

**INSCRIRE LE FUTUR EHPAD AU SEIN DE LA FILIERE
GERONTOLOGIQUE DU TERRITOIRE POUR
ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE**

**L'OPPORTUNITE D'UN REGROUPEMENT POUR PASSER D'UNE LOGIQUE
INSTITUTIONNELLE A UNE LOGIQUE DE PARCOURS.**

Isabelle AIGUBELLE

2017

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement monsieur Cassagnol, directeur du pôle gériatrique de l'hôpital de Cognac qui m'a encouragée dans ce travail et qui m'a laissé la liberté pour prendre la place de directrice auprès des équipes durant toute la durée de mon stage.

Je remercie également les cadres de santé ainsi que les équipes des deux EHPAD qui ont toujours été présents pour moi à chaque sollicitation.

Je souhaite également remercier madame Lasserre, mon accompagnatrice mémoire pour sa grande disponibilité et son écoute bienveillante.

Merci également à ma famille pour sa patience et ses encouragements au cours de la formation.

Enfin, je n'oublie pas les résidents, qui, malgré leurs pathologies et les troubles dont ils souffrent, ont échangé avec moi à chaque fois que je les ai sollicités et m'ont confirmée dans ma certitude de la richesse du métier de directrice d'établissement social ou médico-social.

Sommaire

Introduction	1
1 De l'organisation gérontologique du territoire au projet de regroupement de l'établissement de Cognac.....	3
1.1 L'organisation gérontologique du territoire.	3
1.1.1 Une population vieillissante, rurale et précaire.	3
1.1.2 Une offre territoriale diversifiée mais encore insuffisamment maillée.....	4
1.1.3 Des orientations départementales et régionales orientées vers le maintien à domicile et la coordination des acteurs.....	9
1.2 Guy Gautier et Montesquieu : deux EHPAD singuliers au sein du pôle de gérontologie du Centre Hospitalier intercommunal du Pays de Cognac (CHIPC).....	11
1.2.1 Le CHIPC : une palette de services et d'établissements dans les champs gériatriques et gérontologiques.	11
1.2.2 Guy Gautier, Montesquieu. : deux identités distinctes.	13
1.3 Le projet de regroupement à Cognac.	21
1.3.1 Les objectifs poursuivis et les choix déjà actés.....	21
1.3.2 Les équipes et le projet.	24
1.4 Synthèse du diagnostic.	27
2 Le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie : un concept clé pour donner du sens au repositionnement de l'EHPAD public hospitalier. 29	29
2.1 La personne âgée, ses besoins et attentes.	29
2.1.1 Vieillesse, vieillissement, avancée en âge, autonomie et dépendance.	29
2.1.2 Des besoins et attentes qui évoluent avec la dépendance.	31
2.2 La construction des réponses à la perte d'autonomie.	35
2.2.1 L'impact des évolutions sociétales et de la structure familiale.	35
2.2.2 L'augmentation de l'espérance de vie et son impact démographique.....	36
2.2.3 Les politiques publiques face au défi de la perte d'autonomie.	36
2.3 D'une logique de places à une logique de parcours.....	40
2.3.1 Une riche palette de dispositifs, qui reste complexe et cloisonnée.	40
2.3.2 La nécessité d'organiser les réponses en logique de parcours.....	41
2.4 Quelle place pour l'EHPAD public hospitalier dans cette logique de parcours ?.....	43
2.4.1 L'évolution du profil des personnes âgées accueillies en EHPAD.	43

2.4.2	Les particularités des résidents de l'EHPAD public hospitalier.	44
2.4.3	L'évolution de l'offre en EHPAD.	45
2.4.4	Quels impacts sur l'offre de service pour répondre aux besoins ?.....	46
2.4.5	Quelles coopérations et filières privilégier pour s'inscrire dans une logique de parcours ?	47
2.5	L'accompagnement des ressources humaines vers une logique de parcours.	48
2.5.1	Identités professionnelles et résistance au changement.	48
2.5.2	Accompagner le changement en EHPAD.	50
3	Intégrer le futur EHPAD au sein de la filière gérontologique du territoire afin de favoriser le parcours de vie des personnes âgées.....	53
3.1	Axe stratégique 1 : Ouvrir et inscrire le futur EHPAD dans une logique de parcours sur son territoire.	54
3.1.1	Objectif opérationnel 1.1 : Formaliser et rendre lisible la filière gérontologique du territoire.	54
3.1.2	Objectif opérationnel 1.2 : Mobiliser les partenaires du soin et du médico-social.	56
3.1.3	Objectif opérationnel 1.3 : Elargir et améliorer l'offre d'accompagnement de l'EHPAD.	58
3.2	Axe stratégique 2 : Mettre en place les instances de gestion du projet et donner du sens au projet de regroupement.	62
3.2.1	Objectif opérationnel 2.1 : Mettre en place les instances et les outils de pilotage.....	62
3.2.2	Objectif opérationnel 2.2 : Communiquer autour du projet pour fédérer les parties prenantes.....	64
3.3	Axe stratégique 3 : Accompagner le changement auprès des équipes.....	67
3.3.1	Objectif opérationnel 3.1 : Prendre en compte et lever les résistances au changement.....	67
3.3.2	Objectif opérationnel 3.2 : Organiser la mixité des équipes pour faire émerger un socle de compétences communes.	68
3.3.3	Objectif opérationnel 3.3 : Impulser une démarche participative pour associer les parties prenantes à la co-construction du futur projet.	71
3.3.4	Objectif opérationnel 3.4 : Adapter l'organisation des RH au nouveau projet.	72
3.4	Axe stratégique 4 : Évaluer régulièrement le projet et l'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.....	74
3.4.1	Objectif opérationnel 4.1 : Contractualiser le projet sur la base d'axes et d'objectifs partagés.....	74
3.4.2	Objectif opérationnel 4.2 : Mesurer l'atteinte des objectifs.....	76

3.4.3 Objectif opérationnel 4.3 : Inscrire le projet dans une démarche d'amélioration continue de la qualité	77
Conclusion.....	79
Bibliographie	81
Liste des annexes	I
Annexe 1 : Les établissements et services pour personnes âgées de l'ouest Charente.....	II
Annexe 2 : La grille AGGIR et le modèle PATHOS.....	V
Annexe 3 : La dépendance des usagers accueillis au sein des EHPAD Guy Gautier et Montesquieu.....	VII
Annexe 4 : Le profil des deux équipes pluridisciplinaires.....	VIII
Annexe 5 : Extrait du questionnaire préparatoire à l'écriture du futur projet de vie.....	IX
Annexe 6 : Extrait de la synthèse des réponses au questionnaire.....	XI

Liste des sigles utilisés

Ad'AP : Agenda d'Accessibilité Programmés (Ad'AP).
AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources.
AMP : Aide Médico Psychologique.
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance.
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux.
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.
ARS : Agence Régionale de Santé.
AS : Aide-Soignant.
ASH : Agent de Service Hospitalier.
ASV : Adaptation de la Société au Vieillissement.
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles.
CCAS /CIAS : Centres Communaux ou Intercommunaux d'Action Sociale.
CE : Comité d'Etablissement.
CHCC : Centre Hospitalier Camille Claudel.
CHIPC : Centre Hospitalier Intercommunal du Pays de Cognac.
CHSCT : Comité Hygiène et Sécurité Conditions de Travail.
CLCG : Comité Local de Coordination Gérontologique.
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination.
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.
COFIL : Comité de Pilotage.
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.
CSG : Contribution Sociale Généralisée.
CTP : Convention TriPartite.
CVS : Conseil de la Vie Sociale.
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.
EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées.
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.
EMG : Equipe Mobile de Gériatrie.
EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs.
EMSPA : Equipe Médico-Sociale Personnes Agées.
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses.
ETP : Equivalent Temps Plein.
GIR : Groupe Iso Ressources.
GMP : Gir Moyen Pondéré.
HAD : Hospitalisation à Domicile.
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire.
HT : Hébergement Temporaire.
IDE : Infirmière (er) Diplômé d'Etat.
IFAS : Institut de Formation des Aides-Soignants.
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique.
PAERPA : PARcours de soins des personnes âgées En Risque de Perte d'Autonomie.
PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés.
PMP : PATHOS Moyen Pondéré.
PRS : Projet Régional de Santé.
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur.
RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles.
RESPA : Réseau de Santé Personnes Agées.
RGPA : Réseau Gérontologique du Pays de l'Angoumois.
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile.
SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile.
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile.
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation.
UHR : Unité d'Hébergement Renforcée.
UPHV : Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes.
USLD : Unité de Soins de Longue Durée.
VSC : Volontaire du Service Civique.

Introduction

L'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) du Centre Hospitalier Intercommunal du Pays de Cognac (CHIPC) est un établissement public hospitalier actuellement implanté sur deux sites géographiques distincts : le site de « Guy Gautier » situé au cœur de la ville de Cognac, qui dispose d'une autorisation de 68 lits, et celui de « Montesquieu », implanté dans les locaux de l'ancien centre hospitalier de Cognac, en périphérie de la ville, qui dispose de 37 lits.

Bien que réunies au sein de la même entité administrative depuis 2013, ces deux structures conduisent un projet différent et présentent de fortes particularités qui concernent aussi bien le profil et le parcours des résidents accueillis, plus dépendants et médicalisés sur l'EHPAD Montesquieu, que les modalités de fonctionnement.

Ces projets ont façonné des identités professionnelles marquées, plus « sanitaire et hospitalière » sur l'EHPAD Montesquieu en raison de la colocalisation avec une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et de la proximité du plateau technique hospitalier, plus « médicosociale » sur l'EHPAD Guy Gautier, dont le projet de vie sociale est développé pour un public plus autonome.

A ce jour, le positionnement distinct et le cloisonnement de chacune de ces structures, ne permettent pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins du territoire et de s'inscrire dans une logique de parcours des personnes âgées en perte d'autonomie.

Ils ne permettent notamment pas de s'intégrer en interne avec la palette de dispositifs gérontologiques et de services hospitaliers constitutifs d'une filière gériatrique, bien que non identifiée comme telle, dont dispose le CHIPC.

Au sein d'un territoire peu maillé et marqué par le déficit de réseaux de coordination des parcours, les deux établissements fonctionnent aujourd'hui de manière institutionnelle, ce qui se traduit par des orientations manquant parfois de cohérence et par des besoins non satisfaits.

Un projet de regroupement des deux structures sur le site de l'actuel EHPAD « Guy Gautier » est d'ores et déjà engagé et se concrétisera en 2021. Au-delà des motivations foncières, liées à la vétusté du bâti, et des objectifs affichés en matière de mutualisation et d'économies d'échelle, ce projet de regroupement constitue une formidable opportunité de refonder le projet d'établissement afin de mieux répondre aux besoins du territoire et de s'inscrire dans une logique de parcours.

Le projet comporte donc deux dimensions principales à conduire en parallèle qui sont d'une part de promouvoir et d'intégrer le dispositif gérontologique du territoire et d'autre part de mettre en œuvre le regroupement des deux structures existantes.

L'un des principaux défis réside dans la « fusion » et l'accompagnement au changement des deux équipes, au fonctionnement assez cloisonné et aux identités professionnelles

très différentes et marquées, pour n'en constituer plus qu'une, au service d'un nouveau projet centré sur la réponse graduée aux besoins de usagers. Il sera donc important de s'appuyer sur les forces et les savoir-faire de chacune des équipes, pour continuer à apporter une réponse adaptée à toutes les situations de dépendance, mais également pour donner du sens et fédérer les équipes afin de faciliter la conduite du changement.

Un second défi consistera à convaincre et à mobiliser l'ensemble des parties prenantes, tout d'abord au sein même du CHIPC afin de saisir l'opportunité de le positionner comme le pôle de référence en matière gérontologique sur le Cognaçais.

Il s'agira également d'obtenir l'adhésion des acteurs du territoire, afin de mettre en place de nouvelles instances de coordination et de s'inscrire collectivement dans cette logique de parcours.

Une première partie me permettra de poser les bases de ma démonstration à travers un diagnostic de la situation existante. Je procéderai tout d'abord à une analyse de l'organisation gérontologique du Cognaçais, qui me permettra de présenter les besoins du territoire, la cartographie des acteurs participant à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que les orientations des politiques publiques. Une présentation des deux structures mettra en évidence leurs particularités et notamment leur cloisonnement et leur positionnement singulier au sein du CHIPC. Cette première partie se terminera par une présentation du projet de regroupement et par la prise en compte des attentes et des interrogations qu'il suscite auprès des deux équipes.

Afin de donner un sens à ce projet de regroupement sur un seul site, je développerai ensuite le concept de parcours de vie de la personne âgée en perte d'autonomie. Pour cela, je montrerai tout d'abord que l'évolution des besoins et des attentes de la personne âgée sont au cœur de cette notion de parcours. Un état des lieux des solutions existantes et un bref retour sur leur construction liée à l'évolution des politiques publiques, montrera en quoi leur cloisonnement, leur redondance ou leur manque de lisibilité, restent encore des obstacles à cette approche. Cet état des lieux permettra de mieux appréhender la logique de parcours sur un territoire et d'envisager le positionnement adéquat de l'EHPAD public hospitalier. Enfin, je montrerai que l'inscription dans cette logique ne va pas de soi et mérite d'être accompagnée, notamment auprès des équipes qui sont parfois repliées sur leurs cultures professionnelles, sanitaires ou médicosociales.

La dernière partie me permettra de proposer un plan d'action afin de repositionner le futur EHPAD au sein de la filière gérontologique du territoire pour mieux répondre aux besoins en accompagnant la perte d'autonomie de manière plus coordonnée. Pour cela, je partagerai ma vision stratégique sur la place du futur EHPAD public hospitalier au sein du territoire cognaçais puis je déclinerai les actions que je mènerai afin d'accompagner le changement auprès des différentes parties prenantes et de piloter ce projet lors de sa phase de mise en œuvre.

1 De l'organisation gérontologique du territoire au projet de regroupement de l'établissement de Cognac.

1.1 L'organisation gérontologique du territoire.

Le projet de regroupement des deux EHPAD sur un seul site s'inscrit dans un contexte territorial, au sein duquel une riche palette de dispositifs est déjà déployée dans le cadre de politiques publiques départementales et régionales.

1.1.1 Une population vieillissante, rurale et pr caire¹.

Avec 352 705 habitants, le Département de la Charente est tout d'abord un département rural, avec un taux d'urbanisation de 47 %, contre 75 % au niveau national, et seulement deux agglomérations de plus de 50 000 habitants. C'est également un département moins densément peuplé que le reste du territoire avec 59 habitants au km², contre 68 au niveau régional et 114 au niveau national. Mais c'est surtout un département plus âgé que la moyenne nationale, avec 56 189 charentais âgés de 60 ans et plus, ce qui représente 28,8% de population totale contre 28,1 en région et 23,4 en France métropolitaine.

Pour sa part, le canton de Cognac compte 5 707 personnes âgées de 60 à 74 ans et 1 284 de plus de 85 ans ce qui le situe au-dessus de la moyenne départementale.

Au cours des prochaines années, le vieillissement de la population charentaise devrait se poursuivre et s'amplifier. Selon les dernières projections de la population de l'INSEE, en 2040 la Charente compterait 369 708 habitants dont 144 046 personnes âgées de 60 ans et plus, soit 39 % de la population totale.

En dix ans (2011-2021), le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus augmenterait donc de 6 %, celui des personnes âgées de 85 ans et plus de 34 %.

Alors qu'il est généralement admis que l'âge moyen d'entrée dans la dépendance se situe autour de 85 ans, le vieillissement de la population charentaise devrait avoir pour corollaire une augmentation du nombre de personnes dépendantes.

Le département de la Charente présente d'autre part des indicateurs sanitaires et sociaux qui le distinguent au sein de la Région. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance pour un habitant de Charente est de 76,8 ans pour un homme et 84,5 ans pour une femme et

¹ CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA CHARENTE, 2014, *Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2015-2019*, Direction de la solidarité, Angoulême, 147 p.
OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE POITOU-CHARENTES, 2014, *Autonomie des personnes âgées, Synthèse documentaire réalisée dans le cadre de la mise en place des plateformes de santé publique à l'ARS de Poitou-Charentes*, 81 p.

l'espérance de vie à 65 ans est de 18,1 ans pour un homme et de 22,8 ans pour une femme. Ces indicateurs sont significativement inférieurs aux moyennes régionales².

Pour ce qui est de l'accès aux soins, comme de nombreux départements ruraux, la Charente doit faire face à une faible densité médicale alors qu'elle est confrontée à un vieillissement plus rapide que le niveau national et qu'elle présente un secteur rural très étendu. Ces deux caractéristiques rendent d'autant plus préoccupant le phénomène de désertification médicale, avec une faible densité en professionnels de santé³.

Enfin le Département se distingue par une précarité sociale plus marquée qu'en Région, comme le montrent le taux de chômage, la part de bénéficiaires des minimas sociaux, ou la part de personnes en situation de handicap bénéficiant d'une allocation spécifique.

En ce qui concerne les personnes âgées, près de 9 000 d'entre elles étaient titulaires de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) au 1^{er} janvier 2014. Alors que le taux national de bénéficiaires de l'APA s'élevait à 182 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus dans la région Poitou-Charentes, il était de 206 en Charente.

1.1.2 Une offre territoriale diversifiée mais encore insuffisamment maillée⁴⁵.

La Charente dispose d'un panel diversifié de services et d'établissements d'accueil des personnes âgées, en fonction de leur niveau de dépendance. On peut regrouper les acteurs qui accompagnent la perte d'autonomie des personnes âgées en trois catégories.

A) Les acteurs du maintien à domicile.

- En premier lieu, il me faut cibler le proche aidant : membre de la famille, voisin ou ami. L'une des particularités du territoire charentais est la part importante de l'activité de l'accueil familial, fortement encouragée par les schémas départementaux successifs. En septembre 2014, 239 familles étaient agréées et assuraient l'accueil de 276 personnes âgées de 60 ans et plus.

- Les professionnels de santé libéraux dont la clientèle est constituée à 70% par des personnes âgées de plus de 70 ans.

- Les Equipes Médico-Sociales (EMS APA⁶), appelés « coordinateurs gérontologiques » en Charente. Elles peuvent être sollicitées pour évaluer la perte d'autonomie de la

² Espérance de vie de 77,7 pour un homme et 84,8 pour une femme et espérance de vie à 65 ans de 18,5 et 22,9.

³ 263 médecins généralistes en Charente (74 pour 100 000 hab contre 94 au niveau national) et 339 IDE libérales (96 pour 100 000 hab contre 139 au niveau national) en 2016.

⁴ CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA CHARENTE, 2016, *Guide des établissements sociaux et médico-sociaux pour les Personnes Agées*, Direction de la solidarité, Angoulême, 106 p. Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2015-2019, Direction de la solidarité, Angoulême, pages 30 à 39, 147 p.

⁵ Voir en annexe 1 la cartographie des établissements et services pour personnes âgées en Charente.

personne âgée (Grille AGGIR⁷), l'informer sur les dispositifs et aides existants et élaborer son plan d'aide qui est une composante essentielle de l'APA à domicile.

- Les Centres Communaux ou Intercommunaux d'Action Sociale (CCAS et CIAS) animent également une action générale de prévention et de développement social dans la commune. Le CCAS de Cognac est ainsi l'organisme gestionnaire de la résidence autonomie « Alain de Raimond » située sur la même emprise que l'EHPAD Guy Gautier.

- Les services médico-sociaux ont un rôle essentiel dans l'accompagnement des personnes âgées et leur maintien à domicile.

- Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), au nombre de 4, assurent des prestations de soins infirmiers, techniques, de base et relationnels.
- Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), au nombre de 6, assurent au domicile des personnes des prestations d'aide à la vie quotidienne et d'accompagnement à la vie sociale.
- Le Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) assure à la fois les missions d'un SSIAD et les missions d'un SAAD.

- Le service d'hospitalisation à domicile (HAD) délivre des soins médicaux et paramédicaux coordonnés au domicile du patient dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Les soins dispensés se différencient de ceux habituellement effectués à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

B) Les lieux de vie institutionnels.

Les lieux de vie institutionnels, que sont les hébergements en établissements pour personnes âgées, apportent des solutions lorsque le maintien à domicile n'est plus envisageable. La Charente dispose ainsi de 4 748 places d'hébergement permanent installées dont 819 dans le Cognaçais, auxquelles s'ajoutent les places d'hébergement temporaire, et d'accueil de jour.

a) *Les résidences autonomie*⁸.

Les trois résidences autonomie du Cognaçais sont des groupes de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif. Ils sont une formule intermédiaire entre le domicile et l'hébergement collectif qui permet l'accessibilité sociale grâce à des tarifs d'hébergement avantageux. Ces structures sont destinées à des

⁶ Décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

⁷ Voir la grille AGGIR et le modèle PATHOS en annexe 2.

⁸ Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 pris en application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement concernant les « résidences autonomie » a publié au journal officiel, le 29 mai .2016.

personnes âgées de plus de 60 ans, valides, encore capables de vivre dans un logement indépendant, mais qui souhaitent trouver dans cette structure groupée une certaine sécurité, des opportunités d'aides occasionnelles et éventuellement des prestations de services collectifs. Le GIR Moyen Pondéré (GMP) de ces structures est inférieur à 300 et elles ne peuvent pas accueillir plus de 10 % de personnes âgées classées en GIR 1 et 2.

b) *Les EHPAD*⁹.

Les EHPAD, au nombre de 14 dans le Cognaçais, sont des lieux d'hébergement collectif, qui assurent une prise en charge globale de la personne âgée, qui est admise en EHPAD à sa demande ou à celle de son entourage. Cette orientation est souvent effectuée sur la base d'un avis médical et d'un bilan gérontologique permettant d'évaluer le niveau de dépendance (sur la base de la grille AGGIR). L'EHPAD n'est pas destiné aux personnes âgées présentant une pathologie nécessitant un plateau technique hospitalier.

