessaire à réaliser un accompagnement de qualité est observée.	Réunions d'étape PASA/AJ Réunions cadre Échanges informels
Les périodes de répit comme l'HT peuvent se trouver être « <i>des instants révélateurs avec des échanges très intenses, des paroles qui se libèrent, des émotions qui s'expriment</i> ». Le positionnement des professionnels par rapport à ces situations peut se trouver en questionnement.	Échanges avec les professionnels de l'HT
Les professionnels peuvent se trouver face à des situations où des troubles psychiatriques sont présents.	Échanges avec les professionnels de l'HT, du SSIAD
Le temps d'évaluation en pré admission et le temps de supervision sont importants. Une évaluation plus forte des situations individuelles lors de la pré admission liée à des situations parfois complexes, à un objectif social à clarifier est nécessaire pour construire la réponse adaptée.	Réunions d'étape PASA/AJ Médecin coordonnateur
Lors d'une entrée en HT, les aidants « <i>peinent à se projeter vers l'avenir après le domicile</i> ». L'HT est une pause et souvent le motif du séjour est une préparation pour l'EHPAD sans que cela soit dit, y compris à la PA (source d'émotions). Lors d'une entrée en EHPAD, ressortent surtout la question financière, la culpabilité, la recherche du consentement de leur parent. Les familles attendent une continuité de l'HT vers l'EHPAD.	Entretien Cadre de santé
Un besoin d'évaluation gériatrique à domicile en soutien au médecin traitant est attendu par les professionnels du SSIAD.	Échanges SSIAD
L'offre proposée avec les nouveaux services est complète, solide.	Échanges avec les professionnels
Plusieurs situations questionnent les limites de l'institution : - limites de l'unité de vie Alzheimer et du PASA - limites de l'unité de vie Alzheimer par rapport à des profils de résidents relevant d'une UHR - limites de l'accompagnement et positionnement dans les situations complexes avec des intervenants extérieurs multiples (Qui fait quoi ? Qui centralise ?)	Réunions cadre Échanges avec les professionnels
Réfléchir le rôle de la plate-forme dans l'accompagnement en soins palliatifs de façon transversale dans tous les services et notamment à domicile.	Entretien Direction Réunions cadre

Parcours	Attentes et besoins de l'utilisateur	Analyse du parcours	Besoins identifiés		Synthèse des études de cas
<u>De 2007 à 2012</u> Domicile + SSIAD JV HT puis HT JV EHPAD Domicile + SSIAD JV HT puis EHPAD JV	<ul style="list-style-type: none"> - Souhaite rester à domicile, exprime de la solitude - Problématique psychiatrique - Demande de l'écoute aux soignants du SSIAD - Sentiment d'abandon exprimé 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation gériatrique sollicitée par SSIAD - Fin 2010, maintien à domicile impossible et succession de solutions temporaires - Bénéfice constaté du collectif (lien social) - Problématique financière et tension familiale, identifiées tardivement 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner M^{me} A et sa famille dans l'acceptation de la situation - Répondre à des questions financières pour avancer dans les démarches - Besoin de continuité et d'une prise en charge avertie, lié aux troubles psychiatriques 	P1-M ^{me} A	
<u>De 2009 à 2012</u> Domicile Hospitalisation (chute) Domicile + SSIAD JV Hospitalisation (chute) Domicile + SSIAD JV Demande EHPAD JV	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de demande - Refus des soins et notamment de la prise de médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> - Travail mené par le SSIAD et le médecin traitant pour faire accepter les soins - Travail mené sur l'avenir avec M^{me} B et sa famille : pas d'opposition de M^{me} B mais pas d'action de la famille - Problématique financière exprimée - Bénéfice constaté du collectif (SSR) 	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin d'un soutien psychologique pour aider M^{me} B à comprendre et accepter le besoin d'aide et le « prendre soin » proposé - Besoin d'un accompagnement pour instruire les dossiers, y compris financier - Accompagner M^{me} B et ses proches sur la construction du projet personnalisé 	P2-M ^{me} B	
<u>En 2011</u> Domicile HT JV EHPAD JV	<ul style="list-style-type: none"> - Souhaite rester à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - HT (car hospitalisation de l'aidant familial) - Retour à domicile en fin d'HT impossible - Difficulté de M^{me} C à accepter le changement de lieu (HT vers EHPAD), mise en place d'une période transitoire - Culpabilité des aidants 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner M^{me} C dans l'acceptation du projet - Accompagner M^{me} C et ses proches sur la construction du projet personnalisé 	P3-M ^{me} C	
<u>En 2012</u> Domicile Demande HT puis EHPAD	<ul style="list-style-type: none"> - Demande qui a évolué de l'HT vers l'EHPAD 		<ul style="list-style-type: none"> - Besoin de poser les attentes de M^{me} D et de ses proches - Accompagner M^{me} D et ses proches sur la construction du projet personnalisé 	P4-M ^{me} D	
<u>En 2011</u> Domicile Hospitalisation HT JV puis EHPAD	<ul style="list-style-type: none"> - Souhaite rester à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - Retour impossible au domicile compris mais vécu difficilement - Anxiété forte liée à des besoins pratiques et d'information 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner M. et M^{me} E sur la construction du projet personnalisé, notamment par un accompagnement social et psychologique 	P5-M.M ^{me} E	
<u>En 2011</u> Domicile + AJ JV	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche de solution pour soulager M^{me} F à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnement sur la capacité de l'AJ à accueillir M. F (dépendance importante) - Période d'essai mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> - Écoute et propositions de solutions adaptées à la demande 	P6-M.F	