Le GMP moyen des EHPAD s'élève à 710, ce qui se situe au niveau du nombre de points attribués à un GIR 3. Cependant plus de la moitié des résidents (54%) sont très dépendants (GIR 1 ou 2). Les EHPAD proposent différents modes d'hébergement :

- L'hébergement collectif permanent est le mode d'accueil principal. Il est destiné aux personnes âgées semi-dépendantes, dépendantes et/ou désorientées et leur assure une prise en charge globale : hébergement en chambre, repas, soins, animation. L'EHPAD est considéré comme étant le domicile de la personne âgée.

- Généralement rattaché à un EHPAD, l'hébergement temporaire vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne, et à faciliter ou préserver son intégration sociale. Il est limité dans le temps pour des personnes dont le maintien à domicile n'est plus possible ou peut constituer une transition après une hospitalisation.

- L'accueil de jour vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne et à faciliter ou préserver son intégration sociale. Il accueille des personnes âgées vivant à leur domicile, une ou plusieurs journées par semaine.

Les EHPAD peuvent également proposer un hébergement ainsi que des soins et activités adaptés pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères au sein d'Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) ainsi qu'un accueil dans la journée de résidents ayant des troubles du comportement modérés au sein de Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

⁹ DREES, juillet 2017, *Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015*, Etudes et résultats n°1015 Paris, 8 p.

Cette étude présente les premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 concernant les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées et est disponible sur le site :

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/728-000-residents-en-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-en-2015>

c) *Les petites unités de vie (PUV).*

Les PUV, au nombre de 4 dans le Cognçais, sont des établissements offrant une capacité d'accueil inférieure à 25 places avec la possibilité pour les résidents de percevoir l'APA selon les mêmes dispositions que s'ils résidaient à domicile. Elles sont sécurisées par la présence d'un personnel de jour comme de nuit et ont le statut d'EHPAD dès lors qu'elles atteignent un GMP de 300.

d) *Les Unités de soins de longue durée (USLD).*

Les USLD¹⁰, sont des structures d'hébergement et de soins dédiées aux personnes âgées de plus de 60 ans les plus dépendantes. Elles sont adossées à un établissement hospitalier et les moyens médicaux qui y sont mis en œuvre sont plus importants que dans les EHPAD. On compte 295 places d'USLD en Charente, dont 102 dans le Cognçais et 37 sur le site de Montesquieu.

Ces unités permettent d'accueillir des personnes nécessitant des soins médicaux et techniques importants : prise en soins de personnes âgées poly pathologiques en phase de décompensation, états cancéreux, personnes de moins de 60 ans ayant des séquelles de poly traumatismes ou souffrant d'affections neurodégénératives...

Elles disposent de la présence continue de personnel paramédical, et des équipements permettant d'assurer des soins de qualité, tout en assurant la sécurité des personnes (fluide médical, pompe à nutrition, matériel de prévention et de traitement des escarres...). Le GMP moyen de ses structures est de 845.

C) *Les réseaux gérontologiques.*

Les réseaux gérontologiques, créés en 1996 et précisés dans leur fonctionnement par une circulaire de 2007¹¹, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) déployés dès 2001¹², les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), développées par le plan national Alzheimer 2008-2012, et les Parcours de soins des personnes âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA), mis en place par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, entendent tous répondre aux besoins de coordination des acteurs sanitaires, hospitaliers et ambulatoires, médico-sociaux et sociaux. De même, ils reposent tous sur la notion de parcours et mettent en place des outils analogues, même si

¹⁰ Circulaire N°DHOS/O2/F2/DGAS/2C/CNSA/2008/340 du 17 novembre 2008 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée.

¹¹ Circulaire N°DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 20 07 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ».

¹² Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

les catégories de personnes visées peuvent différer à la marge. Le territoire de la Charente, et plus particulièrement le Cognçais, se caractérisent par un faible maillage en dispositifs de coordination de parcours, puisqu'il ne repose que sur une MAIA au territoire étendu.

a) *Les réseaux de santé « personnes âgées ».*

Un réseau de santé « personnes âgées » s'adresse prioritairement à des personnes de 75 ans et plus, vivant et souhaitant rester ou retourner à leur domicile. Le réseau favorise la coordination autour de la personne âgée de tous les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux afin d'optimiser le maintien à domicile, l'accès à une structure de soins si nécessaire avant le retour à domicile.

En Charente, il existe deux réseaux : le Réseau de Santé Personnes Agées (RESPA), qui couvre la Charente Limousine, et le Réseau Gérontologique du Pays de l'Angoumois (RGPA). Un Comité Local de Coordination Gérontologique (CLCG) est cependant déployé sur le Cognçais, mais il est peu actif et ne permet pas des rencontres régulières entre les intervenants afin d'étudier les situations du territoire et de coordonner les parcours.

b) *La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA).*

La MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche d'intégration des services d'aide et de soins.

Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins ou d'aides), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

Les MAIA s'appuient sur la concertation, afin de décloisonner les différents secteurs, sur le guichet intégré, qui permet de fournir une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers sur le territoire et la gestion de cas, afin qu'un suivi intensif au long cours des personnes âgées en situation complexe soit assuré par un interlocuteur unique de la personne, ainsi que sur le médecin traitant et les professionnels intervenant à domicile.

On constate donc qu'en Charente en général, et plus particulièrement dans le Cognçais, les réseaux gérontologiques sont peu déployés, à l'exception de la MAIA ouest Charente. L'information des usagers et de leur famille et la coordination des parcours reposent donc essentiellement sur les coordinateurs gérontologiques et sur les services assurés par les CCAS. Dans le secteur cognçais, on note l'absence d'un CLIC, ce que déplorent les acteurs de la filière. En effet, un seul CLIC, situé à Ruffec existe pour l'ensemble du département de la Charente. Cette insuffisance de maillage a des conséquences pour les

usagers dont l'orientation et le parcours sont souvent conditionnés par le positionnement institutionnel, sanitaire, médicosocial ou social, du « guichet » auquel ils ont recours.

1.1.3 Des orientations départementales et régionales orientées vers le maintien à domicile et la coordination des acteurs.

A) Le cadre des orientations départementales et régionales.

Le Département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. A ce titre et conformément aux dispositions des articles L 312-4 et L 312-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), le Président du Conseil départemental de la Charente a arrêté un schéma établi sur cinq ans pour une période 2015-2019.

Véritable « feuille de route », ce schéma départemental dresse tout d'abord un état des lieux des besoins et de l'offre sur le territoire, puis détermine les perspectives des objectifs de développement de l'offre en précisant le cadre de la coopération et de la coordination attendu entre les différents établissements et services.

Depuis le 1er janvier 2016, dans le cadre de la réforme territoriale, les ARS d'Aquitaine, du Limousin et de Poitou-Charentes ne font plus qu'une : l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé instaure un nouveau Projet régional de santé (PRS), qui entrera en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2018. Jusqu'à cette date, le PRS de l'ex région Poitou-Charentes, toujours en vigueur, affiche des objectifs convergents avec ceux portés par le Département. Les objectifs communs visent à accompagner les situations de perte d'autonomie, tout au long de la vie, en respectant les choix de la personne âgée pour son lieu de vie.

B) Les priorités affichées par ces orientations.

a) *Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.*

Partant du constat que les personnes âgées souhaitent vivre le plus longtemps possible à leur domicile et que les perspectives affichées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) pour les prochaines années devraient se traduire par un fort ralentissement du rythme de création de places nouvelles, le Département et l'ARS se fixent pour premier objectif d'encourager le maintien à domicile des personnes âgées.

Le Département souhaite ainsi marquer une rupture avec le précédent schéma, qui, en cohérence avec les plans nationaux « Grand Âge », avait permis la création de nombreuses places d'accueil, principalement en EHPAD.

Cette volonté affichée se traduit par plusieurs actions visant à favoriser l'adaptation des logements à la perte d'autonomie, à agir contre l'isolement des personnes âgées en s'appuyant sur l'ensemble des intervenants du territoire (professionnels de santé, services d'aide à la personne, établissements d'accueil pour personnes âgées). Le Département

comme l'ARS souhaitent d'autre part s'engager vers une politique d'accueil de proximité, en encourageant l'installation de familles d'accueil mais aussi en valorisant les métiers de l'aide à domicile et en soutenant et accompagnant les aidants familiaux.

Ils souhaitent également encourager le développement d'une offre d'hébergement alternative au « tout établissement ». Il s'agit en particulier de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire en EHPAD qui doivent permettre de préparer la transition entre le domicile et l'établissement.

b) Améliorer la qualité de l'accompagnement en EHPAD.

Dans le cadre de son schéma, le Département souhaite mettre l'accent sur le volet « qualitatif » de l'accompagnement en établissement alors que le schéma précédent était davantage concentré sur le développement de l'offre. L'ARS partage cet objectif et constate que la Région a atteint son quota de création de places en EHPAD.

Cependant, le Département maintient son engagement consistant à accompagner financièrement les EHPAD dans leurs opérations de restructuration, d'extension ou de rénovation, et l'ARS veillera à réduire les disparités d'équipement en EHPAD entre les départements, en permettant au territoire de la Charente d'atteindre le niveau d'équipement régional et de rattraper ainsi un retard constaté.

Le Département comme l'ARS, souhaitent par conséquent faire effort sur l'amélioration de la qualité de l'accueil en hébergement permanent en favorisant l'appropriation des outils de la loi de 2002, et l'accès aux soins.

L'amélioration des prises en charge, doit également s'appuyer sur le déploiement des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) définies par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) et par la professionnalisation et l'amélioration des conditions de travail des professionnels en EHPAD.

c) Renforcer la coopération entre les acteurs et la coordination gérontologique.

Partant du constat que les acteurs qui prennent en charge les personnes âgées sont multiples, que les dispositifs sont disparates et difficilement lisibles ce qui génère un manque de pilotage et de coordination au sein d'un même secteur géographique, le Département et l'ARS visent une meilleure coordination entre les acteurs et la promotion d'une culture commune autour de la perte d'autonomie.

L'enjeu est donc d'offrir aux personnes âgées, aux familles et aux professionnels, une réponse lisible, réactive, globale et coordonnée de la prise en charge. La Région et le Département se sont ainsi engagés dans le déploiement de la plate-forme Web d'aide à l'orientation personnalisée en établissement « Via Trajectoire ».

La promotion des dispositifs de coordination gérontologique est également visée afin de permettre à chaque personne âgée de rester acteur de sa vie et de respecter son projet

de vie en fonction de son désir et de sa sécurité. Cependant, l'ARS et le Département divergent sur les réseaux à privilégier.

L'ARS souhaite en premier lieu s'appuyer sur les CLIC, qui sont actuellement configurés de façon différente selon les départements et dont l'articulation doit être améliorée, en particulier avec les réseaux gérontologiques lorsqu'ils sont déployés.

Le Département mise avant tout sur les « coordinateurs gérontologiques » chargés, dans le cadre du plan d'aide APA, d'informer, de conseiller et d'évaluer, l'ensemble des acteurs et services concourant au maintien à domicile.

Enfin, la Région comme le Département encourageront et soutiendront le développement des conventions-cadres entre établissements de santé, EHPAD et services intervenant à domicile sur le champ de la prévention et de l'accès aux soins, et les mutualisations entre établissements (recrutements, compétences spécifiques, services...).

1.2 Guy Gautier et Montesquieu : deux EHPAD singuliers au sein du pôle de gérontologie du Centre Hospitalier intercommunal du Pays de Cognac (CHIPC).

1.2.1 Le CHIPC : une palette de services et d'établissements dans les champs gériatriques et gérontologiques.

A) Le pôle de gérontologie du CHIPC.

Le CHIPC est issu du regroupement du Centre Hospitalier de Cognac et de l'hôpital local de Jarnac en un hôpital intercommunal. Les services du pôle de gérontologie, placés sous l'autorité d'un même directeur, sont déployés sur 4 sites géographiques :

- Le site 1 sur lequel est implanté un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de 40 lits. Ce service est implanté sur le même site que les services hospitaliers. Il prend en charge des patients âgés, généralement de plus de 75 ans, à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé, notamment dans les suites d'une affection médicale aiguë ou d'une intervention chirurgicale, afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle garantissant le retour dans le milieu de vie, domicile ou établissement.
- Le site 2 composé d'un d'EHPAD de 88 places (dont 2 d'hébergement temporaire), d'une UHR de 12 places pour les pathologies de type Alzheimer et enfin d'une Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes (UPHV) de 11 lits.
- Le site 3 sur lequel est implanté l'EHPAD Guy Gautier de 68 places.
- Le site 4 comprend l'EHPAD Montesquieu de 37 lits et une unité USLD de 37 lits. Sur ce site, un PASA de 14 places prend en charge à la journée des résidents de la structure EHPAD de Cognac.

Site 1 : Châteaubernard
• Service de Soins de Suite et de réadaptation (40 lits)

Site 2 : Jarnac
• EHPAD (88 lits dont 2 HT)
• UHR (12 lits)
• UPHV (11 lits)

Le pôle gériatologique du CHIPC

Site 3 : Cognac centre ville
• EHPAD Guy Gautier (68 lits)

Site 4 : Cognac périphérie
• EHPAD Montesquieu (37 lits)
• PASA

EHPAD

Services de soins

USLD (37 lits)

B) Une filière gériatrique incomplète et non formalisée.

Le CHIPC dispose également de services gériatriques (135 lits sur le site 1) qui participent à la prise en charge des personnes âgées, en particulier lorsqu'un problème de santé affectant temporairement ou durablement l'autonomie conduit à une orientation vers un dispositif de soins, de manière transitoire ou durable.

Instaurée dans le cadre du plan de solidarité « Grand Âge » 2007-2012, les filières gériatriques ont vu leurs objectifs et leur organisation définis par une circulaire de 2007¹³. Ces filières gériatriques visent à structurer l'offre territoriale en intégrant les hôpitaux locaux en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques, très fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et les EHPAD.

Une filière gériatrique implique un ou plusieurs établissements de santé et il est recommandé qu'elle comprenne les structures de soins suivantes ;

- Un court séjour gériatrique situé dans l'établissement de santé support de la filière. Le CHIPC dispose d'une unité de 15 places sur le site 1.
- Une équipe mobile de gériatrie (EMG). A ce jour, on déplore l'absence d'une telle équipe repérée et constituée.
- Une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour, présente sur le site 1.
- Un service de soins de suite et de réadaptation, présent sur le site 1.
- Une USLD, présente sur le site 4.

Le rôle et les obligations des établissements membres devraient être formalisés par une convention précisant notamment les conditions d'admission et de sortie des patients

¹³ Circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

gériatriques, les délais cibles en termes de prise en charge, les procédures de transfert et les supports d'informations médicales communes.

En dépit d'une palette de services assez complète, le CHIPC ne dispose pas d'une filière gériatrique complète et formalisée tel que le préconise la circulaire de 2007. Toutefois, un projet de convention a été élaboré en 2012 sans être finalisé.

1.2.2 Guy Gautier, Montesquieu. : deux identités distinctes.

A) Des histoires et un héritage différents.

a) L'EHPAD Guy Gautier.

Cet établissement a été inauguré en 1892. A la fermeture de « l'asile des vieillards » en 1948, la commune a chargé le Centre Hospitalier d'assurer l'exploitation de l'institution.

Une opération d'envergure de rénovation et d'extension du bâtiment a été réalisée en 1988, assortie d'une reprise du bâti par l'Office public d'HLM de la Charente.

La maison de retraite, devenue « EHPAD Guy Gautier » en 2007 lors de la signature de la convention tripartite (CTP) avec l'ARS et le Département, dispose d'une autorisation pour 68 lits. Depuis le renouvellement de la CTP en 2013, cette autorisation s'intègre dans l'autorisation accordée au CHIPC pour 105 lits dont 37 sont situés au centre de gérontologie clinique. Le renouvellement de cette CTP a marqué une première étape du rapprochement administratif des deux structures. Cette convention arrivant à échéance en 2017, elle sera remplacée par un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) comme le prévoit la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV).

Cet EHPAD public, est entièrement habilité à l'aide sociale ce qui induit une mission d'accessibilité financière pour les personnes les plus démunies.

L'établissement implanté au cœur de la ville de Cognac, à quelques centaines de mètres du cœur historique, propose un cadre de vie agréable. Il partage un parc arboré avec la Résidence Alain de Raimond, une résidence autonomie gérée par la ville de Cognac.

La localisation de l'EHPAD « Guy Gautier » permet une offre de services répondant aux besoins des personnes accueillies, il est facilement accessible et facilite la participation à des activités culturelles ou sociales (marché, courses, promenades,...).

Le bâtiment est ancien, bien situé et dispose d'un bon potentiel, mais il a besoin d'une rénovation intérieure et extérieure d'envergure. Sur les 68 chambres, 64 sont individuelles et 4 sont doubles. Les chambres, dont certaines sont petites (17 m²), disposent d'une salle de bain avec douche même si certaines ne sont pas suffisamment accessibles.

b) L'EHPAD Montesquieu.

Inauguré en juin 1991, le nouveau centre de gérontologie clinique a remplacé la fondation Martell construite à la fin du 19^{ème} siècle et qui avait été primitivement réalisée pour un

orphelinat. Au fil des ans, cet établissement s'est transformé en hospice puis en maison de retraite. La rénovation de ces bâtiments, devenus vétustes, s'est concrétisée par une reconstruction sur un terrain connexe qui a vu le jour en 1991.

Dans un premier temps le rez-de-chaussée accueillait les lits de médecine gériatrique. A la suite d'une reconstitution des activités en 2009, les lits d'EHPAD ont été positionnés au rez-de-chaussée, et les lits d'USLD à l'étage, l'ensemble constituant le centre de gérontologie clinique. Le bâtiment accueille également en journée les 14 places du PASA. L'établissement dispose d'une autorisation d'EHPAD pour 37 lits incluse dans celle du CHIPC.

L'architecture et la configuration actuelle du bâtiment sont marquées par sa vocation initiale de lieu de soin. La reconversion du bâtiment en lieu de vie se heurte à des contraintes liées à sa configuration initiale. Ainsi, les déplacements sont longs, les lieux de vies sont éloignés des chambres et non adaptés à la population accueillie, en particulier pour l'accueil des résidents les plus dépendants (GIR 1 à 3). Les chambres, qui sont individuelles à l'exception de 4 chambres doubles de taille insuffisante, sont équipées d'un cabinet de toilette mais il n'y a pas de douche individuelle.

Les conditions de vie des résidents et de travail des professionnels sont par conséquent assez éloignées des standards attendus pour un lieu de vie. Le bâtiment a également besoin d'une importante rénovation intérieure et extérieure.

En termes d'implantation, le Centre de Gérontologie ne bénéficie pas des mêmes possibilités liées au secteur urbain que l'EHPAD Guy Gautier. Le bâtiment se situe loin des commerces et au centre de l'ancien hôpital qui n'est plus occupé. Le rapport d'évaluation externe de 2014 relève ainsi que « *le bâtiment donne l'impression d'être loin de tout et en dehors de la ville* ».

B) Des résidents aux besoins et aux parcours différents.

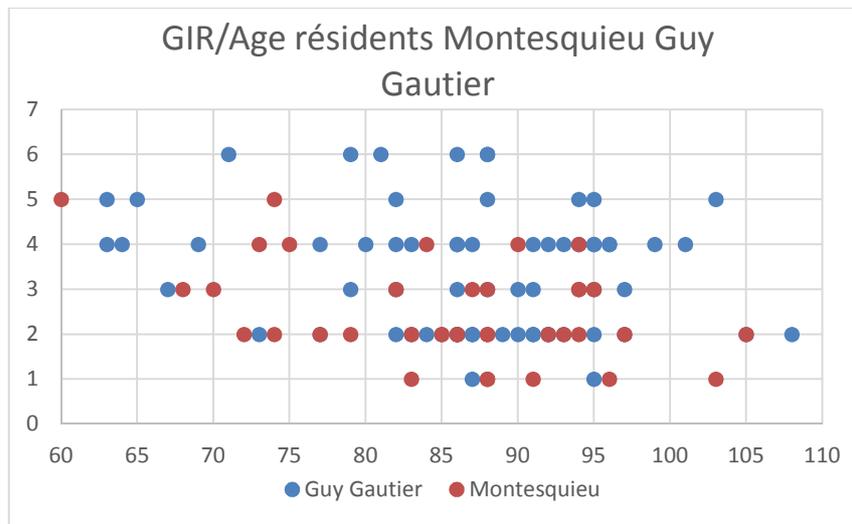
a) Des résidents plus dépendants sur l'EHPAD Montesquieu¹⁴.

Le graphique ci-dessous, qui présente en abscisse l'âge des résidents et en ordonnée leur GIR, met en évidence les différences de profil des résidents accueillis sur chaque structure.

Si la moyenne d'âge relevée sur chaque structure ne présente pas d'écart significatif (85,5 ans sur l'EHPAD Montesquieu et 86,8 sur l'EHPAD Guy Gautier) et se situe dans la moyenne nationale, il en est tout autrement en ce qui concerne la dépendance.

Fin 2016, le GMP de l'EHPAD Guy Gautier était en effet de 556 (entre GIR 3 et 4), alors qu'il était de 742 (entre GIR 2 et 3) sur l'EHPAD Montesquieu.

¹⁴ Voir en annexe 3 des données complémentaires concernant la dépendance des usagers.



L'évolution du GMP au cours des dernières années est en augmentation lente mais constante sur l'EHPAD Guy Gautier (446 en 2009) et sur l'EHPAD Montesquieu, où un pic à 830 en avait été atteint en 2015. Ces niveaux de dépendance sont à mettre en parallèle avec les moyennes relevées par la DREES¹⁵. Ainsi les deux établissements se situent aux extrêmes de la fourchette de dépendance des EHPAD, l'EHPAD Guy Gautier étant plus proche d'un EHPA et celui de Montesquieu d'une USLD.

D'autre part, l'EHPAD Guy Gautier accueille des résidents ayant un GIR de 1 à 6, alors que l'EHPAD Montesquieu accueille essentiellement des résidents ayant un GIR de 1 à 4. La situation sanitaire des résidents des deux établissements met également en évidence que les résidents de l'EHPAD Montesquieu sont plus majoritairement atteints de pathologies lourdes et parfois multiples, telles que des syndromes dépressifs, des troubles psychiques, des maladies de Parkinson ou d'Alzheimer, ou de pathologies fonctionnelles, que ceux de l'EHPAD Guy Gautier.

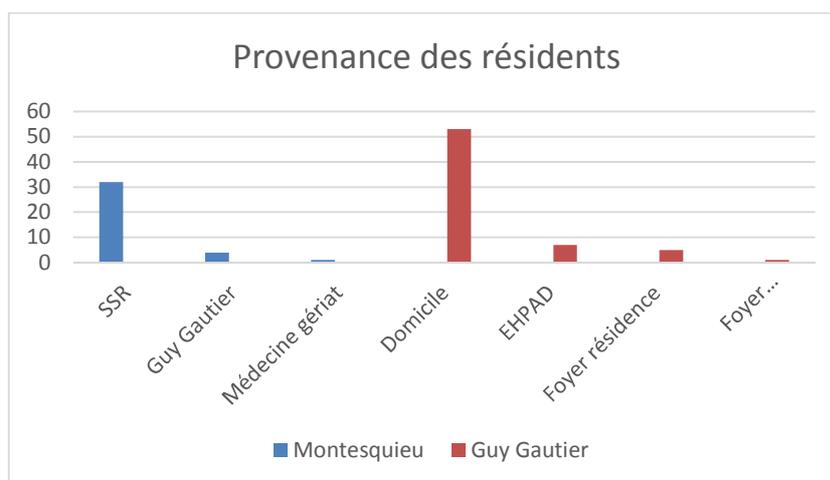
b) Des usagers aux parcours différents.

L'origine démographique des résidents situe bien la mission de proximité des deux établissements. Sur les deux structures, plus de la moitié des résidents sont originaires de Cognac et près des trois-quarts sont originaires de la communauté de communes. L'autre origine significative est le département de la Charente Maritime, la ville de Cognac étant limitrophe de ce département. Les résidents accueillis en provenance d'autres régions sont accueillis dans le cadre d'un rapprochement familial.

En revanche, le graphique ci-dessous met en évidence les parcours « amont » différents des résidents accueillis sur les deux structures. Si les résidents accueillis à l'EHPAD Guy Gautier viennent exclusivement d'un lieu de vie « ordinaire » (domicile ou établissement),

¹⁵DREES, juillet 2017, *Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015*, Etudes et résultats n°1015, Paris, 8 p, et DRESS n°877, février 2014, *L'offre en EHPAD en 2011*. GMP moyens : EHPA 402, EHPAD 696, USLD 849.

ceux accueillis à l'EHPAD Montesquieu ont suivi une filière « sanitaire » et intègrent l'établissement après un séjour hospitalier.



Il est également important de noter que si aucune personne n'est actuellement inscrite en liste d'attente pour une admission à l'EHPAD Guy Gautier, 13 personnes sont inscrites sur la liste d'attente de l'EHPAD Montesquieu et sont pour la plupart maintenues dans un service hospitalier ou hospitalisées à domicile.

L'analyse du profil des personnes accueillies sur les deux structures met donc clairement en évidence un public plus dépendant et nécessitant des soins renforcés sur l'EHPAD Montesquieu.

C) Les modalités de fonctionnement propres à chaque structure.

a) *L'architecture et le quotidien.*

La répartition des résidents sur chaque structure, est effectuée de manière hétérogène, en fonction des places disponibles et non en fonction du degré de dépendance.

Toutefois, sur l'EHPAD Guy Gautier, les chambres du rez-de-chaussée sont attribuées si possible aux résidents qui demandent plus de surveillance ou qui sont moins autonomes.

Sur chaque structure, les résidents ont la possibilité de personnaliser leur chambre en apportant des petits meubles ou objets personnels et de les décorer. L'équipement des chambres répond de manière individualisée au besoin de la personne accueillie (lits médicalisés, matériel médical...). Chaque logement est équipé d'un téléphone avec accès extérieur direct et d'une prise de télévision et chaque personne accueillie a libre accès à tout moment de la journée à sa chambre et aux lieux collectifs.

Concernant la restauration, les repas sont préparés par la ville de Cognac, livrés sur le principe de la liaison froide et remis en température sur les deux sites.

La distribution des repas est en revanche organisée de manière différente. Sur l'EHPAD Montesquieu le petit déjeuner est servi en chambre et le déjeuner et le dîner sont servis prioritairement en salle à manger, selon le choix du résident. A l'EHPAD Guy Gautier le petit déjeuner et les deux repas sont servis en salle à manger, en un seul service, au

même horaire pour tout le monde avec des places déterminées pour chacun. Cette organisation plus souple sur le site de Montesquieu satisfait davantage les professionnels et les résidents que sur celui de Guy Gautier.

b) Accueil, déploiement des outils de la loi de 2002.

L'établissement disposait de deux projets d'établissement spécifiques pour chacun des deux EHPAD, élaborés pour la période de 2009 à 2013. Le projet de vie des deux EHPAD qui s'intégrera dans le projet global du CHIPC est actuellement en cours de réécriture.

L'information préalable et l'accueil sont davantage développés sur l'EHPAD Guy Gautier, qui dispose d'un livret d'accueil spécifique et a mis en place une procédure permettant de recueillir les attentes de l'usager, de l'aider à la prise de repères et d'évaluer ses besoins de soins. Sur l'EHPAD Montesquieu, l'intégration du résident est moins travaillée en amont, ce qui est lié au parcours des résidents. Une procédure d'évaluation de l'autonomie du résident est en place mais il n'y a pas de livret d'accueil spécifique et c'est celui de l'hôpital qui est remis à l'usager.

Sur chaque structure, un contrat de séjour est élaboré lors de l'admission. En revanche, les projets personnalisés sont en cours d'élaboration par une équipe pluridisciplinaire (référént, psychomotricien, Infirmière Diplômée d'Etat (IDE), médecin).

De manière générale, les besoins et attentes des résidents sont recueillis à travers les échanges avec les professionnels soignants, et également par les observations croisées de l'ensemble des professionnels. Les résidents les plus autonomes sont régulièrement sollicités pour exprimer leurs souhaits en termes d'activités et de vie quotidienne.

Les deux établissements ont procédé à une évaluation interne en 2013 et ont fait l'objet d'une évaluation externe fin 2014. Ces évaluations ont donné lieu à un plan d'action, suivi régulièrement par un comité de pilotage.

c) Animation, activités.

Le projet d'animation est réellement utilisé comme base de travail sur la structure Guy Gautier mais pas suffisamment sur celle de Montesquieu. Chaque structure dispose d'une animatrice, à mi-temps sur le site de Montesquieu et à temps plein sur celui de Guy Gautier.

L'implantation et l'environnement de l'EHPAD Guy Gautier offrent plus de possibilité en matière d'utilisation des espaces extérieurs que celui de Montesquieu. L'établissement facilite les sorties individuelles permettant aux résidents de poursuivre des activités antérieures à leur entrée en EHPAD et il a établi des partenariats avec des structures sociales, culturelles... pour mieux répondre aux besoins et attentes des résidents.

Dans le cadre de son projet d'animation, l'EHPAD propose régulièrement des activités : atelier-mémoire, jeux de société, activités d'expression manuelle, gymnastique douce...qui se déroulent souvent en lien avec des associations et des partenaires.

Les relations avec le voisinage font l'objet d'une attention particulière de la part de l'établissement au travers d'invitations à des journées portes-ouvertes même si l'établissement entretient peu de relations avec la résidence autonomie « Alain de Raimond » avec laquelle il partage le parc arboré.

Sur l'EHPAD Montesquieu, même si un projet d'animation est en place, avec des activités individuelles et collectives et l'intervention de prestataires extérieurs, la participation des résidents à la vie de la structure est limitée par la dépendance des résidents.

d) *Accès aux soins.*

Les modalités d'accès aux soins sont l'un des points qui différencie le plus le fonctionnement de chaque structure. Alors que sur l'EHPAD Guy Gautier, qui dispose de peu de compétences médicales ou paramédicales, le recours aux soins est comparable à celui d'un lieu de vie ordinaire, sur l'EHPAD Montesquieu, dont l'équipe est plus « sanitaire », le recours aux soins s'appuie davantage sur les services hospitaliers.

Sur l'EHPAD Guy Gautier, ce mode de fonctionnement engendre des difficultés de coordination avec les intervenants extérieurs, et de partage des informations critiques.

Pour le recours au médecin, les résidents de Guy Gautier font appel au médecin libéral de leur choix et le médecin coordonnateur (0,2 Equivalent Temps Plein (ETP)) n'est pas leur médecin référent. L'intervention des médecins libéraux reste délicate car ils ne répondent pas toujours aux sollicitations des résidents ou de l'équipe mais également car ils ne saisissent pas tous les prescriptions sur le logiciel de la pharmacie hospitalière ce qui retarde la mise à disposition des traitements pour les résidents.

Sur la structure de Montesquieu, les résidents sont suivis par un médecin hospitalier qui "tourne" tous les 6 mois et assure à la fois le suivi médical de l'EHPAD et de l'USLD accolée. Ces médecins utilisent directement le logiciel pour saisir leurs ordonnances et tous les comptes rendus médicaux. Un médecin gériatre est également présent sur site tous les jours pour assurer le suivi des résidents pour lesquels cela est nécessaire.

Le recours aux urgences est également traité de manière différente sur les deux sites. A l'EHPAD Guy Gautier, lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, il est fait appel au SAMU ou aux pompiers, alors qu'à l'EHPAD Montesquieu les urgences sont assurées par l'hôpital lorsque le service est actif. Les conditions de retour d'hospitalisation sont par conséquent plus délicates à l'EHPAD Guy Gautier que sur celui de Montesquieu dont les services sont plus proches de l'équipe et mieux coordonnés.

La réalisation des soins infirmiers est également effectuée de manière différente. A l'EHPAD Guy Gautier, les résidents se rendent à l'infirmierie pour y recevoir les soins tandis qu'à l'EHPAD Montesquieu ils sont effectués dans les chambres des résidents. Les médicaments sont préparés par l'IDE, distribués dans les mêmes conditions. Le circuit du

médicament est un atout de l'établissement qui dispose d'une pharmacie à usage unique (PUI).

L'équipe de soins bénéficie d'une réunion de synthèse dans laquelle sont évoquées les questions institutionnelles. Des transmissions orales ont lieu à chaque changement d'équipe le soir et le matin.

En ce qui concerne l'accompagnement en fin de vie, cette dimension semble mieux appréhendée par les équipes de l'EHPAD Montesquieu, que cela concerne le résident, les professionnels ou les proches. Sur l'EHPAD Guy Gautier, l'équipe invoque la charge de travail qui ne permet pas de prodiguer un accompagnement à la fin de vie correct.

D) Une même direction, deux équipes.

Depuis le rapprochement des deux structures, amorcé en 2013 lors du renouvellement de la CTP, l'équipe de direction du pôle gériatrique est constituée d'un directeur, également directeur financier de l'hôpital, relayé par un cadre sur Guy Gautier et par un cadre de santé à mi-temps sur Montesquieu et à mi-temps sur l'USLD.

Les deux équipes fonctionnent à ce jour de manière hermétique en raison de leur éloignement géographique, de la nature de leurs projets et de la culture de chaque structure. La mobilité interne est faible et seuls deux salariés actuellement sur l'EHPAD de Montesquieu viennent de l'EHPAD Guy Gautier. Ce manque de mobilité interne s'explique également par la rotation des équipes qui sont assez peu expérimentées. Un pool commun de quatre personnes intervient cependant sur les deux structures.

a) *Une équipe renforcée à forte connotation sanitaire sur l'EHPAD Montesquieu.*

L'EHPAD Guy Gautier dispose d'une équipe pluridisciplinaire de 30,6 ETP. L'essentiel de l'équipe est constitué d'Aides-soignantes (AS) et d'Agents Soignants Hospitaliers (ASH) (20,25 ETP) qui interviennent de jour et de nuit. L'équipe comporte également deux IDE, des paramédicaux à temps partiel et un temps de médecin coordinateur pour faciliter l'accès aux soins.

Le taux d'encadrement global¹⁶ est de 0,47 pour l'EHPAD ce qui le situe l'établissement en-deçà des moyennes nationales¹⁷ qui sont de 0.66. Cependant, ce taux d'encadrement s'explique par la mutualisation des postes de direction et de services généraux à l'échelle de l'hôpital comme le montre la ventilation de ces effectifs par familles professionnelles¹⁸.

¹⁶ Le taux d'encadrement est calculé en rapportant le nombre d'ETP de chaque structure à sa capacité d'accueil installée. Cet indicateur permet de mesurer le niveau d'encadrement par profil de personnel.

¹⁷ DREES., 2011, *Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées*, tableau P1. Répartition du personnel selon la fonction principale exercée, par catégorie d'établissement.

¹⁸ Voir en annexe 4 le profil des effectifs salariés des deux structures.

Le taux d'encadrement paramédical (0,24) est tout à fait identique aux moyennes nationales et seul le volet éducatif et d'animation est très faible avec un seul poste d'animateur. Néanmoins, un besoin en personnel IDE est sensible sur Guy Gautier où pour réussir à effectuer tous les soins, les infirmières doivent s'organiser en imposant certaines « règles » aux résidents, comme par exemple les soins obligatoires dans la salle de soins...

L'équipe pluridisciplinaire de la structure Montesquieu, se compose pour sa part de 24.9 ETP. Son taux d'encadrement est donc plus élevé et s'élève à 0.69 ce qui le situe au-dessus de la moyenne nationale et est justifié par la dépendance des résidents accueillis. Elle se différencie également de celle de l'EHPAD Guy Gautier par sa composition plus sanitaire avec cinq infirmières (pour 4,2 ETP) et un taux d'encadrement paramédical (0,43) deux fois plus élevé. Toutefois, deux de ces postes ne sont pas pourvus et sont affectés sur un autre service de l'hôpital. L'équipe ne comporte pas de temps de médecin coordinateur puisque les résidents sont suivis par les médecins de l'hôpital.

Aucune des deux équipes ne comporte d'Aide Médico Psychologique (AMP) formée, ce qui permettrait de renforcer la dimension médicosociale et de renforcer le volet animation. Dans les deux cas l'effectif médical et paramédical est conforme à ce qui a été déterminé dans la convention tripartite en 2013, sur la base d'un GMP de 542 sur l'EHPAD Guy Gautier et de 680 sur l'EHPAD Montesquieu.

La composition des équipes présentes en continu sur l'établissement pour l'accompagnement des résidents est comparable sur les deux structures, soit environ cinq personnes le matin pour le lever et les toilettes et trois l'après-midi. A noter que compte tenu du niveau de dépendance et des besoins des résidents, j'ai pu constater que les quatre soignants présents le matin sur Guy Gautier réalisent 45 toilettes.

b) Des similitudes et un pilotage commun.

L'équipe de l'EHPAD Guy Gautier, presque exclusivement féminine, a une moyenne d'âge de 46 ans, ce qui en fait une équipe assez âgée par rapport aux moyennes nationales (41 ans), avec notamment 11 salariés de plus de 50 ans. L'équipe est en revanche assez peu expérimentée avec 15 salariés ayant moins de 5 ans d'expérience.

Pour sa part, l'équipe de l'EHPAD Montesquieu, exclusivement féminine, est plus jeune avec une moyenne d'âge de 40.6 ans et moins expérimentée que celle de l'EHPAD Guy Gautier puisque 12 salariés ont moins de 2 ans d'expérience et 3 ont plus de 8 ans.

L'ancienneté moyenne des deux équipes est faible et reste comparable (5,8 ans et 6 ans), mais repose sur une répartition différente avec 3 salariés ayant plus de 25 ans de présence à l'EHPAD Montesquieu.

Les deux structures rencontrent des difficultés pour fidéliser certains professionnels chargés de la prise en charge directe des usagers. Cette difficulté, est rencontrée par de

nombreux établissements au niveau national en raison d'effectifs insuffisants et du manque d'attractivité du secteur.

Afin de maintenir un niveau de qualification élevé pour son équipe de professionnels, le pôle de gériatrie a fait le choix d'une politique de formation ambitieuse et en phase avec ses orientations stratégiques.

Ainsi, au cours des deux dernières années, plus de la moitié des salariés ont pu bénéficier d'une formation, en lien avec l'évolution du public accueilli et les défis auxquels l'établissement doit faire face. Les formations liées à l'accompagnement des personnes en fin de vie, à la bientraitance ou la maladie d'Alzheimer, ont occupé une place centrale.

Les procédures de gestion des ressources humaines sont communes aux deux structures et reposent sur les services supports et les outils en vigueur au sein du CHIPC. Les organigrammes hiérarchiques et fonctionnels sont formalisés et les professionnels disposent d'une fiche de poste et d'entretiens annuels. L'ensemble des salariés des deux structures bénéficient du statut de la fonction publique hospitalière, mais de nombreux salariés sont contractuels, en particulier ceux ayant moins d'un an d'ancienneté.

1.3 Le projet de regroupement à Cognac.

1.3.1 Les objectifs poursuivis et les choix déjà actés.

A) L'origine du projet de regroupement.

a) *La nécessité de réhabiliter le bâti.*

Aujourd'hui, les deux bâtiments des EHPAD Guy Gautier et Montesquieu ne sont plus aux normes et doivent donc faire l'objet d'une réhabilitation lourde. Le premier objectif est donc de pouvoir disposer d'un bâti réhabilité ou reconstruit qui réponde aux normes et permette un accompagnement de qualité.

La mise en accessibilité est un premier chantier indispensable, pour permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder en autonomie à l'ensemble des espaces. L'établissement a déposé son Agenda d'Accessibilité Programmés (Ad'AP) mais le cadre bâti des deux sites n'est pas à ce jour accessible, ce qui ne constitue pas un cas isolé¹⁹.

Sur le site de Montesquieu, le bâtiment a été conçu pour une activité sanitaire et est désormais peu adapté pour une activité d'EHPAD et d'USLD. Cela se traduit concrètement par l'incapacité des résidents à accéder seuls aux salles de bain, ce qui renforce leur sentiment de dépendance, ne participe pas au maintien de leur autonomie et mobilise les équipes pour les accompagner lors de ces actes. Les longs déplacements

¹⁹ Une étude récente, disponible sur le site hospimédia.fr a montré que plus de la moitié des EHPAD publics n'avaient entrepris aucune démarche en matière d'accessibilité fin 2015.

sollicitent fortement les résidents et en découragent certains de s'impliquer dans la vie sociale ce qui les conduit à une forme d'isolement.

D'autre part la présence de chambres doubles sur les deux sites, l'absence de salles de bains à l'EHPAD Montesquieu, l'aménagement de certains espaces comme ceux dédiés aux repas, ne correspondent plus aux standards actuels.

Sur les deux sites, la superficie des chambres, de l'ordre 17 m² ne correspond plus aux standards pour un lieu de vie et limite la possibilité de personnaliser les lieux.

Enfin, certains investissements lourds ont été différés dans l'attente du devenir des deux sites (façades, toitures, chaudières...).

b) La recherche d'économies d'échelles

Le deuxième objectif poursuivi est lié à la recherche d'économies d'échelle. Les tensions budgétaires, qui ont des répercussions à la fois sur les gestionnaires et sur la participation des usagers, conduisent les établissements à rechercher des mutualisations.

Si un premier pas vers le rapprochement des deux structures a été réalisé lors du renouvellement de la CTP en 2013, cela ne s'est pas encore traduit par des mutualisations significatives. Le rapprochement des deux structures permettrait de réaliser des économies sur l'entretien du bâti et les contrats de maintenance (chaudière), sur les investissements (cuisine), mais surtout le fonctionnement courant.

Ainsi, les bâtiments actuels, sur lesquels les derniers réaménagements lourds ont été réalisés il y a plus de vingt ans, ne présentent pas un niveau de performance énergétique satisfaisant. Dans le fonctionnement courant, le regroupement permettrait de limiter les transports et les déplacements entre les deux sites, notamment pour les usagers du PASA de l'EHPAD Guy Gautier qui se déplacent quotidiennement sur l'EHPAD Montesquieu, ainsi que pour les professionnels paramédicaux qui interviennent sur les deux sites.

Cela pourrait enfin permettre de mutualiser certains postes, notamment ceux de la restauration, mais également les équipes de nuit qui assurent actuellement une présence à deux sur chaque site.

c) Une opportunité de faire évoluer l'offre et de favoriser l'inclusion.

Si l'amélioration du cadre de vie et la qualité des prestations logistiques auront un impact favorable sur la qualité de vie des résidents, ce projet doit bien évidemment être saisi comme une opportunité permettant de faire évoluer l'offre d'accompagnement.

Les espaces actuels étant saturés et les deux sites n'ayant aucune marge de manœuvre foncière pour faire évoluer leur offre, la perspective d'une reconstruction et d'un regroupement doit intégrer une réflexion sur l'organisation et l'aménagement des espaces et la répartition des résidents.