Bilan de l'étude interne

L'intégration des services HT, AJ et PASA en 2011 a été une étape importante pour la Résidence intercommunale Jean Villard. Les équipes ont été mobilisées pour construire et porter ces dossiers devant les autorités de tarification, déployer les moyens, asseoir le projet médico-social. Cette intégration s'est réalisée au sein de l'EHPAD alors que le SSIAD avait été introduit en 2007 comme un service indépendant de l'EHPAD. Des interactions plus nombreuses se sont produites : mouvement de personnels soignants des unités de l'EHPAD vers les nouveaux services, organisation de temps partagé entre les services pour les professionnels (médecin coordonnateur, infirmière, psychologue...)

Les équipes se sont donc questionnées sur leur organisation mais également leurs choix, leurs priorités, leurs renoncements parfois. Les professionnels ont exprimé le besoin de poser les valeurs sous-tendant leur action et d'asseoir leur intervention en relation avec les besoins des personnes accompagnées. Le projet d'établissement doit désormais s'appuyer sur un projet de plate-forme de services, fédérateur et assurant la cohérence et sur des projets de services qui se déclinent avec des objectifs médico-sociaux propres mais dont la finalité s'inscrit dans le projet commun.

L'étude interne fait ressortir les besoins suivants :

À partir des situations individuelles :

- Accompagner la PA dans l'acceptation de la situation vécue et du projet
- Apporter un soutien psychologique pour la PA et les aidants
- Répondre à des questions financières pour construire le projet et avancer dans les démarches

- Accompagner l'usager et ses proches sur la construction du projet de vie

À partir des réflexions des professionnels :

Des axes de réflexion :

- L'accompagnement du retour à domicile en sortie d'HT
- L'accompagnement en soins palliatifs notamment à domicile
- La continuité de l'HT vers l'EHPAD

Concernant les pratiques professionnelles :

- Un temps d'évaluation en pré admission important pour construire la réponse adaptée
- Un besoin d'évaluation gériatrique à domicile en soutien au médecin traitant
- Une mutualisation des temps nécessaire

Bases du cahier des charges du projet de la plate-forme Jean Villard

La Résidence intercommunale Jean Villard propose des services à destination des personnes âgées et handicapées. Ces services s'inscrivent dans une logique de parcours et proposent des solutions adaptées et graduées selon les besoins :

- pour répondre au projet des personnes de poursuivre leur vie à domicile ;
- pour répondre à la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire de la dépendance, incluant une surveillance médicale.

Les personnes accompagnées rencontrent des difficultés multiples : médicales, psychologiques, sociales, familiales, financières, ... qui parfois se cumulent. Le besoin de soutien de la personne fragilisée et de son entourage est fort, notamment lorsque l'aggravation de la dépendance et/ou l'évolution de la maladie d'Alzheimer bouleversent l'organisation de la vie à domicile.