L'objectif est en effet de profiter de cette réorganisation, à capacité constante, pour évoluer vers une offre plus modulaire, d'envisager une répartition différente et la possibilité de « fermer », si besoin, deux unités.

Les résidents se voient actuellement attribuer une chambre en fonction de sa disponibilité, sans qu'une réflexion ne soit conduite sur l'opportunité de les regrouper par groupes homogènes ce qui pourrait leur permettre de créer des dynamiques nouvelles.

La création de chambres, au-delà de la capacité d'hébergement permanent, offrirait une marge de manœuvre en la matière. Ce projet est également l'occasion de s'interroger sur l'opportunité de créer de nouveaux services tels que l'accueil temporaire ou l'accueil de jour et de se doter d'espaces qui permettraient de favoriser la participation des familles et plus généralement la vie sociale des résidents.

Enfin, nous avons vu que la localisation de l'EHPAD Montesquieu ne favorise pas l'inclusion des résidents et leur accès aux dispositifs « ordinaires ». Par conséquent la localisation du futur établissement devrait être plus propice à une participation à la vie de la cité et au développement de relations de voisinage.

B) Les choix retenus et les démarches engagées.

a) *L'implantation du futur établissement.*

Les choix validés à ce jour concernant ce futur projet concernent essentiellement son périmètre et son lieu d'implantation. Il a d'ores et déjà été acté que le lieu d'implantation pour ce futur regroupement se situerait sur le site de l'EHPAD « Guy Gautier » et que le périmètre de ce regroupement concernerait aussi bien les 105 places des deux EHPAD que les 37 places d'USLD.

L'objectif est en effet de libérer le site de l'actuel centre de gérontologie et de regrouper l'ensemble de l'activité EHPAD de l'agglomération de Cognac sur un même site afin de favoriser le parcours des usagers entre les deux dispositifs et de mutualiser les moyens.

Le site de Guy Gautier site répond en effet au cahier des charges en matière d'inclusion des résidents, compte-tenu de sa localisation en cœur de ville. Il dispose d'autre part d'un environnement très agréable, le bâtiment historique ayant un certain cachet et disposant d'un grand parc arboré qui permet aux résidents de profiter des espaces extérieurs.

Ce site dispose également d'une capacité foncière importante qui permettrait de localiser l'ensemble de ces activités sur l'emprise actuelle sans dénaturer le parc arboré.

Le fait qu'une part importante de l'activité se situe sur ce site a également été un élément de la prise de décision, à la fois pour éviter le déracinement des résidents qui y séjournent mais également pour faciliter la gestion du projet.

Enfin, la proximité des deux dispositifs pour personnes âgées de la ville de Cognac, la résidence autonomie « Alain de Raimond » et le dispositif « Cep Âge », qui accueille les

personnes de 55 ans et plus et leur propose différentes activités et animations, ouvre de nouvelles perspectives en termes de parcours de vie des résidents.

b) Les contours du projet.

La décision de regroupement des deux entités est donc actée et il est prévu que le projet soit réalisé d'ici 2021. Cette opération d'une durée de 52 mois dont 34 mois de travaux sera effectuée en deux phases de travaux : la construction du nouveau bâtiment (3 590 m²) permettant de déménager les résidents installés dans l'EHPAD Guy Gautier, puis la restructuration de l'EHPAD Guy Gautier (4 145 m²) pour y installer les résidents de l'EHPAD Montesquieu et de l'USLD.

Cette opération d'un montant global de 13 592 k€ prévoit la construction d'un bâtiment et la restructuration de l'EHPAD Guy Gautier. Des démarches ont été entreprises auprès du bailleur pour l'achat du site de Guy Gautier et celui du Centre de Gérontologie serait vendu une fois le projet réalisé.

Le financement se fait par autofinancement, par subventions (CNSA, Département de la Charente, Caisses de retraites complémentaires) et par emprunts. Deux demandes de subventions (d'un montant de 714 000 € chacune) ont été adressées à la CNSA, dans le cadre du Plan d'Aide à l'Investissement (PAI) et au Conseil départemental.

Une définition des contours du projet a été réalisée pour la phase d'élaboration du budget et va se poursuivre avec l'élaboration d'un programme technique détaillé en vue de l'organisation d'un concours d'architecture pour le choix du maître d'œuvre.

Ce projet permettra de proposer des chambres individuelles d'une surface d'environ 20 m² avec une salle d'eau privative pour chaque chambre. Il permettra également de satisfaire aux normes de mise en accessibilité pour les personnes handicapées des deux établissements ainsi qu'à celles relatives aux performances énergétiques.

1.3.2 Les équipes et le projet.

En tant que directrice des deux EHPAD, j'ai proposé à la direction du pôle de gérontologie un questionnaire destiné aux salariés afin d'une part de recueillir leur avis sur le fonctionnement actuel des deux structures, mais également pour pouvoir prendre en compte leurs attentes pour l'écriture du projet de vie du futur EHPAD suite au regroupement sur un seul site²⁰.

Cette démarche, qui a reçu un accueil favorable, me semblait en effet essentielle afin d'identifier les points d'appui et les points qui mériteraient un accompagnement particulier dans le cadre de la conduite du changement.

²⁰ Voir en annexe 5 et 6 un extrait du questionnaire proposé et des retours des équipes.

Les thématiques retenues portaient sur l'accueil des résidents, l'organisation du cadre de vie et la vie sociale, l'accès aux soins et les attentes vis-à-vis du futur projet. Les principaux enseignements que l'on peut tirer de ce questionnaire, auquel ont répondu 37 salariés, permettront de nourrir la démarche de conduite du changement dans le cadre du plan d'action. A ce stade, les deux équipes n'ont reçu qu'une information générale sur le futur projet et n'ont pas été sollicitées ou associées à son élaboration.

A) Une perception contrastée du fonctionnement actuel des deux structures.

Paradoxalement, alors que l'on peut considérer, au regard du diagnostic, que l'équipe de l'EHPAD Guy Gautier a un profil plus « médicosocial », que l'établissement est mieux localisé, plus inclusif et plus proche d'un lieu de vie, c'est au sein de cette équipe que le niveau de satisfaction est le moins élevé pour ce qui relève de l'accueil des résidents, de l'organisation du cadre de vie et de la vie sociale.

Le regard porté sur le recueil des habitudes de vie de l'utilisateur et l'aide à la prise de repères est ainsi plus positif sur l'EHPAD Montesquieu. Toutefois, la co construction du projet en équipe ne satisfait que la moitié des salariés de chaque structure et devra être travaillée dans l'élaboration du futur projet de vie.

Pour ce qui est de l'organisation de la vie quotidienne, les deux équipes sont satisfaites de ce qui a trait au respect de l'intimité, à la prise en compte de la vie intime et affective et au juste équilibre entre obligation de sécurité et liberté des résidents.

En ce qui concerne l'organisation du lever, du coucher et les repas, la perception est différente et liée à l'organisation en place sur chaque structure, l'EHPAD Guy Gautier ayant fixé des règles moins souples mais bénéficiant d'espaces collectifs plus adaptés.

Enfin, pour ce qui est de l'utilisation des espaces extérieurs, du volet animation et de l'inclusion dans la cité, les équipes de l'EHPAD Guy Gautier sont bien moins satisfaites que celles de l'EHPAD Montesquieu.

Or, j'ai pu constater que ces aspects étaient bien moins développés sur l'EHPAD Montesquieu. J'explique cette perception inverse par le fait que l'équipe de l'EHPAD Guy Gautier a sans doute plus d'attentes en la matière, en raison de sa culture professionnelle, parce qu'elle accompagne un public plus autonome et qu'elle a le sentiment de ne pas exploiter toutes les possibilités en la matière. A l'opposé, l'équipe de l'EHPAD Montesquieu, plus focalisée sur le soin de résidents moins autonomes et participant moins aux activités de l'établissement, se satisfait de l'existant.

B) Des points d'appui pour donner du sens au projet auprès des deux équipes.

Les avis des deux équipes convergent sur quatre thématiques qui seront des points d'appui pour donner du sens au projet de regroupement sur un site unique.

Elles y voient tout d'abord très majoritairement l'opportunité d'accueillir d'autres publics à la fois plus autonomes et plus dépendants. Aucun des deux sites n'est en effet configuré

à l'heure actuelle pour l'accueil de résidents très dépendants, le site de Montesquieu en raison de la configuration architecturale et de l'accessibilité, la structure Guy Gautier en raison des difficultés identifiées pour l'accès aux soins. L'accueil de résidents plus autonomes ne correspond pas non plus au projet actuel de l'EHPAD Montesquieu appelé par les équipes médicales « EHPAD lourd ». Or, comme nous l'avons vu²¹, chaque structure accueille des résidents moins âgés et autonomes (GIR 4 et 5 de moins de 70 ans) et plus âgés et dépendants (GIR 1 et 2 et plus de 100 ans). Cet élément peut constituer un point d'appui pour inscrire le futur EHPAD dans une logique de parcours.

Les deux équipes voient dans le projet de regroupement une opportunité d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents et considèrent que c'est un enjeu important du futur projet. Cette dimension est essentielle pour donner du sens au projet et faciliter l'adhésion des équipes et la conduite du changement. Il sera donc d'autant plus nécessaire de les impliquer dans la co-construction du futur projet de vie.

Sans surprise, les deux équipes voient dans le projet de regroupement une opportunité d'améliorer les conditions d'accueil et de travail et considèrent que c'est un enjeu important du futur projet. Il sera d'autant plus important de les associer à la finalisation du programme du futur projet immobilier.

Enfin, les deux équipes voient dans ce projet une possibilité d'ouvrir l'établissement et de favoriser l'inclusion dans la cité, point qu'elles jugent perfectible, même si l'équipe du site Montesquieu en fait moins une priorité. Cette appréciation servira de point d'appui pour justifier la relocalisation sur le site de l'EHPAD Guy Gautier.

C) Des attentes particulières de l'équipe de Guy Gautier.

L'équipe de l'EHPAD Guy Gautier a très majoritairement exprimé des attentes particulières liées à ce projet de regroupement, qui concernent l'accès aux soins et l'accompagnement à la fin de vie.

L'équipe est unanime pour considérer que l'amélioration de l'accès aux soins est un enjeu prioritaire du futur projet et que la situation actuelle n'est pas satisfaisante. Ainsi, la coordination avec les intervenants extérieurs, le partage des informations critiques et les conditions de retour d'hospitalisation font partie des points à améliorer, selon l'équipe. Cette appréciation doit être croisée avec le diagnostic qui a montré une organisation de l'accès aux soins très différente, basée sur une forte proximité avec les services de l'hôpital d'un côté et sur l'intervention de libéraux et de services extérieurs de l'autre.

L'accompagnement en fin de vie est également un point à améliorer pour l'équipe de l'EHPAD Guy Gautier, que cela concerne le résident, les professionnels ou les proches. La charge de travail trop lourde qui ne permet pas de prodiguer un accompagnement à la

²¹ cf. 1.2.2.B.a

fin de vie correct est invoquée par l'équipe. Pourtant les deux équipes ont bénéficié de formations régulières sur ce sujet, mais peut-être que là aussi le profil de l'équipe de l'EHPAD Montesquieu lui permet de mieux appréhender ces situations.

D) Un point particulier à accompagner pour l'équipe de Montesquieu.

L'opportunité et l'intérêt d'harmoniser les pratiques professionnelles à l'occasion de ce regroupement est un point qui divise les équipes. Si ce point fait consensus pour les salariés de la structure Guy Gautier qui le souhaitent et le considèrent comme prioritaire, ceux de l'EHPAD Montesquieu n'y sont pas favorables et y voient peu d'intérêt.

Certains commentaires montrent qu'ils estiment que cela n'est pas possible en raison de la différence de population accueillie et de pratiques différentes. La perspective d'accueillir un public à la fois plus et moins dépendant, permettrait sans doute de surmonter cette réticence, qui touche à l'identité professionnelle et qui devra être accompagnée en priorité dans le cadre de la conduite du changement.

1.4 Synthèse du diagnostic.

Le territoire de la Charente et plus particulièrement le Cognaçais est marqué par des besoins importants en matière d'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Les dynamiques démographiques montrent que ces besoins vont s'accroître au cours des prochaines années, sur un territoire marqué par une faible densité des professionnels de santé et une grande précarité sociale. Dans ce cadre, l'offre en EHPAD médicalisé à tarif maîtrisé, conserve toute sa pertinence pour des personnes dépendantes ne pouvant être maintenues à domicile.

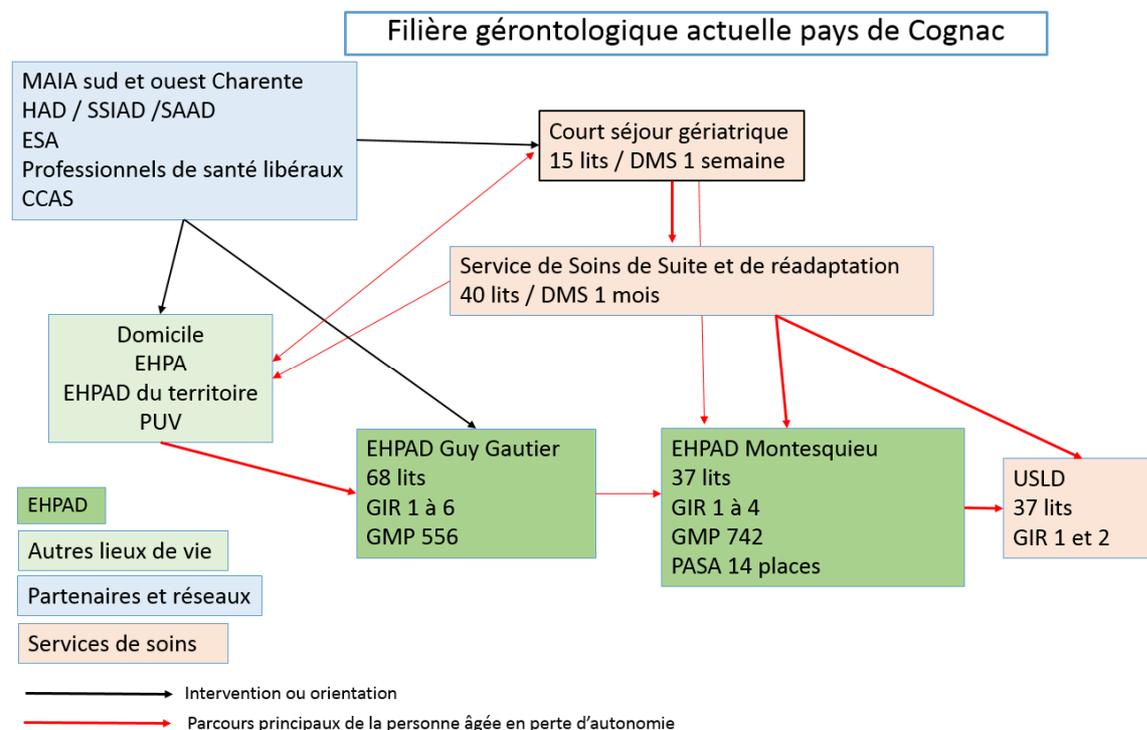
Le territoire dispose d'une riche palette de dispositifs sanitaires et médicosociaux, à la fois orientés vers le maintien à domicile et proposant une gamme de lieux de vie en institution permettant de répondre à l'évolution des besoins de la personne âgée.

L'ensemble de ces dispositifs permettent de construire une logique de parcours, mais le manque de coordination, en dépit du rôle clé de la MAIA, les cantonne encore souvent dans une logique institutionnelle isolée.

Les politiques publiques se sont d'ailleurs fixées pour objectif de renforcer les dispositifs de coordination et de décloisonner les pratiques et les approches professionnelles. La priorité va clairement au maintien à domicile, la création de places d'EHPAD n'est pas à l'ordre du jour et le volet qualitatif prime désormais sur la création de nouvelles places. Ce volet qualitatif représente une opportunité pour le projet de regroupement sur un seul site, car il recouvre à la fois l'aide à l'amélioration du bâti, le déploiement des RBPP et l'amélioration des conditions de travail des professionnels.

Le CHIPC est un acteur clé du territoire pour l'accompagnement des personnes âgées, tant pour son offre gérontologique que pour son expertise gériatrique. Il dispose d'une

palette de services complémentaires, non articulés en filière et fonctionnant encore trop de manière institutionnelle, sans s'inscrire dans une logique de parcours sur le territoire. Les EHPAD Guy Gautier et Montesquieu ont des positionnements très différents : un public accueilli, très hétérogène mais n'ayant ni le même niveau de dépendance ni les mêmes parcours et des professionnels ayant une approche et des modes de fonctionnement différents, notamment pour l'accès aux soins.



Le regroupement des deux EHPAD sur un seul site, qui est acté et sera effectif en 2021, constitue une opportunité à bien des égards. Il pourrait permettre d'améliorer les conditions de vie des résidents et de mieux accompagner les plus dépendants, notamment grâce à un bâti adapté et à l'amélioration de l'accès aux soins, tout en leur proposant un environnement plus inclusif.

Ce projet s'inscrit donc dans le cadre des politiques publiques et doit permettre de mieux répondre aux besoins du territoire. Pour cela, le futur établissement devra s'inscrire dans une logique de parcours en choisissant un positionnement complémentaire, lisible et assumé, qui s'intègre dans l'offre de services du territoire.

La réussite de ce futur projet passe en partie par l'adhésion des deux équipes pluridisciplinaires. Chacune d'elle a des atouts et est prête à s'engager, pour peu que le sens donné au projet soit lisible et vise une amélioration de l'accompagnement et des conditions dans lesquelles elles exercent leur activité.

2 Le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie : un concept clé pour donner du sens au repositionnement de l'EHPAD public hospitalier.

Avant de développer les axes permettant de repositionner le futur EHPAD au sein de la filière gérontologique du territoire, il m'apparaît nécessaire de développer le concept de parcours de vie de la personne âgée en perte d'autonomie qui donne un sens à ce projet de regroupement sur un seul site.

Afin d'explorer ce concept, il me semble tout d'abord important de partir de la personne elle-même, notamment en précisant ses besoins et ses attentes et en montrant que leur évolution est au cœur même de cette notion de parcours. Mais raisonner en termes de parcours, c'est aussi faire l'état des lieux des solutions existantes, comprendre leur construction liée à l'évolution des politiques publiques, mettre en évidence leur articulation et montrer en quoi leur cloisonnement, leur redondance ou leur manque de lisibilité, restent encore des obstacles à cette approche. Cet état des lieux permettra de mieux appréhender la logique de parcours sur un territoire et d'envisager le positionnement adéquat de l'EHPAD public hospitalier. Enfin, je montrerai que l'inscription dans cette logique ne va pas de soi et mérite d'être accompagnée, notamment auprès des équipes qui sont parfois repliées sur leurs cultures professionnelles, sanitaires ou médicosociales.

2.1 La personne âgée, ses besoins et attentes.

2.1.1 Vieillesse, vieillissement, avancée en âge, autonomie et dépendance.

De quoi parle-t-on lorsqu'on évoque le vieillissement, la perte d'autonomie ou la dépendance ? Ces termes sont parfois utilisés de manière confuse et sont à la base de la notion de parcours, c'est pourquoi il me paraît important d'en préciser le sens.

A) La vieillesse.

La vieillesse est un âge relatif selon les époques. Les individus ne sont pas « vieux » aujourd'hui à 60 ou 65 ans comme il y a un siècle, ainsi que l'a très bien montré Patrice Bourdelais²². L'âge d'entrée dans la vieillesse évolue au cours du temps et on considère qu'il était de l'ordre de 60 ans pour un homme ou une femme au 19^{ème} siècle alors qu'il se situe aujourd'hui autour de 70 ans pour un homme et 76,5 ans pour une femme.

²² BOURDELAIS P., 1997, *L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Paris, Editions Odile Jacob, 503 p.

La vieillesse s'est considérablement diversifiée. L'augmentation de l'espérance de vie mais aussi l'individualisation des existences ont entraîné une recomposition de la dernière phase de vie. On distingue généralement trois étapes de la vieillesse:

- L'âge où on est âgé sans être vieux, l'âge de la retraite et de la grand-parentalité. Cette phase marque l'amorce d'une nouvelle trajectoire, active et dynamique.
- L'âge de la vieillesse qui démarre au moment où les soucis de santé et le poids des ans limitent le dynamisme de la phase précédente. C'est aussi le moment où la solidarité familiale commence à s'inverser. D'aidants, les personnes âgées deviennent de plus en plus les aidés, avec le sentiment d'une perte d'utilité.
- L'âge de la perte d'autonomie, ou « troisième vieillesse », qui ne concerne pas toutes les personnes, mais dont le risque augmente avec l'âge. Au cours de cette période, le principal défi est de lutter contre la perte de lien. Les contraintes et la dépendance limitent les rapports interpersonnels et les appauvrissent.

B) Le vieillissement et l'avancée en âge.

Le vieillissement²³ se définit par l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il s'agit d'un processus lent, progressif et irréversible qui résulte des facteurs génétiques et environnementaux. Ce processus est également dépendant des événements de vie et des déterminants de santé. C'est pourquoi le vieillissement varie considérablement d'un individu à l'autre. La résultante est une réduction des capacités d'adaptation de l'individu et de manière conséquente, une diminution des performances, quelle que soit la fonction organique.

L'avancée en âge est une notion complémentaire à celle du vieillissement mais elle est moins réductrice et moins stigmatisante. Elle implique une dynamique tout au long de la vie. Elle entraîne des modifications importantes, évolutives et parfois définitives, mais contrairement au vieillissement, ces modifications ne sont pas uniquement négatives. Avec l'avancée en âge, la personne a de nouveaux besoins (aménagement et adaptations des rythmes, prévention, dépistage, soins médicaux, besoins affectifs et d'accompagnement) et de nouvelles aspirations et envies.

C) L'autonomie et la dépendance.

L'autonomie est la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser, en fonction de son jugement. L'autonomie d'une personne relève

²³ CARADEC V., 2008, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Armand Colin, collection « 128 », 127 p.

ainsi à la fois de la capacité et de la liberté. Les termes d'autonomie et de dépendance ne sont pas opposés car l'autonomie se réfère au libre arbitre de la personne alors que la dépendance est définie par le besoin d'aide. Mais ces deux notions se complètent et sont à prendre en compte pour répondre aux besoins de la personne âgée.

La dépendance est caractérisée par un état avancé des limitations physiques fonctionnelles, et est souvent irréversible, même si toute limitation physique fonctionnelle n'entraîne pas une dépendance. Elle est définie comme l'impossibilité de réaliser une ou plusieurs activités de vie quotidienne sans l'aide d'autrui. Elle peut arriver de manière progressive et insidieuse, ou survenir de manière brutale. Elle se situe à l'extrême des déclin fonctionnels, augmente avec l'âge et est associée au risque de mortalité.

2.1.2 Des besoins et attentes qui évoluent avec la dépendance.

Chaque étape du processus de vieillissement et de la perte d'autonomie nécessite une réponse évolutive et adaptée pour répondre aux besoins et attentes de la personne âgée. Pour raisonner en termes de parcours de vie, la prise en compte de l'évolution de ces besoins et attentes est indispensable.

A) Les besoins.

Le besoin est un état d'insatisfaction dû à un sentiment de manque. Il est fondamental et essentiel pour se maintenir en vie et assurer son bien-être.

Les besoins évoluent avec l'âge et selon les circonstances. Ils peuvent être physiques, physiologiques, psychologiques et émotionnels, sociaux et culturels. Si elle est dépendante, la personne âgée ne peut pas accomplir seule les actions appropriées pour satisfaire son ou ses besoins.

La personne âgée, en institution ou à domicile, est une personne fragilisée qui mérite une attention soutenue. Tout accompagnement à la perte d'autonomie vise en premier lieu à couvrir l'ensemble des besoins fondamentaux de la personne âgée.

Les besoins fondamentaux²⁴ ont été décrits par Virginia Henderson (1897-1996), infirmière américaine, et Abraham Maslow (1908-1970), psychologue américain, considéré comme le principal penseur de l'approche humaniste.

Henderson a décrit les 14 besoins fondamentaux propres à l'Homme. Quant à Maslow, il classe les besoins en 5 niveaux à satisfaire pour ce qu'il nommera « l'accomplissement personnel ». Ces niveaux sont représentés sous la forme d'une pyramide des besoins hiérarchisés.

²⁴ PELISSIER J., 2006, « chapitre 4, Réflexions sur les philosophies de soins », in COLLECTIF, *Gérontologie et société*, Paris, Fondation nationale de gérontologie, pp 37-54.

Les deux modèles présentent de nombreuses similitudes, à tel point que, par volonté de simplification et de pédagogie, les 14 points d'Henderson ont souvent été inclus à l'intérieur des 5 niveaux de la « pyramide de Maslow » dont chaque étage correspond à 5 grandes catégories de besoins (de la base au sommet) : besoins physiologiques (de maintien de la vie), besoins de protection et de sécurité, besoins d'amour et d'appartenance, besoins d'estime de soi et de considération, besoin d'actualisation et de réalisation de soi.

Dans la conception de Virginia Henderson, une personne est « en santé » tant qu'elle peut satisfaire seule à ces besoins. Le problème de santé va atteindre cette indépendance et rendre la personne dépendante du professionnel. Le rôle de ce dernier consistera donc à agir (en soignant, aidant...) pour permettre à la personne d'assurer la satisfaction de ses besoins fondamentaux avec le moins de « dépendance » possible.

B) Les attentes.

Les attentes sont des désirs, des envies ou des espoirs que l'on souhaiterait réaliser. Les attentes sont liées à la notion de plaisir. On parle souvent d'attentes chez la personne âgée car elle manque parfois de l'autonomie nécessaire pour réaliser elle-même son envie, et même parfois de la capacité à l'exprimer.

Les attentes ou désirs, contrairement aux besoins, n'ont pas de nécessité naturelle. Les désirs sont liés au plaisir ou au bonheur alors que les besoins sont liés à la satisfaction. Le désir porte sur un objet précis, non substituable, singulier, alors que le besoin peut être satisfait grâce à une réponse générale.

Avoir des désirs permet de se sentir vivant, unique. Les désirs aident à se projeter dans le futur, à se donner un objectif ainsi qu'un avenir.

C) Les besoins et attentes des personnes âgées en perte d'autonomie.

Les attentes recueillies auprès des personnes âgées et de leurs proches par différentes études et enquêtes²⁵, mettent en évidence les principales tendances suivantes.

a) *Le maintien à domicile le plus longtemps possible en s'appuyant prioritairement sur les aidants familiaux.*

Ces enquêtes montrent qu'un consensus très net se dégage en faveur du maintien à domicile car 90 % des Français expriment une préférence pour ce mode de prise en

²⁵ GRAT, 2009, *Enquête nationale sur les besoins et attentes des personnes âgées dépendantes et de leurs proches aidants en matière de relais*, Paris, 59 p.

COUR DES COMPTES, 2016, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie*, Paris, 198 p.

DREES, 2014, *Baromètre d'opinion*. UNA, avril 2014, *Baromètre Senior strategic*. BVA, avril 2014, *Baromètre Santé*. Opinion way, mars 2012, *Dépendance et maintien à domicile*.

charge. Le maintien à domicile, y compris lorsque survient une perte d'autonomie, temporaire ou permanente, partielle ou même lourde, reste le choix prioritaire des personnes âgées qui préfèrent recourir aux aides humaines et techniques, prodiguées par leurs proches ou par les services à domicile. Ce choix est motivé par le souhait de conserver son mode de vie habituel, en particulier son indépendance et sa qualité de vie et par la crainte de l'entrée en établissement médicalisé, notamment en raison de son coût. Le domicile offre le confort dont les personnes âgées ont besoin, mais il leur permet surtout de maintenir leurs habitudes et de vivre au milieu de leurs souvenirs. La dimension symbolique présente autour du logement est très importante.

La perte d'autonomie peut rendre la vie dans le logement d'origine complexe (escaliers, nombre de pièces, situation géographique...) et inciter la personne à déménager. Cependant, vivre chez soi lorsque l'on est âgé, c'est avoir la possibilité de gérer la vie quotidienne au rythme que l'on veut, et surtout, de ne dépendre de personne.

L'orientation vers une institution est considérée comme un dernier recours, lorsqu'il n'y aura plus aucune alternative et est donc envisagée le plus tard possible. L'entrée en institution est souvent synonyme de perte de repère et d'autonomie et de changement de rythme de vie avec les contraintes de la vie en collectivité. Ces institutions, et notamment les maisons de retraite, continuent d'être considérées comme le dernier lieu de vie « la porte avant le cimetière ».

b) Le parcours résidentiel indissociable du parcours de santé.

Comprendre les besoins et les attentes des personnes âgées passe également par l'identification de ce qui les décide à faire appel à des services ou à s'orienter vers un établissement. Un problème de santé, la perte de mémoire, la désorientation et la peur de chuter sont les motifs les plus souvent invoqués. Le parcours résidentiel est donc extrêmement lié à la situation de santé des personnes âgées.

Les personnes ne prennent conscience de leur vieillissement qu'une fois un problème de santé survenu. Ainsi, lorsque la personne n'a pas de problème de santé, elle ne se sent pas concernée par les possibilités de mettre en place des services ou de préparer une future entrée en structure.

Par conséquent, les personnes font appel de plus en plus tard aux services, bien souvent suite à un événement majeur qui ne laisse aucune autre possibilité, avec des situations qui demandent une prise en charge importante et dans l'urgence. La personne nécessite alors un soutien renforcé et relève alors souvent directement d'une situation APA avec un GIR 2-3, voire un GIR 1.

c) Le lien social, un élément primordial pour vivre au mieux l'avancée en âge.

Pour bien vieillir, il est important d'être bien entouré. La perte d'un conjoint ou d'une personne de l'entourage peut rapidement provoquer une diminution progressive des

relations sociales. Etre à deux à la maison, c'est pouvoir se soutenir, garder la relation entre conjoint, s'entraider et faire des choses ensemble.

La perte d'un conjoint bouleverse la vie de celui qui reste. Les activités faites habituellement à deux deviennent difficiles à maintenir, car elles renvoient à la perte de l'être cher. La personne supprime alors ses activités et ne souhaite pas se tourner vers d'autres animations, sans son conjoint.

Au-delà de la perte d'un proche, l'isolement peut survenir en fonction de la situation géographique du logement de la personne. Un deuil peut donc poser la question d'une mobilité résidentielle.

Etre entouré peut aussi signifier avoir un membre de la famille relativement proche, mais aussi avoir la possibilité de voir du monde et de faire des activités à l'extérieur. La question de la mobilité est donc essentielle pour le maintien du lien social.

d) L'accès à l'information.

À peine plus de la moitié des Français s'estiment bien informés des solutions disponibles pour faire face au risque de la dépendance. Ce besoin d'information concerne aussi bien les procédures administratives qui semblent complexes que l'orientation vers les services pouvant aider et accompagner les personnes.

Alors que l'offre de prise en charge des personnes âgées dépendantes a été fortement développée au cours des dernières décennies, il est fréquemment constaté une méconnaissance des parcours des personnes âgées en perte d'autonomie, qu'il s'agisse des établissements comme des services à domicile ou de leur articulation.

Cette situation entraîne une certaine difficulté pour les personnes âgées et leurs proches à s'orienter entre les offres disponibles, d'autant que certaines prestations se caractérisent par des difficultés d'accès, pour de multiples raisons financières ou organisationnelles.

e) Le soutien aux aidants.

La dépendance ne touche pas seulement celui qui vit la situation. Lorsque les personnes vivent en couple et que l'un de ses membres rencontre une perte d'autonomie importante, le conjoint prend souvent la place de l'aidant en accompagnant l'autre au quotidien. Les services intervenants au domicile peuvent aider à pallier cette perte d'autonomie en accompagnant la personne dans les gestes de la vie quotidienne. Cependant, certaines situations demandent une attention particulière et quotidienne qui ne peut pas toujours être proposée par les services.

Par conséquent, le conjoint peut rapidement être amené à se mobiliser de manière importante auprès de l'autre. Le bien être de ce dernier devient la préoccupation première du conjoint qui peut très vite délaisser ses propres occupations et entrer dans un état d'épuisement aussi bien physique que psychologique.

Ces situations mettent en évidence le besoin de solution de répit pour les aidants afin de leur permettre de prendre du temps pour eux et de maintenir des activités extérieures. La mobilisation des services intervenant à domicile ou des dispositifs tels que les accueils de jour ou les hébergements temporaires, peuvent être des réponses.

2.2 La construction des réponses à la perte d'autonomie.

Les évolutions sociétales et démographiques qu'a connues la France au cours des dernières décennies ont conduit à la construction de politiques publiques favorisant le maintien à domicile des personnes âgées, tout en développant une palette de réponses institutionnelles basées sur une objectivation de la dépendance.

2.2.1 L'impact des évolutions sociétales et de la structure familiale.

Le vieillissement de la population, perçu comme un enjeu collectif, a donné lieu en France à plusieurs types de réponse, selon les époques concernées avec comme constante la priorité donnée au maintien des personnes à domicile.

À la fin du XIX^{ème} siècle, l'objectif principal est de parvenir à sortir les personnes âgées de l'indigence et de la misère, dans lesquelles elles sont précipitées par leur incapacité de travailler. La loi de 1905²⁶ stipule ainsi dans son article 19 que : « Les vieillards, les infirmes, les incurables ayant le domicile de secours communal ou départemental reçoivent l'assistance à domicile. Ceux qui ne peuvent être utilement assistés à domicile sont placés, s'ils y consentent, soit dans un hospice public, soit dans un établissement privé soit chez des particuliers ».

Jusqu'à l'après deuxième guerre mondiale, la prise en charge d'une personne âgée dépendante était le plus souvent assurée dans le cadre familial ou coexistaient trois générations. Cette question était alors perçue comme relevant de la sphère privée et familiale, ou exceptionnellement du réseau traditionnel d'assistance à la pauvreté.

Les évolutions sociétales qu'a connues la France au cours des Trente Glorieuses ont posé un défi d'une ampleur inédite pour la prise en charge des personnes âgées. Parmi ces évolutions sociétales, on peut citer l'amplification du phénomène d'exode rural et d'industrialisation, l'évolution de la cellule familiale devenue principalement mononucléaire, le travail des femmes et bien sûr l'individualisation des modes de vie avec l'avènement de la société de consommation et des loisirs, ce que Lipovetsky²⁷ appelle la « seconde révolution individualiste ». Ces tendances ont accentué la « décohabitation » comme le montrent les recensements, puisqu'en 1962, 15 % des personnes âgées de

²⁶ Loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources.

²⁷ LIPOVESTSKY G., 1989, *L'ère du vide : essais sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard, collection Folio essais n°121, 315 p.

plus de 65 ans cohabitaient en famille, alors qu'elles n'étaient plus que 5% à le faire en 1999²⁸.

2.2.2 L'augmentation de l'espérance de vie et son impact démographique.

Parmi les principaux bouleversements apparus au XX^{ème} siècle, l'augmentation du nombre et du pourcentage des personnes âgées dans la population aura été un élément majeur et inédit. L'allongement graduel de l'espérance de vie a notamment vu l'apparition d'un « quatrième âge », généralement associé à celui de la dépendance.

En France²⁹, depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, l'espérance de vie des femmes et des hommes est passée respectivement de 65 à 85 ans et de 60 à 79 ans alors que la part des plus de 75 ans a quadruplé sur la même période pour représenter 9,1% de la population totale en 2016.

Rien qu'entre 2000 et 2013³⁰ Le gain d'espérance de vie à 65 ans a été de 2,5 ans pour les hommes et de 2,2 ans pour les femmes. Les projections démographiques pour les décennies à venir montrent que cette tendance va se poursuivre. Les personnes âgées de 65 ans ou plus seront plus nombreuses et leur part dans la population va augmenter de manière significative. Les causes sont essentiellement l'allongement de la durée de la vie et l'effet générationnel des baby-boomers, nés entre 1946 et 1975.

Selon les projections de l'INSSE³¹, en 2050, 22,3 millions de personnes seraient âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans. Le vieillissement est inéluctable, au sens où il est inscrit dans la pyramide des âges actuelle, puisque les personnes qui atteindront 60 ans à l'horizon 2050 sont déjà toutes nées (en 1989 ou avant). L'allongement de la durée de vie dans les années futures ne fait qu'accentuer son ampleur. En effet, même si l'espérance de vie se stabilisait à son niveau de 2005, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait quand même de 50 % entre 2005 et 2050.

2.2.3 Les politiques publiques face au défi de la perte d'autonomie.

Ces dynamiques sociétales et démographiques ont renforcé l'isolement des personnes âgées, rendu plus complexe leur maintien à domicile et précipité la construction d'un dispositif de prestations et d'allocations visant à le favoriser, tout en développant une palette de dispositifs institutionnels. Ce bref retour sur la construction des politiques publiques en faveur des personnes âgées depuis le milieu du XX^{ème} siècle permettra de comprendre comment la logique de parcours a émergé depuis deux décennies.

²⁸ VILEZ A., 2007, *EHPAD, la crise des modèles*, Paris, Fondation nationale de gérontologie, n°123, p 170, 184 p.

²⁹ INSEE., 2016, *Tableau de l'économie française*, Mesurer pour comprendre, pp 24-42.

³⁰ CNSA, 2016, *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, 20 p.

³¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>

A) Les premières priorités : la lutte contre la pauvreté et maintien à domicile.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, l'accroissement du nombre de personnes âgées a été pris en considération par les pouvoirs publics et a donné lieu à des politiques spécifiques.

C'est ainsi que l'ordonnance du 04/10/1945 a instauré la branche vieillesse de la Sécurité Sociale, qu'un système de retraite s'est mis en place afin de faire face à la pauvreté des personnes âgées avant que ces dispositifs soient complétés par l'instauration du minimum vieillesse en 1956, la création des pensions de réversion et de l'allocation veuvage.

Le rapport Laroque³², intitulé « politique de la vieillesse », publié en 1962, a rompu avec la politique d'institutionnalisation et a posé les bases des politiques publiques futures en ambitionnant de donner toute leur place aux personnes âgées et de répondre à leur désir de rester dans la société.

Le rapport Laroque pose ainsi le principe éthique qui fait toujours référence en France en affirmant que la place des personnes âgées dans la société française est de rester parmi les autres générations.

Ce rapport qui prône le maintien de l'autonomie par le biais d'un soutien à domicile, va permettre le déploiement de mesures en faveur de l'adaptation du logement, du développement d'activités de loisirs, de la mise en place d'actions de prévention, mais aussi du déploiement de maisons de retraites et de services gériatriques.

Les préconisations du rapport Laroque se sont progressivement déployées à travers différents plans quinquennaux jusqu'aux années 80.

Au milieu des années 70, le bilan qui pouvait être dressé de ces politiques publiques était plutôt mitigé. Si le taux de pauvreté des personnes âgées avait reculé de façon significative, de plus de 80% dans les années cinquante à 4% à la fin des années 80, la politique du maintien à domicile était plus contrastée. La priorité ayant été donnée au développement des actions moins coûteuses (portage de repas, aide-ménagère, transport...), afin d'éviter ou retarder l'hospitalisation, les services de soins à domicile et les aménagements de logements s'étaient peu déployés.

Une nouvelle inflexion sera alors donnée dans le cadre du VII^{ème} plan (1976-1981) en créant une panoplie de services de prévention, d'informations, sociaux-culturels ou sanitaires.

B) Le tournant gestionnaire des années 80.

Jusqu'à-là, les politiques sociales en faveur des personnes âgées avaient favorisé le maintien à domicile car, d'une part, les personnes âgées voulaient vivre chez elles le plus

³² LAROQUE P., 2014, *Rapport Laroque*, Paris, L'Harmattan, 448 p.

longtemps possible et, d'autre part, car il était clairement affirmé que le maintien à domicile coûtait moins cher que l'institution.

Le financement de la dépendance devint un enjeu de société majeur à partir du milieu des années 70, alors que la crise économique s'installait de manière durable et que le nombre de personnes âgées continuait à progresser de manière régulière. Dans cette période de sous-emploi et de croissance faible, le problème du partage du revenu national entre population active et population inactive se posait de façon plus aiguë.

Or, dans les années 80, s'est confirmée l'idée³³ que le maintien à domicile était une solution plus onéreuse que l'hébergement social (maison de retraite) pour les personnes dépendantes. Au cours des trois décennies suivantes, le nombre de places en EHPAD, dont le statut³⁴ et les missions seront définis, va doubler, comme le montre le graphique ci-dessous³⁵.

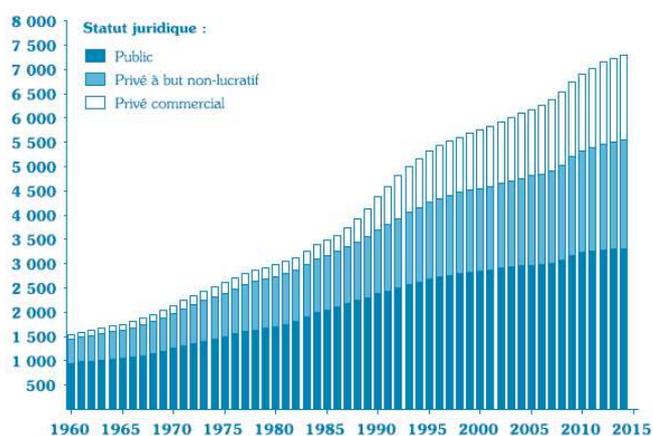


Figure 1 : Évolution du nombre d'établissements pour personnes âgées dépendantes en France métropolitaine depuis 1960, en fonction du statut juridique des établissements.

La prise en charge financière de la dépendance est alors identifiée comme un nouveau risque et la réflexion publique s'éloigne progressivement de l'approche préconisée par le rapport Laroque au profit d'une approche monétaire de l'aide aux plus dépendants.

La priorité mise sur la maîtrise des dépenses de protection sociale se répercute donc sur les soins et l'aide sociale à destination des personnes âgées. Les lois de décentralisation (1983-1986) vont confier la responsabilité de l'action sociale et de l'aide sociale, en particulier pour les personnes âgées, aux départements.

³³ HAUT CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL, 1976, *Rapport sur les conditions de vie à l'âge de la retraite*.

RAPPORT MASSE, 1977, *Adaptation des équipements et services sanitaires et sociaux aux besoins des personnes du 3^{ème} et 4^{ème} âge*.

COMMISSARIAT GENERAL AU PLAN, 1980, *Rapport du Vieillir demain*.

³⁴ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 art. 5 (abrogée par la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002).

³⁵ MORIN L., 2015. *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France métropolitaine en 2014*, Paris, La Revue de Gériatrie, Tome 40, No 9, 10 p.

Les lois de 1997³⁶ et de 1999³⁷ posent les bases d'une « prestation dépendance » à partir de la grille AGGIR³⁸ créée en 1993, qui objective le niveau de dépendance et les ressources attribuées à titre de compensation mais définit également la répartition de la charge entre l'assurance maladie, le département et la personne elle-même.