L'évolution des pratiques professionnelles se traduit par un travail en pluridisciplinarité et un positionnement modifié par l'interconnexion des services (les usagers sollicitant de manière de plus en plus fréquente plusieurs services de la résidence).

Ces éléments conduisent à la nécessité de structurer les services de la Résidence en plate-forme.

Ce projet s'appuie sur un principe : **FAIRE DU LIEN**

- parce que l'accompagnement des personnes s'appuie sur une relation humaine ;
- parce que l'accompagnement apporte un cadre structurant et rassurant pour des personnes fragilisées ;
- parce que les pratiques professionnelles s'appuient sur une relation humaine ;
- parce le projet d'accompagnement, porté par des professionnels pluridisciplinaires et par l'ensemble des services, implique un travail partagé.

La plate-forme a vocation à soutenir les personnes accompagnées dans leur parcours. La plate-forme a vocation à soutenir les professionnels dans le projet d'accompagnement de ce parcours.

En créant du lien, il s'agit de donner du sens au parcours.

Annexe 5 : Axes d'investigation n° 2 et 3

Travaux et éléments recueillis

Axe d'investigation n°2 : Ouverture sur le territoire

Type	Éléments significatifs
Rencontre avec le SIPAG	<p>Dispose d'un service de prévention, d'un service d'évaluation pour les personnes relevant d'un Groupe Iso-Ressources 5-6, d'un service d'aide aux aidants et d'un dispositif d'accompagnement à l'adaptation du logement</p> <p>Fait partie d'un dispositif de veille et d'alerte sociale</p> <p>Intérêt pour un référent médico-social de la Résidence en lien avec l'assistant social du SIPAG</p>
Travaux de la filière gériatrique « Sud Lyon »	<p>Projet de création d'équipe mobile de gériatrie pour sécuriser et consolider l'existant par un appui des aidants, optimiser le recours aux services gériatriques, éviter l'hospitalisation et mieux prendre en charge la grande précarité et l'isolement</p> <p>Création d'une équipe mobile géronto-psychiatrique</p> <p>Projet visant à assurer la permanence des soins non-programmés avec deux axes d'amélioration possibles : assurer le repérage des situations à risque en appui sur les EHPAD par l'ouverture de consultations de repérage ; dépistage et évaluation réalisé en consultation d'évaluation gériatrique hospitalière</p>
Entretien n° GE1 avec une structure regroupant EHPAD, SSIAD, SAAD, AJ	<p>Structure explicitement présentée comme une plate-forme de services</p> <p>Intérêt observé de la plate-forme pour l'accompagnement des usagers</p> <p>Admission privilégiée en EHPAD pour les personnes déjà connues de la plate-forme en cas d'urgence ou de maintien à domicile au même titre qu'une demande urgente des services sociaux</p> <p>Travailler en lien avec les services sociaux, par le biais du SSIAD et du SAAD pour le repérage des situations difficiles à domicile</p> <p>Travailler la mutualisation</p> <p>Des compétences à renforcer (médecin coordonnateur, psychologue) ou à introduire (ergothérapeute)</p>
Entretien n° GE2 avec une structure regroupant EHPAD, HT, AJ	<p>Activité récente, logique de plate-forme non développée</p> <p>Accueil temporaire en difficulté : prise de décision des familles, besoin de repérage et d'information auprès des médecins traitants</p>
Entretien n° GE3 avec une structure regroupant CLIC et MAIA	<p><u>Sur la MAIA :</u></p> <p>Pluralité des profils des gestionnaires de cas (Infirmière et Assistante sociale)</p> <p>Médecins libéraux difficilement mobilisables qui apprécient cependant le lien réalisé par le gestionnaire de cas</p>