Le principe des trois tarifs en EHPAD (hébergement, dépendance et soins) et l'APA est instaurée en 2001 pour toute personne « incapable d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie lié à son état physique ou mental ». Les bases de la « solvabilisation » de la dépendance sont en place et seront complétées par une partie de la Contribution Sociale Généralisée (CSG) instaurée en 1991, puis à partir de 2004³⁹ par la journée de solidarité dont la gestion des fonds sera confiée à la CNSA.

Le plan « solidarité Grand âge » 2007/2012, va poursuivre le double objectif de création de places médicalisées en EHPAD (37 500) ainsi que des places de structures d'accueil de jour (10 900) et d'hébergement temporaire (6 100) afin d'offrir aux aidants familiaux des solutions de répit, et de développer des dispositifs favorisant le maintien à domicile, notamment les SSIAD (36 000).

Dernière pierre de cet édifice législatif en faveur des personnes âgées, la loi de 2015⁴⁰ qui reconnaît la place et le rôle des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie afin de leur apporter un soutien.

Cette loi vient clore, provisoirement, le tournant gestionnaire amorcé dans les années 80 en imposant, dans son article 58, à compter du 1^{er} janvier 2017, aux EHPAD la mise en place d'un Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD) ainsi que la généralisation des CPOM en lieu et place des CTP.

La conclusion progressive de CPOM pour l'ensemble des EHPAD s'accompagne d'une réforme importante de l'allocation de ressources : une tarification forfaitaire "à la ressource", calculée en fonction de l'appréciation de l'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que l'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque EHPAD, remplace le dialogue budgétaire contradictoire annuel, s'agissant du forfait global de soins et du forfait global de la dépendance. Cette réforme à la fois tarifaire, comptable et de la contractualisation, devrait profondément modifier les rapports budgétaires entre les établissements et les autorités tarifaires chargées de leur financement, à savoir l'ARS et

³⁶ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

³⁷ Décret n°99-316 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

³⁸ Voir en annexe 2.

³⁹ Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

⁴⁰ : Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

le Département. Sa mise en œuvre suscite de vives inquiétudes en particulier dans le secteur public hospitalier.

La question du financement à long terme de la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées reste entière pour les années à venir, notamment au regard des enjeux démographiques. En 2014⁴¹, la contribution des finances publiques liée à la prise en charge des personnes âgées dépendantes a été évaluée à environ 21 milliards d'Euros, tandis que le coût de l'APA, en établissement ou à domicile, s'élève à 5,5 milliards d'Euros et bénéficie à 1 250 000 personnes.

2.3 D'une logique de places à une logique de parcours.

2.3.1 Une riche palette de dispositifs, qui reste complexe et cloisonnée.

Plus d'un demi-siècle de politiques publiques en faveur des personnes âgées ont conduit à l'émergence d'une offre complète. Ainsi, la France compte à ce jour 10 177 établissements et services médicosociaux financés par l'assurance maladie⁴² pour accompagner les personnes âgées dépendantes en établissement ou à domicile, soit au total 743 937 places. A ces dispositifs, il convient d'ajouter ceux qui ne bénéficient pas d'un financement de l'Assurance maladie, en particulier les 112 000 places en résidence autonomie, ainsi que l'ensemble des places dans des dispositifs sanitaires hospitaliers (SSRG, court séjour gériatriques...).

Si cette offre s'est considérablement développée et diversifiée, de multiples rapports ont fait le constat de sa complexité et de sa segmentation. En 2005⁴³, la Cour des comptes relevait ainsi que « L'offre de services, de prestations et de places en établissement est insuffisante, mal répartie sur le territoire national, et ne répond qu'imparfaitement au besoin de globalité et de continuité des prises en charge...le système de régulation et de financement d'ensemble est particulièrement hétérogène et se caractérise par une grande dispersion des acteurs ce qui occasionne des difficultés en termes de coordination. »

L'accompagnement des personnes âgées est d'autre part fortement connoté « sanitaire » du fait des risques de morbidité liés à l'âge et les lignes de partage entre les secteurs sanitaire (gériatrie dans et hors les murs), médico-social et social (gérontologie dans et hors les murs) ne sont pas clairement définies.

La complexité de l'offre et la multiplicité des « portes d'entrées » sont d'autant plus préjudiciables que l'orientation entre les différents modes de prise en charge dépend essentiellement du point d'entrée de la personne âgée dépendante dans ces dispositifs.

⁴¹ CNSA, 2016, Les chiffres clés de l'autonomie, p20.

⁴² CNSA, 2016, Les chiffres clés de l'autonomie, p16.

⁴³ COUR DES COMPTES, 2005, Les personnes âgées dépendantes, Rapport au Président de la République, Paris, 447 p.

Si le facteur déclenchant de la prise en charge est une maladie, les prestations seront plus spontanément sanitaires ou médico-sociales. En revanche, si la personne âgée est prise en charge à partir d'une demande effectuée auprès des services sociaux, l'orientation décidée à la suite d'une évaluation par les agents des CLIC ou les équipes APA se fera plus souvent vers des structures sociales. Le point d'entrée détermine donc, selon un modèle en tuyaux d'orgue, le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie.

2.3.2 La nécessité d'organiser les réponses en logique de parcours.

Comme nous l'avons vu, l'action publique dans le champ de la santé et de l'action sociale à destination des personnes âgées se caractérise par une fragmentation en sous-secteurs aux cultures institutionnelles, aux expertises professionnelles et aux leviers d'intervention propres (le secteur hospitalier, le secteur médicosocial...).

Afin que les personnes âgées puissent bénéficier d'un continuum de prise en charge et d'une plus grande fluidité des parcours, au fur et à mesure de la gradation de leurs besoins, l'amélioration de la coordination entre les intervenants est déterminante.

A) Origine et nature du concept de parcours.

Le concept de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ses derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale. La continuité des parcours de vie est un enjeu de qualité de vie et de bien-être, donc de santé.

La CNSA⁴⁴ préconise l'utilisation de l'expression « parcours de vie », préférable au terme « parcours de soins », limité aux impacts pour le secteur sanitaire, ou « parcours de santé », qui risque d'être interprété de façon restrictive au seul secteur sanitaire.

Le parcours de vie s'appuie sur la parole et les choix de l'utilisateur : doivent être pris en compte à la fois son projet de vie personnel, son état de santé, son autonomie dans la vie quotidienne, son environnement familial et social et ses ressources.

La notion de parcours épouse le point de vue de la personne en intégrant l'aléatoire de la vie, les diverses situations qu'elle engendre, ainsi que les notions d'étapes et d'allers retours, au détriment d'une vision institutionnalisée et figée, celle de « place occupée ».

⁴⁴ CNSA, 2013, *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*, Prospective, 25 p.
ANAP, 2012, *Le parcours des personnes âgées sur un territoire : réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire*, 80 p.

Ce parcours est constitué d'une série de changements en termes notamment de mode de vie, de lieu de vie, de mobilité résidentielle, d'activités et de situations relationnelles. Les besoins évoluent au gré de la perte d'autonomie, ce qui suppose des réponses adaptées, souvent prodiguées au sein de dispositifs différents, qui doivent être coordonnées afin de faciliter les transitions et de s'inscrire dans une logique de parcours.

Les politiques publiques doivent donc favoriser la continuité des parcours de vie des personnes de façon à éviter, ou à défaut accompagner, les ruptures brutales non anticipées, prendre en compte l'ensemble des besoins et y apporter des réponses adéquates, dans le respect de leur projet de vie.

La clé d'entrée pertinente n'est plus l'offre et ses différentes catégories (logique de « lits et places »), ou les frontières entre territoires institutionnels, mais l'usager et ses besoins et attentes, le partage d'objectifs communs au service des personnes.

Optimiser les parcours passe donc par une attention accrue à la prévention et à l'anticipation des moments charnières, des risques de ruptures et de dégradation de l'état de santé et à l'agencement des différents accompagnements entre eux.

Apparu au début des années 2000, lorsque les premiers dispositifs de coordination ont vu le jour, ce concept est en passe d'être pleinement intégré dans le secteur des personnes âgées. Mais c'est surtout à partir de 2007 que les réseaux et filières se sont structurés afin de s'inscrire dans cette logique de parcours.

- B) Les filières et réseaux : un axe majeur des politiques publiques récentes pour une logique de parcours.

Face aux constats du manque de coordination entre la médecine de ville et l'hôpital, de l'absence d'interdisciplinarité entre le volet médical et le médico-social, du déficit de partage d'information entre les différents acteurs, les politiques publiques ont dès la fin des années 90 perçu la nécessité de promouvoir des dispositifs de coordination pour favoriser l'accès aux soins, assurer la coordination et la continuité de la prise en charge.

Les réseaux déployés en Charente ont été présentés dans le cadre du diagnostic, mais deux autres réseaux font désormais référence en matière de coordination des parcours.

a) *Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)*

Créés dès 2001⁴⁵, les CLIC sont des guichets d'accueil de proximité, gratuits destinés aux personnes âgées de plus de 60 ans et à leur entourage.

Ils fournissent toutes les informations susceptibles d'aider les personnes concernées par les questions du vieillissement dans leur vie quotidienne et ont pour principales missions :

⁴⁵ Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

- D'informer dans tous les domaines de la vie quotidienne des personnes âgées,
- De développer des complémentarités entre tous les partenaires de la gérontologie,
- D'organiser le retour à domicile en sortie d'hôpital, d'accompagner lors d'une situation de crise et de préparer l'entrée en structure médicalisée...
- De participer aux orientations du schéma départemental pour les personnes âgées qui définit des priorités d'actions en matière de prise en charge du vieillissement.

b) *Le parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)*

Le PAERPA est déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes. Ce dispositif innovant s'adresse aux personnes, âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.

La démarche PAERPA a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. Son rôle est de faire en sorte que chaque Français, âgé de 75 ans et plus, reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût.

En partant des besoins de la personne et de ses aidants, cette action est rendue possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, problèmes liés aux médicaments) et en optimisant la coordination des professionnels autour de la personne âgée.

Initialement, neuf territoires pilotes avaient été retenus dans le cadre du dispositif PAERPA. En 2016, afin de porter la logique de parcours de santé à l'ensemble du territoire français, une extension à minima à un territoire PAERPA par région a été programmée. Pour la région Nouvelle-Aquitaine, compte tenu de la dynamique déjà engagée, le territoire des Deux-Sèvres a été retenu par l'ARS pour déployer ce dispositif.

Les PAERPA ont fait l'objet d'une évaluation par la CNSA⁴⁶ qui atteste de l'intérêt de la démarche mais de sa difficile articulation avec les autres réseaux.

2.4 Quelle place pour l'EHPAD public hospitalier dans cette logique de parcours ?

2.4.1 L'évolution du profil des personnes âgées accueillies en EHPAD⁴⁷.

Le maintien à domicile, y compris lorsque survient une perte d'autonomie, reste le choix prioritaire des personnes âgées. Par conséquent, elles entrent en EHPAD à un âge plus

⁴⁶ CNSA, 2017, *Evaluation qualitative PAERPA*, Série études et recherches N°135, 72 p.

⁴⁷ DREES, juillet 2017, *Etudes et résultats n°1015, premiers résultats de l'enquête EHPA 2015* Paris, 8 p. et DRESS, février 2014, *Etudes et résultats n°814, L'offre en EHPAD en 2011*, Paris, 6 p.

avancé et plus dépendantes avec des durées de séjours de plus en plus courtes. L'ensemble des EHPAD accueillent des résidents âgés de 85 ans et 9 mois en moyenne pour une durée de séjour de l'ordre de 2 ans et demi.

D'autre part, la population accueillie en EHPAD est en renouvellement permanent puisqu'un quart des résidents accueillis fin 2015 ont rejoint l'établissement au cours de l'année.

Les EHPAD accueillent des personnes de plus en plus dépendantes, atteintes de plusieurs pathologies chroniques. Selon la DREES, la part de personnes dépendantes (GIR 1 à 4) est passée de 81 à 89% entre 2003 et 2014 et celle des personnes très dépendantes (GIR 1 et 2) représente 54% de l'ensemble des résidents. Cette tendance peut également être interprétée comme une baisse du nombre de personnes peu ou pas dépendantes vivant en institution.

Parmi les résidents, plus d'un tiers souffrent d'une maladie neurodégénérative alors que seuls 11% des résidents sont accueillis dans une unité spécifique pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée (UHR ou PASA).

L'accompagnement au sein des EHPAD est fortement orienté vers l'accompagnement de la fin de vie dans la mesure où 64 % des sorties sont le fait d'un décès (48 % au sein de l'établissement et 16 % lors d'une hospitalisation).

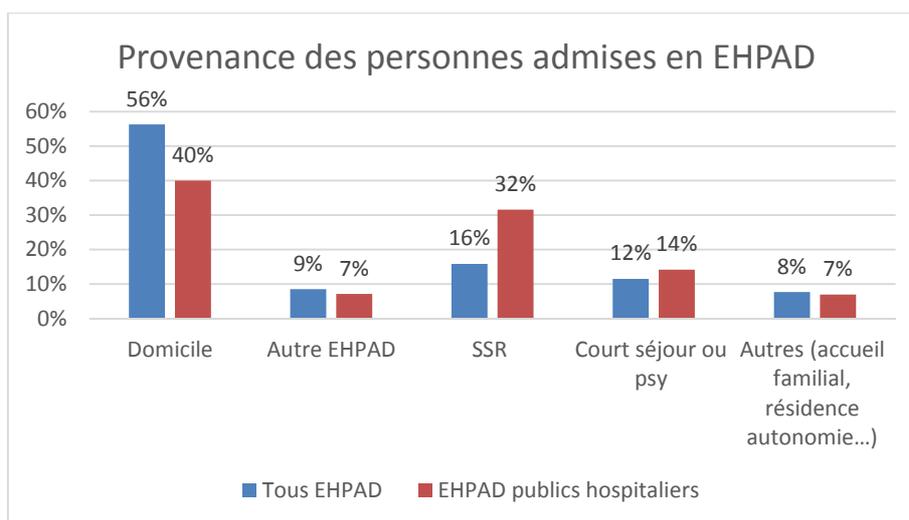
Ces tendances devraient se poursuivre sur le long terme et les EHPAD continueront à accueillir des résidents plus dépendants et voir les niveaux de leurs GMP continuer à progresser. Les résidents en EHPAD auront davantage un profil USLD avec des pathologies psychiatriques ce qui devrait continuer à accentuer les tensions entre projet de vie et projet de soins.

2.4.2 Les particularités des résidents de l'EHPAD public hospitalier.

Bien que le niveau de dépendance des résidents déjà accueillis en fonction du statut de l'EHPAD (privé lucratif, privé non lucratif, public hospitalier, public non hospitalier) ne mette pas en évidence d'importants écarts, on observe cependant certaines spécificités liées au parcours des résidents accueillis en EHPAD public hospitalier.

Les deux graphiques ci-dessous⁴⁸ montrent en effet un positionnement différent de l'EHPAD public hospitalier dans le parcours de la personne âgée dépendante. En ce qui concerne la provenance des résidents lors de leur admission, on constate que la part des personnes vivant à domicile (40%) est inférieure à celle de l'ensemble des EHPAD (56%) tandis qu'une plus forte proportion est issue des SSR ou de dispositifs hospitaliers (46%).

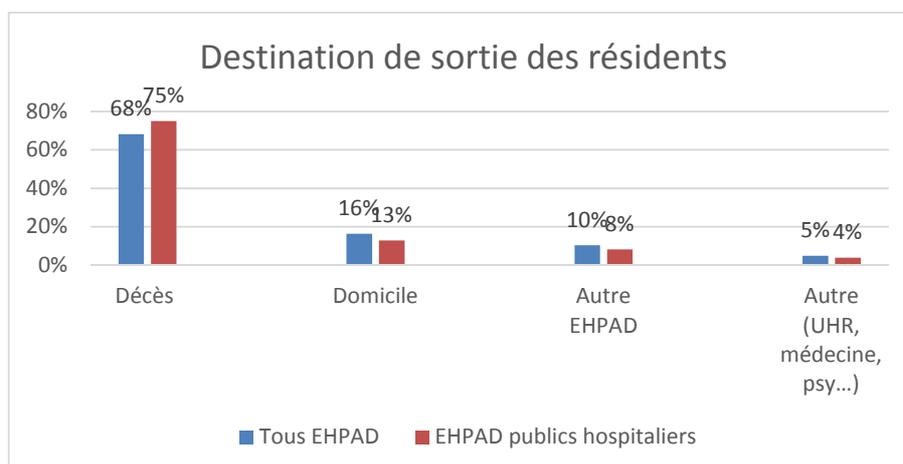
⁴⁸ Elaborés à partir des données de l'enquête DREES, juillet 2017, Etudes et résultats n°1015, premiers résultats de l'enquête EHPA 2015, Paris, 8 p.



En revanche, si on n'observe pas de différence significative liée à l'âge d'entrée en EHPAD, ou à la durée moyenne du séjour, la proportion de GIR 1 et 2 à l'admission est plus importante dans le secteur public hospitalier (49,9%) que pour l'ensemble des EHPAD (45,6%).

En ce qui concerne le parcours « aval » des résidents en EHPAD, on constate là-aussi que la proportion de personnes décédant en établissement est plus importante (75%) en EHPAD public hospitalier que dans l'ensemble des EHPAD (68%).

Cette situation ne semble pas refléter une stratégie de spécialisation dans la grande dépendance de la part de l'EHPAD public hospitalier, mais semble plutôt s'expliquer par la possibilité d'une prise en charge sanitaire que ce soit au sein d'un plateau technique hospitalier ou d'un des dispositifs d'une filière gériatrique.



On peut en déduire que les personnes admises en EHPAD public hospitalier sont plus dépendantes lors de l'admission et présentent une situation sanitaire plus fragile.

2.4.3 L'évolution de l'offre en EHPAD.

Après deux décennies de politiques publiques ayant conduit à la création de nombreuses places médicalisées, le contexte de contraintes financières récent est moins favorable au développement du secteur des EHPAD. Ainsi, entre 2007 et 2011, le rythme annuel de

création de places était de l'ordre de 15 000, alors que les projections actuelles tablent sur moins de 4 000 places par an pour les prochaines années⁴⁹.

Dans un contexte de tension budgétaire, les opérateurs font la course à la taille critique et à la mutualisation qui sont devenues des fondamentaux de la bonne gestion. La dynamique des rapprochements se poursuit et le modèle de l'EHPAD monolithique se raréfie. La question de la rentabilité devient prégnante et se situe autour de 80/90 places. A moyen et long terme, le secteur devrait cependant continuer à se développer, à un rythme ralenti⁵⁰, en raison du vieillissement de la population française. En dépit de politiques publiques résolument orientées vers le maintien à domicile, les pressions sur les établissements médicalisés devraient s'accroître et le défi posé à la collectivité sera d'assurer un financement à la hauteur des enjeux, sans que cette charge vienne trop alourdir la part supportée par les usagers.

Le paysage sectoriel, dominé aujourd'hui par le secteur public hospitalier et non hospitalier (49 % de l'offre), devrait présenter une configuration différente dans les prochaines années avec la poursuite d'un rééquilibrage au profit du privé lucratif, et non lucratif. Ce phénomène est notamment lié au recentrage de l'hôpital sur les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) alors que les activités « hors les murs », en développement, ne semblent pas une priorité.

2.4.4 Quels impacts sur l'offre de service pour répondre aux besoins ?

L'évolution du public accueilli et la recomposition de l'offre du secteur, posent un certain nombre de défis aux gestionnaires d'EHPAD. Au cours des prochaines années, il s'agira en effet d'accueillir un nombre croissant de personnes âgées, plus dépendantes, nécessitant plus de soins, tout en maintenant un accompagnement de qualité et en restant financièrement accessibles.

Pour relever ces défis, le secteur des EHPAD a besoin de se repositionner, de se réinventer et d'innover afin d'apporter des réponses aux questions qui se posent aujourd'hui à chaque directeur :

- La spécialisation dans la grande dépendance est-elle inéluctable et les EHPAD, notamment hospitaliers, vont-ils devenir des USLD ?
- Les EHPAD resteront-ils des lieux de vie ou deviendront-ils des lieux de soins ?
- Doivent-ils rester positionnés sur leur activité traditionnelle ou diversifier davantage leur offre de services dans une logique de filière ?
- S'ouvrir au travail en réseau, renforcer les dynamiques de coopération ou investir le champ du domicile ?

⁴⁹ CNSA, 2017, *Rapport 2016*, p 52.

⁵⁰ KPMG, 2015, *EHPAD, vers de nouveaux modèles*, Paris, 57 p.

Selon moi, l'EHPAD restera d'abord un lieu de vie qui doit évoluer vers un lieu de vie choisi, pour une vie ordinaire tout en étant également un lieu de soins. Sa mission première est de prendre soin au sens large, c'est-à-dire d'offrir un habitat confortable et sécurisant, des accompagnements dans les tâches de la vie quotidienne, des services de soin et d'hygiène, des repas adaptés, des activités de maintien ou de réhabilitation des capacités physiques et intellectuelles pour pouvoir maintenir le lien avec ses proches, et une vie sociale.

Ces missions ne peuvent être réduites à des actes purement techniques, car c'est de la personne et de sa singularité dont il s'agit. En ce sens, l'accueil de la grande dépendance ne change rien à cette mission. Même si les personnes entrent en établissement plus tard et y séjournent moins longtemps, l'accueil et l'accompagnement du résident restent la mission principale de l'établissement.

En revanche, il est probable que le volet « soins » prenne une place de plus en plus importante et mérite d'être renforcé car les besoins physiologiques doivent être satisfaits pour que l'accompagnement médicosocial ait du sens.

2.4.5 Quelles coopérations et filières privilégier pour s'inscrire dans une logique de parcours ?

Les EHPAD accueillent les personnes âgées en aval de leur parcours de vie et pour une durée assez courte. Par conséquent, ils ne sont qu'une étape de ce parcours et doivent nécessairement s'inscrire dans une logique de coopération ou de filière afin de préparer l'admission en EHPAD en amont et de répondre à l'ensemble des besoins et attentes pendant le séjour de l'utilisateur.

Par coopération, on entend toutes les formes de collaboration entre les professionnels ou les structures du secteur social et médico-social, sanitaire ou autres partenariats, permettant d'offrir aux personnes âgées dépendantes un panel de solutions et services adaptés à leurs besoins et d'assurer la coordination des interventions.

Pour répondre à la diversité des situations et des besoins des résidents, les EHPAD doivent nécessairement développer des coopérations externes avec les services locaux sanitaires et gériatriques (hôpital, HAD, équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), réseaux gérontologiques, SSR, SSIAD, services tutélaires...).

Elles sont essentielles car elles permettent d'adapter l'offre de service et l'organisation à la situation des personnes âgées accueillies. Par conséquent, elles permettent de positionner l'EHPAD au cœur du parcours de soins et de prise en charge des personnes âgées dépendantes et non plus comme une solution de dernier recours.

De plus, aucun opérateur ne dispose de tous les services et solutions nécessaires pour répondre aux besoins du parcours de soins des personnes âgées sur le territoire.

Si certains établissements se spécialisent dans l'accueil d'un public homogène, d'autres organisent leurs espaces avec des unités dédiées à chaque public. Pour l'EHPAD public hospitalier deux filières, non exclusives l'une de l'autre, semblent possibles.

- La filière sanitaire : EHPAD, établissements et services de santé.

Cette filière vise à assurer un parcours de soins sans discontinuité des personnes âgées dépendantes. Les opérateurs diversifient leur offre de service en développant le volet soins : soins infirmiers, médecine générale, psychiatrie, SSR, HAD, court séjour gériatrique, USLD, UHR, EMG, consultations mémoire...

- La filière gériatrique : EHPAD, services à domicile.

Cette filière se positionne en amont de l'accueil en EHPAD en soutenant le maintien à domicile afin d'éviter le recours inadapté et précoce à l'hébergement permanent en EHPAD. Ces filières développent des partenariats et des activités pour maintenir le lien social et sont en relation étroite avec les différents réseaux et dispositifs du territoire, (SSIAD, SAAD, HAD, PAERPA, MAIA, CLIC...). Ces EHPAD proposent des services alternatifs à l'hébergement permanent : PASA, accueil de jour, hébergement temporaire... Certains n'hésitent pas à parler d'EHPAD « hors les murs ».

2.5 L'accompagnement des ressources humaines vers une logique de parcours.

Avec ce projet de regroupement des deux EHPAD et le repositionnement de l'établissement dans une logique de parcours, c'est aussi l'identité professionnelle des deux équipes, l'une « sanitaire » et l'autre « médocosociale » mais toutes deux très « institutionnelles », qui sera impactée. Il sera donc nécessaire de dépasser les résistances et d'accompagner ce changement notamment en lui donnant du sens et en impliquant les équipes en amont afin que chacun puisse, individuellement et collectivement, reconstituer une cohérence identitaire et se projeter vers l'avenir.

2.5.1 Identités professionnelles et résistance au changement.

La notion de parcours met au premier plan l'enjeu de l'évolution des pratiques professionnelles, et la place de la coopération au sein de celles-ci. Progresser vers un travail plus interdisciplinaire suppose donc une évolution importante en la matière.

A) L'identité professionnelle.

Pour définir l'identité professionnelle, je m'appuierai sur le concept « d'identité au travail » développé par Sainsaulieu⁵¹ qui a démontré que le travail et l'entreprise, sont des lieux

⁵¹ SAINSAULIEU R., 2014, L'identité au travail, 3^e édition, Paris, Presses de sciences Po, 480 p..

privilegiés de « production identitaire », enrichi par les travaux de Dubar⁵² sur la construction des « identités professionnelles » et d'Osty⁵³ sur « l'identité de métier ».

L'observation par Sainsaulieu des relations de travail lors de grandes enquêtes, lui a permis de construire sa thèse selon laquelle l'entreprise est un lieu majeur de socialisation et préside à la formation d'identité.

Cette identité professionnelle est une composante de l'identité globale de la personne qui se développe sur la base de l'identité personnelle. Le métier est ainsi l'une des composantes les plus importantes de son identité sociale, de son moi.

Cette construction identitaire est un processus permanent qui évolue au fur et à mesure des événements. Pas plus que les autres identités, les identités professionnelles ne sont acquises une fois pour toutes. Comme les autres, elles se construisent par des interactions, tout au long de la vie. Elles s'élaborent à partir d'un parcours, d'une trajectoire, en débordant des limites du lieu de travail.

Pour Sainsaulieu, cette identité se traduit par le sentiment d'appartenance à une profession issue d'une socialisation et dont le résultat est la conformité aux normes collectives.

Trois facteurs d'identité professionnelle peuvent être identifiés : l'identité par le métier, l'identité par l'appartenance au groupe, et l'identité par l'appartenance à une entreprise.

- L'identité par le métier est liée aux caractéristiques de la profession exercée car chaque profession a une définition objective et commune à tous les membres de la société. On est infirmière, pompier, commercial...et cela renvoie à une représentation collective de la profession exercée.
- L'individu construit également son identité professionnelle à travers l'appartenance à des groupes qui peuvent être une équipe, des personnes au même niveau hiérarchique... Tout collectif d'appartenance homogène sur le plan des actions, des valeurs, des normes, des comportements, et des croyances, est source de construction identitaire. L'autre est alors une référence à partir de laquelle l'individu pratiquera le mimétisme, la comparaison ou la différenciation.
- L'appartenance à une entreprise est aussi un vecteur d'identité, et la relation à l'entreprise permet à cette identité d'exister. L'individu intègre presque inconsciemment les gestes, paroles, principes, valeurs ou encore jargon de l'entreprise où il travaille.

⁵²DUBAR C., 2015, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, 5^e édition, Paris, Armand Colin, collection U, Paris, 256 p.

⁵³ OSTY F., 2008, *Le désir de métier-engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes, Presse universitaire de Rennes, collection « des sociétés », 248 p.

B) L'impact du changement sur les identités professionnelles.

Les organisations traversent de plus en plus régulièrement des phases de changement de tous ordres. Un effort d'adaptation quasi continu est par conséquent demandé aux managers et à leurs équipes opérationnelles.

Ces changements, s'ils dégradent ou compliquent parfois le travail des opérateurs, impactent aussi souvent leur identité professionnelle, sans que cela soit toujours anticipé, mesuré et pris en compte, ce qui peut se traduire par une perte de confiance. Dans son processus de construction identitaire, le sujet cherche un sens aux événements qui participent à la construction de son identité, autrement dit un sens qui valorise son action et l'image vers laquelle il tend.

Il est à la recherche de cohérence entre son identité, son activité et son milieu de travail. Un changement vient généralement perturber cette cohérence par nature subjective mais dépendante de l'environnement social qui permet à chacun de s'identifier par rapport aux autres. La cohérence est affectée lorsque le changement affecte les éléments suivants ;

- Qui ? : identité dans son milieu professionnel (poste occupé, compétences, responsabilités, autonomie, rémunération...).
- Avec qui ? : rôles tenus au travail et relations qui permettent de les exercer et d'être reconnu.
- Comment ? : tâches et pratiques professionnelles, conditions de travail.
- Pourquoi ? : buts, valeurs et ambitions.

Le changement menace de disparition certains éléments de cet ensemble cohérent et les résistances au changement sont en partie le signe d'une incapacité à se redéfinir tout en gardant une certaine cohérence dans sa trajectoire professionnelle et dans ses croyances.

En effet, l'un des principaux facteurs de résistance humaine constatée à ce changement fondamental d'organisation est le sentiment de « perte d'identité ».

Ces appartenances visent à se maintenir car elles apparaissent aux yeux des acteurs comme des points de repères stables, comme des garanties de légitimité.

Il existe par conséquent une identité d'action collective qui se décline notamment en une capacité de résistance au changement qui révèle l'attachement au métier, à la communauté professionnelle, qui confère sens, valeur et solidarité à l'existence sociale.

2.5.2 Accompagner le changement en EHPAD.

A) L'impact des évolutions du secteur.

Le secteur de l'accompagnement des personnes âgées connaît de profondes mutations et une crise d'identité de nature à impacter l'identité professionnelle de ses agents qui s'estiment souvent au cœur d'injonctions paradoxales.

La première d'entre elles est liée aux contraintes budgétaires qui ont un impact sur les taux d'encadrement, et limitent alors leur champ d'intervention aux besoins fondamentaux. La recherche de « l'efficacité », de la « performance », des « économies d'échelle » sonnent alors creux auprès des équipes.

Les regroupements d'établissements et fusions d'organismes gestionnaires, ou l'externalisation de prestations affectent de plein fouet les identités professionnelles.

D'autre part, les politiques publiques comme la volonté des personnes âgées de vivre à domicile le plus longtemps possible, positionnent de fait l'EHPAD comme une solution de dernier recours, non choisie.

La diversification des modes de prises en charge (hébergement temporaire, accueil de jour...) et la logique de parcours sont encore peu lisibles par le personnel travaillant en EHPAD, qui, positionnées en aval du parcours de vie, se voient confier la partie la plus difficile, celle de l'accompagnement à la fin de vie.

Cette logique de parcours invite également à sortir d'une vision institutionnelle et à s'ouvrir aux coopérations, à l'interdisciplinarité ce qui suppose une confrontation de ses pratiques avec d'autres.

Dans le même temps, la tendance à la standardisation des pratiques à travers l'émergence de « bonnes pratiques professionnelles » est parfois vécue comme une remise en cause des savoirs fondamentaux ou comme un frein à la marge d'initiative qui peut parfois remettre en cause des modes de fonctionnement « historiques ».

L'accueil d'un public plus âgé et plus dépendant renforce encore les difficultés quotidiennes et accentue les tensions entre projet de vie et projet de soins. Les identités professionnelles, sanitaires ou médicosociales entrent alors en confrontation, tiraillées entre médicalisation et non-médicalisation. L'identité professionnelle du secteur sanitaire donne la primauté au soin quand l'identité médicosociale privilégie le projet de vie.

Toutes ces dynamiques questionnent le sens donné au travail en EHPAD. Or, le particularisme des professions de santé ou du social, tel qu'il est revendiqué, renvoie directement à la sacralisation de ces métiers et de ces professions. Tout discours rationnel vient se heurter à l'apostolat que ces personnels sont censés exercer et derrière lequel ils sont enclins à se retrancher dès que l'on interroge l'organisation de leur activité. Les équipes se replient alors sur elles-mêmes alors que le changement important d'organisation, que génère l'évolution actuelle et à venir des dispositifs sanitaires et médico-sociaux, semble défaire ces appartenances et peut donc créer un sentiment d'insécurité et une perte de repères.

B) Quelques jalons pour accompagner le changement.

Face à ces résistances inhérentes au changement propres à tout collectif humain, l'accompagnement au changement trouve alors tout son sens comme l'ont développé

Autissier et Moutot⁵⁴ dans leurs nombreux travaux. Il en ressort que l'acceptation du changement touchant à l'identité professionnelle ne peut se faire sans l'implication active des acteurs directement concernés, car il leur appartient de reconstruire leur histoire professionnelle. Au-delà de leur participation, c'est le sens donné au changement qui est essentiel.

Dans toute organisation, il existe des pratiques professionnelles indépendantes de visées externes ou d'objectifs définis en termes d'efficacité qui procurent du plaisir et rassurent les individus. Par conséquent, le directeur ne doit pas exclusivement se focaliser sur la capacité collective à changer. Il faut que cette capacité puisse s'appuyer sur des repères, des cultures professionnelles et des formes de régulation qui font sens pour les individus. Il s'avère donc capital pour le directeur de donner du sens et d'être en capacité de transférer ces identités groupales et corporatistes en direction d'une identité supérieure. Le sens donné au travail conditionne donc l'acceptabilité au changement. Or ce sens résulte de liens que chacun tisse tout au long de sa vie entre son histoire professionnelle, son activité et son milieu de travail ainsi que ses croyances et ses aspirations. Accompagner le changement suppose donc de comprendre l'impact sur chacune des dimensions mais aussi sur leurs liens d'indépendance.

Le directeur peut anticiper ces difficultés et prévoir certaines mesures pour apaiser les craintes et ouvrir de nouvelles perspectives. Mais le processus de redéfinition d'une identité professionnelle ne peut être mené que par celui qui le porte. L'implication des acteurs concernés dans des groupes de travail est donc importante.

Afin de favoriser un changement touchant à l'identité professionnelle, l'instauration ou la restauration d'un climat de confiance entre acteurs visés par le changement et leur management est essentielle. Dans ce processus, la direction a donc un rôle clé en marquant un engagement clair et en démontrant une capacité d'écoute du ressenti des équipes afin le cas échéant de tolérer des marges de manœuvre pour adapter le changement.

Plus précisément, l'accompagnement au changement, afin de s'inscrire dans une logique de parcours ou de filière dans le champ gérontologique pour engager une transformation en profondeur de la façon de travailler de chacun des acteurs suppose de :

- Favoriser une meilleure interconnaissance entre les acteurs,
- Encourager le partage d'outils, de référentiels,
- Activer les leviers permettant de créer une responsabilité collective des acteurs d'un territoire pour assurer la continuité des parcours de vie d'une population.

⁵⁴ AUTISSIER D., MOUTOT JM., 2016, *Méthode de conduite du changement*, 4e édition, Paris, Dunod, 315 p.

3 Intégrer le futur EHPAD au sein de la filière gériatrique du territoire afin de favoriser le parcours de vie des personnes âgées.

Dans cette troisième et dernière partie, je vais m'appuyer sur les constats issus du diagnostic ainsi que sur les concepts développés dans la deuxième partie afin de proposer et de mettre en œuvre un plan d'action.

L'objectif général est de permettre aux personnes âgées dépendantes du territoire de vivre le plus longtemps possible selon leur choix et de faire de l'EHPAD public hospitalier un lieu de vie choisi lorsque l'état de santé et le recours aux soins ne permettent plus le maintien sur le lieu de vie habituel, y compris avec l'assistance des services de soins et d'aide à domicile.

Il s'agira donc de repositionner le futur EHPAD au sein de la filière gériatrique du territoire afin de mieux répondre aux besoins, en accompagnant la perte d'autonomie de manière coordonnée.

En tant que directrice, je me dois de porter cette vision auprès de l'ensemble des parties prenantes, qu'elles soient internes au pôle de gériatrie du CHIPC ou qu'elles impliquent des partenaires extérieurs. Pour cela, ma démarche s'appuiera sur le déploiement de 4 axes stratégiques qui seront conduits tout au long du projet.

- Je proposerai tout d'abord une vision stratégique sur la place du futur EHPAD public hospitalier sur le territoire cognaçais qui tiendra compte à la fois des besoins du territoire, de l'offre existante et des atouts dont dispose le pôle gériatrique pour accompagner la perte d'autonomie, de manière cohérente et complémentaire avec les autres acteurs.
- En tant que directrice, il m'appartiendra également de mettre en place les instances de pilotage de cet ambitieux projet de regroupement et de repositionnement, et de communiquer pour convaincre et fédérer.
- L'accompagnement au changement de l'ensemble des parties prenantes, notamment des équipes, qui seront les relais opérationnels de la mise en œuvre de ce projet, s'appuiera sur cette vision stratégique et sur mon engagement personnel, afin de poser les bases de la nouvelle organisation.
- Enfin, ce projet qui verra le jour d'ici 4 ans, devra être formalisé et évalué à la fois durant sa mise en place mais également une fois réalisé et s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

3.1 Axe stratégique 1 : Ouvrir et inscrire le futur EHPAD dans une logique de parcours sur son territoire.

Comme nous l'avons vu lors du diagnostic, les deux établissements accueillent aujourd'hui un public différent, plus autonome sur l'EHPAD Guy Gautier et plus dépendant sur l'EHPAD Montesquieu. D'autre part, la présence de résidents très autonomes interroge également sur leur orientation en EHPAD, alors que 13 personnes très dépendantes et dans une situation sanitaire précaire sont inscrites en liste d'attente pour une admission sur l'EHPAD Montesquieu.

De plus, les tendances lourdes observées au niveau national montrent que le public accueilli en EHPAD est de plus en plus âgé et dépendant, notamment en EHPAD public hospitalier, que la durée de séjour est juste supérieure à 2 ans et que l'établissement est le dernier lieu de vie des trois-quarts des résidents accueillis.

Nous avons également mis en évidence que les maladies neurodégénératives et les troubles psychiatriques sont de plus en plus prégnants, sans qu'une prise en charge adaptée soit toujours proposée.

Il apparaît également que des solutions alternatives au « tout hébergement » répondent aux besoins des proches aidants et sont promues par les autorités de tarification et de contrôle.

A l'heure actuelle, les modalités de fonctionnement, et notamment l'accès aux soins, sont également prises en compte de manière différente sur chaque structure. La complémentarité avec les services gériatriques du CHIPC est mieux exploitée sur l'EHPAD Montesquieu alors que l'accès aux soins est une faiblesse identifiée sur l'EHPAD Guy Gautier.

Enfin, la filière gériatrique est incomplète et n'est pas formalisée, son offre est peu lisible sur le territoire et le maillage territorial et la coordination autour des parcours sont peu structurés.

Je déclinerai donc ce premier axe stratégique en 3 objectifs opérationnels afin de repositionner le futur EHPAD et de lui permettre de répondre de manière plus pertinente aux besoins identifiés.

3.1.1 Objectif opérationnel 1.1 : Formaliser et rendre lisible la filière gérontologique du territoire.

- A) Une vision stratégique : positionner le futur EHPAD sur l'accueil de personnes âgées dépendantes ayant besoin de soins importants.

Le CHIPC dispose d'une palette de services gériatriques et de dispositifs gérontologiques, qui, articulés en filière, lui permettent de proposer un accueil évolutif pour s'adapter aux besoins de soins.

Les compétences gériatriques de l'hôpital sont à ce jour insuffisamment exploitées en interne, notamment sur l'EHPAD Guy Gautier. L'accès aux soins en ayant recours à des partenaires extérieurs pose des difficultés en termes de disponibilité comme de coordination.

D'autre part, des personnes âgées dépendantes ayant besoin de soins lourds sont aujourd'hui maintenues à domicile, en SSR ou en établissement, dans l'attente d'une place en EHPAD « médicalisé » alors que des personnes qui sont accueillies à Guy Gautier pourraient être accueillies dans un lieu de vie plus « ordinaire ».

C'est la raison pour laquelle, je propose que le nouvel EHPAD se positionne sur l'accueil de personnes dépendantes ayant des besoins de soins constants, comme c'est actuellement le cas sur l'EHPAD Montesquieu. Ce positionnement permettra de mieux exploiter les compétences en matière d'accès aux soins disponibles au sein du CHIPC et d'orienter les résidents les plus autonomes vers d'autres structures du territoire.

Ce nouveau positionnement permettra également de mieux exploiter la complémentarité avec l'USLD qui sera localisée sur le même site que le futur EHPAD et de mutualiser les plateaux techniques pour l'accès aux soins.

En effet, même si de nombreuses places d'USLD ont été transformées en places d'EHPAD⁵⁵ depuis 2009, le recours aux soins des personnes âgées reste en augmentation en raison d'un niveau de dépendance toujours plus élevé.

Le projet que je promeus ne consiste pas à un retour en arrière visant à reconverter des places d'EHPAD en USLD, mais à renforcer la dimension « soin » au sein de l'EHPAD public hospitalier afin de répondre à un besoin identifié de lieu de vie médicalisé pour personnes âgées très dépendantes.

Le GMP du futur EHPAD sera ainsi plus proche de celui de l'actuel EHPAD Montesquieu avec un GMP cible autour de 750 ce qui se situe entre un GIR 2 et 3.

B) Proposer la relance du projet de filière gériatrique.

La filière gériatrique du CHIPC est incomplète et n'est pas à ce jour formalisée. En dépit de la palette de services et des compétences qu'il détient, l'hôpital n'est par conséquent pas identifié comme le pôle de référence du territoire en matière de gériatrie et de gérontologie.

Cette reconnaissance passera par la formalisation de sa filière gériatrique, afin qu'elle puisse constituer une modalité d'organisation cohérente et graduée de soins gériatriques

⁵⁵ Ces transformations résultent de l'application de la circulaire de novembre 2008 relative à la partition des USLD : circulaire DHOS/02/ F2/DGAS/2C/CNSA n° 2008/340 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les USLD. Entre 2007 et 2011, 39 000 places sanitaires ont ainsi été transférées vers le médicosocial.

sur le territoire, permettant de couvrir les parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique.

Je propose qu'une équipe mobile de gériatrie (EMG) soit mise en place afin de compléter et finaliser la filière gériatrique. Cette EMG, composée d'un médecin, d'une IDE et d'un ergothérapeute, aura vocation à dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique, afin de contribuer à l'élaboration du volet soins du projet personnalisé, mais également d'orienter et d'accompagner le résident malade dans la filière de soins gériatriques du CHIPC. Elle participera également à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques en conseillant, informant et formant les équipes soignantes.

La filière confortera ainsi son rôle de ressources dans le domaine de la gériatrie pour les acteurs de ville et le secteur médico-social en s'appuyant sur de solides partenariats au sein de son territoire et notamment sur des conventions avec les EHPAD.

A l'instar de ce que représente le Centre Hospitalier Camille Claudel (CHCC) en matière de psychiatrie sur le territoire de la Charente, je propose en définitive de promouvoir la reconnaissance du CHIPC comme le pôle de référence en matière gériatrique sur le Cognçais.