	<p>Comparatif des profils Assistant social et Conseiller en économie sociale et familiale</p> <p><u>Sur les attentes vis à vis d'une plate-forme de services :</u></p> <p>S'appuyer sur le CLIC et les services sociaux</p> <p>Répondre aux attentes du domicile lorsqu'aucun professionnel, hors le médecin traitant n'est présent (repérer les situations, mettre des actions communes en place pour créer du lien)</p> <p>Développer un service type SAMSAH pour adultes handicapés</p> <p>Disposer d'un référent médico-social en relation avec les gestionnaires de cas</p>
<p>Schéma gérontologique 2012-2014 Deux Sèvres</p> <p>Axe 3 – Fiche 3.1 : faire des EHPAD les pivots de plates-formes multiservices</p>	<p>Mener des actions adaptées à la vie en domicile et en établissement</p> <p>Décloisonner les dispositifs destinés au domicile ou à l'établissement pour réaliser le passage d'une prise en charge à l'autre dans de bonnes conditions</p> <p>Proposer des services aux personnes âgées demeurant à domicile : services de télé-assistance, de GIN mais également des service d'AJ, d'accueil temporaire, de halte répit proposant des services aux aidants ou de transport accompagné</p> <p>Par leur service ininterrompu et leur répartition sur le territoire, les EHPAD sont les structures les plus adaptées pour mettre en réseau les acteurs souhaitant coopérer autour d'une plate-forme de services.</p>
<p>SROMS 2012-2016 Limousin</p> <p>Intensifier l'ouverture des EHPAD à et sur leur environnement</p> <p>Accompagner leur développement en tant que centres de ressources</p>	<p>Proposer à la population du territoire des activités et des services de proximité</p> <p>Par la promotion d'actions de prévention</p> <p>En développant les lieux intergénérationnels en intra ou en extra établissements</p> <p>En prévoyant des animations ou des activités culturelles dans le cadre d'une dynamique territoriale</p> <p>En favorisant les solutions alternatives (type foyer logement) pour faire la passerelle entre le maintien à domicile et l'institutionnalisation</p>

Axe d'investigation n°3 : Revue de littérature

Les éléments consultés sont repris dans la bibliographie. Certains documents sont tout de même centraux :

- ANAP, Les parcours de personnes âgées sur un territoire : retours d'expérience
- CNSA, Aide à l'autonomie et parcours de vie, 2^{èmes} rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie
- HCAAM, Vieillesse, longévité et assurance maladie : constats et orientations
- IGAS, L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge

Annexe 6 : Glossaire

Accueil de jour (AJ) : Formule d'accueil à la journée s'adressant aux personnes âgées, présentant une maladie d'Alzheimer et vivant à domicile, dont les objectifs principaux sont maintenir le lien social et proposer des activités adaptées, aider les familles à faire face aux difficultés que représente l'accompagnement d'une personne âgée dépendante, offrir un temps d'adaptation à la collectivité.

Accueil de jour itinérant : Formule d'accueil de jour en un lieu situé hors de l'établissement (salle communale, foyer, etc.), pour permettre un accès facilité, notamment en zone rurale.

Accueil de nuit : Formule d'accueil en établissement pour les personnes âgées ne pouvant plus vivre la nuit à domicile (isolement, sécurité) mais souhaitant y vivre la journée.

Accueil séquentiel ou temporaire : Terme regroupant trois types de services : accueil de jour, accueil de nuit et hébergement temporaire

Centre local d'information et de coordination (CLIC) : Guichets d'accueil, d'information, de conseils et d'orientation sur les prestations et les dispositifs pour les personnes âgées et leur entourage. Structure de coordination du réseau de partenaires œuvrant en établissement ou à domicile.

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : Hébergement collectif de personnes âgées, dont l'état de santé et de dépendance nécessite une surveillance médicale, qui assure des soins médicaux et paramédicaux et un ensemble de prestations comprenant à la fois l'hébergement, les repas et divers services spécifiques.

Établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de type Maison d'accueil rural pour personnes âgées (MARPA), Foyer logement et Petite unité de vie : Hébergement collectif répondant aux besoins de personnes âgées qui recherchent un compromis entre la vie à domicile et la vie en établissement médicalisé type EHPAD.

Équipe mobile de gériatrie (EMG) : Équipes transversales assistant les services ou structures de soins, non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent, en apportant un avis spécialisé.

Équipe spécialisée Alzheimer (ESA) : Équipe spécialisée rattachée à un SSIAD qui, sur prescription médicale, intervient à domicile pour dispenser des séances de soins et de réhabilitation et d'accompagnement à domicile pour des personnes en début de maladie d'Alzheimer ou pour un soutien ponctuel.

Filière gériatrique : Organisation des acteurs sanitaires et médicaux sociaux devant permettre à chaque personne âgée de pouvoir accéder à une prise en charge globale

médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité et au nécessaire recours à un plateau technique.

Garde itinérante de nuit (GIN) : Service complémentaire aux services d'aide ou de soins à domicile qui propose le passage d'une personne qualifiée au domicile selon des horaires prédéterminés, une à deux fois la nuit, pour sécuriser, aider et rassurer la personne âgée.

Hébergement temporaire (HT) : Formule d'accueil limitée dans le temps qui s'adresse aux personnes âgées dépendantes dont le maintien à domicile est momentanément compromis (isolement, absence des aidants, travaux dans le logement...) et qui peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité ou servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation, sans se substituer à une prise en charge en SSR.

Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) : Structure ayant vocation à simplifier le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle en proposant un réseau intégré de partenaires, une porte d'entrée unique pour l'accueil, l'orientation des usagers ainsi qu'un accompagnement rapproché coordonné par des gestionnaires de cas complexes.

Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) : Pôle au sein des EHPAD permettant d'accueillir à la journée des résidents ayant des troubles du comportement modérés et proposant des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un environnement adapté.

Plate-forme de répit et d'accompagnement : Adossée à un accueil de jour, structure proposant un accompagnement de la personne, une écoute et un soutien auprès des aidants par le développement d'activités favorisant le répit à domicile et la vie sociale.

Réseau de santé gérontologique : Structure intégrant les professionnels de santé libéraux et les structures sanitaires, sociales et médico-sociales et ayant comme mission de favoriser l'accès aux soins, la coordination et la continuité des prises en charge sanitaires spécifiques aux personnes âgées.

Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) : Service concourant au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien ou au développement des activités sociales.

Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) : Service assurant les missions d'un SSIAD et d'un SAAD.

Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : Service assurant des soins infirmiers et d'hygiène ainsi que des aides spécifiques auprès de personnes âgées ou personnes handicapées, au domicile ou éventuellement en établissement non médicalisé.

Unité d'hébergement renforcé (UHR) : Unité proposant un hébergement, des soins et des activités adaptés pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement.

GARNIER

Isabelle

Décembre 2012

**Directeur d'établissements sanitaires,
sociaux et médico-sociaux
2011-2012**

**De la diversification des services à leur
structuration pour mieux accompagner le parcours
d'autonomie : les EHPAD, futures plates-formes
géronologiques**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Le parcours d'autonomie, parcours de la personne âgée face à la progression de la dépendance, regroupe l'ensemble des dispositifs mis en œuvre pour préserver ses capacités d'autonomie ou compenser les effets irréversibles du vieillissement.

Engagés dans la réponse à ce parcours d'autonomie, les EHPAD proposent désormais des services gradués et adaptés. La réflexion des professionnels sur la cohérence des solutions proposées conduit à envisager les EHPAD comme « plates-formes gérontologiques ».

En créant un lien privilégié avec la personne âgée, en développant l'évaluation multidimensionnelle, en se positionnant comme un acteur de proximité sur le bassin de vie de la personne âgée, la plate-forme gérontologique propose un accompagnement renforcé du parcours d'autonomie au service du projet de vie. En confortant la pluridisciplinarité des compétences et en développant la transversalité de son action, elle concourt à renforcer la continuité du parcours.

La réalisation de ce projet implique de nécessaires évolutions : une harmonisation des pratiques et des outils, une mutualisation effective des compétences pluridisciplinaires, un renforcement des missions du médecin coordonnateur. Le cadre national de l'offre doit aussi s'adapter pour pouvoir instruire des appels à projets intégrant les spécificités et la plus-value des plates-formes gérontologiques. Les modes de financement doivent pouvoir soutenir une réponse au parcours d'autonomie qui est source d'efficience globale.

Mots clés :

Parcours d'autonomie, Personnes âgées, Territoire, Continuité, Accompagnement, Plate-forme gérontologique, Filière

L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.