Ainsi, la mise à disposition de praticiens hospitaliers ou l'organisation de rencontres thématiques ou de conférences, permettront de renforcer le rayonnement du CHIPC sur le Cognçais.

En effet, la diffusion de la culture gériatrique n'est pas qu'une nécessité hospitalière et doit être promue en dehors de l'institution afin de sensibiliser l'ensemble de la population aux problématiques de santé des personnes âgées.

Si ces décisions relèvent de la direction du CHIPC, en tant que directrice de l'EHPAD et considérant l'impact du futur projet sur l'ensemble de la filière, il me semble opportun de les proposer à la direction générale de l'hôpital.

3.1.2 Objectif opérationnel 1.2 : Mobiliser les partenaires du soin et du médicosocial.

L'organisation d'une filière gériatrique, qui répond à un besoin de prise en charge globale des personnes âgées, devra notamment permettre l'intensification des liens avec l'ensemble des partenaires sanitaires et médico-sociaux du territoire.

Afin de structurer cette filière gériatrique de territoire, une politique d'ouverture volontariste sera nécessaire envers l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux.

A) Conforter les partenariats actuels.

Au-delà des liens étroits entretenus avec les services du CHIPC, le pôle gériatrique a déjà développé à son niveau de nombreux partenariats et conventions formalisés avec les

établissements et services participant à l'accompagnement des personnes âgées et intervenant dans des champs variés.

Le pôle gérontologique est partenaire des réseaux et acteurs du maintien à domicile, en particulier la MAIA Sud et Ouest Charente et le CLCG avec lesquels une réunion mensuelle de coordination gérontologique reste à formaliser.

Par ailleurs, afin de renforcer l'accompagnement des personnes présentant des syndromes dépressifs, des troubles psychiques ou cognitifs ou atteint d'une maladie neurodégénérative, une convention a été passée avec le CHCC pour structurer l'intervention des équipes psychiatriques, ainsi qu'avec l'unité cognitivo-comportementale du centre hospitalier d'Angoulême.

Des consultations mémoires sont également assurées par les services hospitaliers ou des neurologues libéraux et un partenariat avec des associations, telles que France Alzheimer permet d'assurer une permanence au centre hospitalier.

Parmi les pistes de progrès identifiées permettant d'améliorer les partenariats existants, je compte faire effort sur l'amélioration de la coordination des interventions, l'information et la connaissance mutuelle ou encore la formation des professionnels sur des thématiques transverses.

B) Développer de nouvelles collaborations.

Si, au fil du temps, le CHIPC a établi des conventions avec la plupart des EHPAD du territoire, elles restent thématiques. C'est ainsi qu'une convention a pu être établie pour le plan bleu, une autre pour les conditions de recours à l'hospitalisation ou encore sur la mise à disposition de certains professionnels ou l'accès à certaines installations.

Afin de redynamiser les relations avec les EHPAD du territoire, une convention unique présentant l'ensemble des services hospitaliers du CHIPC auxquels les EHPAD pourront avoir recours, sera établie. Ce document cadre pourra être complété par des annexes qui traiteront des partenariats particuliers conclus avec chaque structure.

Si un partenariat avec les EHPAD est nécessaire, il n'est pas suffisant et pourra être complété par des conventions avec les autres acteurs du territoire afin de garantir l'essor de la filière, notamment le CCAS de Cognac, les professionnels de santé libéraux et les services intervenant à domicile afin de mieux anticiper le recours aux hospitalisations.

C) Promouvoir de nouveaux dispositifs de coordination des parcours.

Les rencontres avec les différents acteurs du territoire m'ont permis de relever le déficit d'instances de coordination autour des parcours des usagers. L'absence de CLIC, pourtant promu par l'ARS dans ses orientations régionales, est regrettée par l'ensemble des acteurs. En dépit du rôle actif de la MAIA, les instances de coordination sont encore insuffisantes et les orientations ne sont pas suffisamment articulées en logique de parcours.

Je proposerai donc à la direction générale du CHIPC de plaider pour la mise en place d'un CLIC qui couvrira le territoire de l'ouest Charente. Pour cela, il me semble souhaitable de procéder en plusieurs étapes.

- Partager la problématique avec les acteurs du territoire : les représentants de l'ARS, du Conseil départemental, les gestionnaires d'EHPAD, les services de soins à domicile, les représentants des professionnels de santé libéraux, la MAIA, les coordinateurs gérontologiques ainsi que des représentants du secteur psychiatrique.
- Identifier une équipe « projet », au sein de laquelle la filière gérontologique du CHIPC sera représentée, qui sera chargée de réaliser un diagnostic territorial permettant de construire un état des lieux complet du parcours des personnes âgées sur le territoire cognaçais. Ce diagnostic, qui s'appuiera sur des analyses quantitatives réalisées à partir des données disponibles à chaque étape du parcours (médecine de ville, urgences, hospitalisations, SSR, hébergement et soins de longue durée, soins à domicile) permettra de réaliser :
 - Une cartographie et une analyse populationnelle.
 - Une analyse des flux des personnes et l'objectivation des parcours.
- Partager le diagnostic territorial et définir des actions opérationnelles et une feuille de route permettant d'identifier des parcours cibles, les modalités de coordination et le positionnement de chaque acteur.
- Déterminer les modalités de fonctionnement du CLIC et les indicateurs de suivi.

3.1.3 Objectif opérationnel 1.3 : Elargir et améliorer l'offre d'accompagnement de l'EHPAD.

Afin d'inscrire le nouvel établissement de manière cohérente au sein de cette filière gérontologique mieux articulée et plus lisible, il me semble également important de profiter de ce regroupement pour faire évoluer l'offre d'accompagnement.

Les objectifs poursuivis sont tout à la fois de proposer de nouvelles modalités d'accueil alternatives au « tout établissement », mais également d'améliorer l'offre existante, notamment pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, et de conforter l'établissement dans sa vocation de lieu de vie tout en améliorant l'accès aux soins pour des résidents les plus dépendants.

A) Créer un dispositif d'hébergement temporaire.

Dans une optique de maintien à domicile et de prévention le futur établissement prévoit une évolution de ses modalités d'accueil, à capacité constante, en intégrant 5 places

d'hébergement temporaire. Les finalités de ce dispositif, dont les modalités d'organisation sont définies par une circulaire⁵⁶, sont :

- De lutter contre l'isolement et le repli sur soi des personnes âgées et de leurs aidants.
- D'offrir aux aidants des temps de répit modulables selon leurs besoins, pour lutter contre l'épuisement et les risques de maltraitance induits.
- De maintenir, stimuler, voire restaurer les capacités et l'autonomie des personnes âgées le temps de leur accueil.
- De soutenir et conseiller les aidants dans leur rôle auprès de leur proche.
- De participer au repérage et à la prévention des facteurs de risque de perte d'autonomie et d'épuisement des aidants, en lien avec les acteurs du réseau gérontologique.

Ce dispositif concernera plus spécifiquement les personnes de plus de 75 ans du territoire vivant à domicile, ayant éventuellement été hospitalisées ou étant atteintes d'une pathologie nécessitant des soins importants assurés habituellement au domicile par un service spécialisé.

Cet accueil avec hébergement complet offrira des modalités d'accueil souples afin de s'adapter aux besoins des familles, mais ne pourra dépasser la limite réglementaire de 90 jours. Dans un premier temps, la capacité sera limitée à 5 places afin de ne pas obérer la capacité d'accueil permanent de l'établissement et afin que le taux d'occupation puisse rester conforme aux attentes des autorités de tarification et de contrôle.

La notoriété de ce service devra faire l'objet d'une attention particulière et durable car il faudra toucher un public sans cesse renouvelé. La communication régulière auprès des partenaires et réseaux concernant les prestations du service sera donc nécessaire.

Ce service devra réserver une place particulière aux proches aidants qui devront être à la fois considérés comme des partenaires de l'accompagnement de leur proche et comme des bénéficiaires.

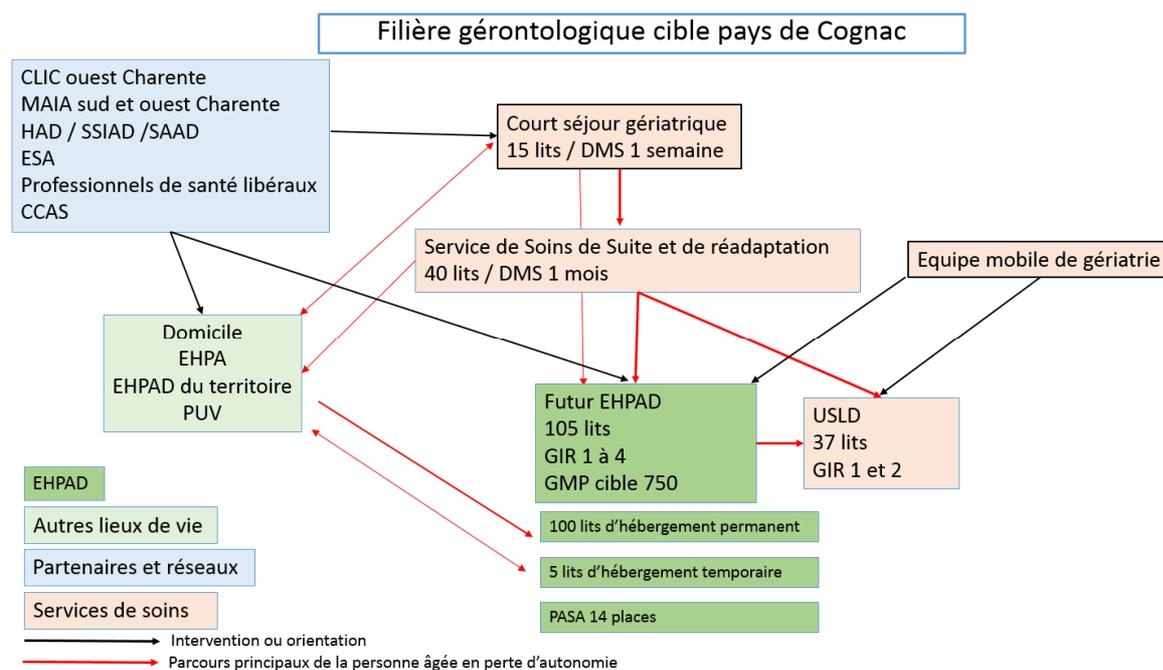
Il faudra donc accompagner les équipes dans cette approche qui sera nouvelle et différente de la relation habituelle avec les familles dans le cadre d'un hébergement permanent.

Le fonctionnement du service devra également prévoir une organisation qui se rapproche au maximum des habitudes de vie de la personne accueillie en termes de goûts et de rythmes, en raison des admissions parfois non programmées et des durées de séjour plus courtes.

⁵⁶ Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.

Enfin, la possibilité de disposer de places d'hébergement au-delà de l'agrément en hébergement permanent, permettra d'accueillir certaines personnes « à l'essai » afin qu'elles puissent se familiariser avec l'établissement et envisager une admission plus durable, tout en conservant la possibilité d'un retour à domicile plus facile pendant cette phase temporaire.

Ainsi, le repositionnement de l'EHPAD au sein de la filière gérontologique du territoire rendra les parcours des personnes âgées plus lisibles et s'inscrira en complémentarité de l'ensemble de l'offre proposée au sein de cette filière.



B) Mieux répondre aux besoins des résidents.

a) *L'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives.*

Je souhaite également mettre à profit ce projet de regroupement pour conduire une réflexion permettant d'améliorer l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives ou assimilées.

Le projet du PASA, dont bénéficient les résidents des deux structures et qui est actuellement localisé sur le site de Montesquieu doit être revisité à l'occasion de ce regroupement. Il doit d'une part bénéficier d'un espace dédié, isolé des lieux de vie, mais également d'un projet de vie et de soins repensé.

Le dispositif d'hébergement temporaire sera également destiné aux personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative, dont les aidants sont particulièrement sollicités.

D'autre part, je souhaite qu'une réflexion soit engagée sur la possibilité de « fermer » deux unités destinées aux personnes atteintes de ces pathologies, notamment lors des nuits afin d'éviter leur mise en danger. Cette possibilité est à intégrer dès la conception du bâti, même si elle n'est pas mise en œuvre dès l'ouverture, afin de conserver une certaine

modularité de la nouvelle structure et d'être en capacité de s'adapter à l'accueil d'un nombre plus important de personnes atteintes de ces pathologies dans les années à venir.

b) Conforter la vocation de lieu de vie de l'établissement en dynamisant le volet animation et vie sociale.

Ce regroupement est également l'occasion de conforter l'établissement dans sa vocation de lieu de vie des personnes qui y sont accueillies. La situation de plus grande dépendance et les besoins de soins accrus ne changent en rien la vocation de l'établissement dans ce domaine.

Si des associations et des bénévoles œuvrent régulièrement au sein des deux EHPAD pour y réaliser des animations, des interventions thématiques ou pour renforcer les liens intergénérationnels, ce volet mérite cependant d'être dynamisé.

Cette dimension me semble particulièrement importante compte-tenu de l'évolution du public accueilli qui sera plus dépendant. Afin que ce futur EHPAD soit identifié comme un lieu de vie dynamique et non comme un « mouvoir », il doit pouvoir afficher une politique d'animation ambitieuse et visible.

Le projet d'animation sera bien entendu adapté à la population accueillie. Il devra stimuler la participation des résidents afin de les inciter à s'impliquer dans les activités proposées, mais également prendre en compte leur libre choix et intégrer que certains d'entre eux aspirent avant tout à du repos et vivent parfois comme une contrainte les activités proposées. La relocalisation du futur établissement au centre-ville de Cognac offre de nombreuses opportunités en la matière. Des sorties en ville et des activités plus inclusives pourront ainsi être proposées, mais également de simples sorties dans le parc arboré situé sur le futur site.

Enfin, la participation et l'implication des proches à la vie de l'établissement seront également favorisées par la relocalisation dans de nouvelles installations, fonctionnelles et mieux implantées. L'organisation d'une journée des familles annuelles ou d'une fête des résidents peut créer des moments de partage et de rencontre de nature à maintenir ce lien essentiel au bien-être des résidents.

c) Améliorer l'accès aux soins et l'accompagnement à la fin de vie.

Ce repositionnement permettra également d'améliorer l'accès aux soins des résidents et de renforcer les compétences des équipes en matière d'accompagnement à la fin de vie qui sont des faiblesses identifiées sur l'EHPAD Guy Gautier.

Les modalités de l'accès aux soins, qu'il s'agisse de la répartition des responsabilités ou de la coordination seront précisées dans le projet de soins du futur établissement.

Je souhaite promouvoir un fonctionnement plus proche de celui qui est actuellement en place sur l'EHPAD Montesquieu mais en ayant recours à l'équipe mobile de gériatrie, dont je proposerai la mise sur pied au sein du CHIPC.

Par conséquent, le recours aux services d'hospitalisation à domicile et aux professionnels de santé libéraux sera moins fréquent, ce qui facilitera la coordination entre les équipes et les services gériatriques du CHIPC, notamment pour les prescriptions et les délais d'intervention.

La réalisation des soins infirmiers comme les modalités de distribution des médicaments sont également à reprendre et à harmoniser. La réalisation des soins devra être adaptée à la dépendance des résidents en évitant des mobilisations inutiles, et le circuit du médicament devra s'appuyer sur la PUI du CHIPC.

En ce qui concerne l'accompagnement en fin de vie, dont les modalités seront précisées dans le projet de soins, je souhaite qu'il soit davantage intégré dans le projet personnalisé du résident dès son élaboration et tout au long de son séjour afin de mieux prendre en compte ses choix dans ce domaine.

Pour l'accompagnement des professionnels, je souhaite également approfondir les formations sur les soins palliatifs et la fin de vie, mais également sur la relation d'aide, la communication verbale et non verbale, la pluridisciplinarité, la gestion du stress.

Enfin je veillerai à ce que les séances d'analyse de la pratique permettent d'aborder les dossiers des personnes décédées, afin de se questionner sur le respect des droits et des souhaits du résident en fin de vie.

3.2 Axe stratégique 2 : Mettre en place les instances de gestion du projet et donner du sens au projet de regroupement.

Comme nous l'avons vu, la réussite de toute démarche de conduite du changement repose en premier lieu sur une vision claire et perceptible par l'ensemble des parties prenantes. Cette vision doit donner du sens au projet, notamment auprès des équipes, qui vont devoir faire le deuil d'un environnement dont elles maîtrisent les contours et les règles, pour un futur incertain. Le deuxième pilier nécessaire à la conduite du changement est un engagement fort de la direction. La mise en place d'instances de pilotage et de gestion de projet permettra de marquer cet engagement et de conduire sa mise en œuvre opérationnelle au cours des prochaines années.

3.2.1 Objectif opérationnel 2.1 : Mettre en place les instances et les outils de pilotage.

- A) Affirmer l'engagement de la direction.

L'implication et le leadership de la direction sont un des prérequis à toute démarche de conduite du changement. En tant que directrice, je devrai donc porter personnellement ce

projet, tout en m'appuyant sur le relai des cadres intermédiaires. Les deux cadres positionnées sur chacune des structures actuelles bénéficient en effet d'une expérience, d'une proximité et d'une écoute de la part de leurs équipes qui permettront de les entraîner.

Bien qu'étant toutes deux dépositaires des modes de fonctionnement actuels, elles ont bénéficié d'une information en amont et ont participé à la réalisation du diagnostic. Il sera particulièrement important de veiller à leur coordination et à l'harmonisation de leurs discours respectifs afin de veiller à ce que les deux équipes reçoivent en permanence une information identique. La cohérence est en effet la base de la confiance qui doit s'instaurer entre l'encadrement et les équipes au cours de cette démarche.

Je sais également pouvoir compter sur le soutien du directeur du pôle de gérontologie qui est à l'origine de ce projet de regroupement, ainsi que sur les instances de la gouvernance du CHIPC qui ont soutenu les démarches entreprises auprès des autorités de tarification et de contrôle.

Je vais par conséquent constituer un Comité de Pilotage (COFIL) initial autour du futur projet, articulé autour de l'équipe de direction de l'EHPAD, dont la composition sera la suivante : directeur pôle gérontologique, directeur des soins, directrice des deux EHPAD (moi-même), les deux cadres de santé des EHPAD.

Ce COFIL, que je compte réunir à échéance mensuelle, sera chargé de la synthèse et de la coordination de l'ensemble des aspects constitutifs de ce projet. Pour cela, il s'appuiera sur les retours des différents groupes de travail participatifs et sur le suivi des indicateurs que je vais mettre en place.

B) Planifier la gestion de projet.

La date d'ouverture étant programmée pour 2021, il est donc nécessaire d'élaborer des outils de gestion de projet (de type Gant, rétroplanning, feuille de route...) qui serviront de guide au COFIL et favoriseront la communication avec les parties prenantes.

Ces outils intégreront l'ensemble des dimensions de la gestion de projet :

- Le volet architectural afin de prendre en compte les principales phases (finalisation du programme, livraison des bâtiments...) qui auront des impacts sur l'ensemble du projet et déclencheront d'autres actions (déménagement des résidents, évolution des équipes...).
- Le volet « résidents » qui permettra de suivre l'évolution du profil et les parcours des nouveaux résidents admis, le taux d'occupation et les listes d'attente.
- Le volet ressources humaines qu'il s'agisse de la constitution ou de la montée en compétence des équipes.
- Le volet partenarial avec les démarches entreprises pour constituer la filière gérontologique.

- Le volet accompagnement qui permettra à terme une harmonisation des pratiques et la mise en place des nouveaux services (accueil temporaire).
- Le volet communication avec les principales échéances du plan de communication.

C) Organiser l'écriture du projet d'établissement.

En ce qui concerne la rédaction du projet d'établissement qui va préciser les ambitions et les modalités de fonctionnement du futur EHPAD, elle se déclinera en deux parties : un projet de vie qui se substituera aux actuels projets de vie des deux EHPAD et un projet de soins qui n'est actuellement en place que sur l'EHPAD Montesquieu. Le projet s'intégrera dans le projet d'établissement global du CHIPC.

Je piloterai la rédaction des projets de vie et de soins, en étant alimentée des conclusions des différents groupes de travail participatifs qui auront été mis en place. Je mettrai en place une équipe de pilotage pour l'élaboration de ces deux projets. Ces deux équipes se réuniront dès le début de l'année 2018 pour le lancement de la démarche, la programmation des travaux et les modalités de réalisation.

Je souhaite qu'une première ébauche de ces deux projets puisse être présentée fin 2018 afin de laisser deux années complètes pour se projeter dans cette nouvelle organisation et déterminer en particulier le calendrier d'harmonisation des pratiques et les axes du plan de formation.

Je souhaite en particulier que les thématiques liées à l'accueil des usagers et à la prise en compte de leurs habitudes de vie et de leurs attentes soient plus particulièrement travaillées, au regard du diagnostic.

3.2.2 Objectif opérationnel 2.2 : Communiquer autour du projet pour fédérer les parties prenantes.

La communication est une dimension stratégique essentielle pour la réussite du changement. Elle devra être conduite tout au long du projet, être adaptée aux publics cibles et ne pas se limiter à une communication institutionnelle verticale et verbale, afin que chacun puisse s'approprier progressivement le projet et ait l'occasion de s'exprimer.

Le plan de communication devra déterminer les publics cibles, les canaux utilisés et les messages principaux à faire passer. Chaque public concerné est en effet plus ou moins sensible à certains arguments plaidant en faveur de ce regroupement.

A) Les équipes des deux EHPAD.

Je souhaite communiquer autour d'un but commun et lisible par tous qui permette de donner du sens au projet : l'objectif poursuivi à travers le regroupement est de mieux répondre aux besoins du territoire et à l'évolution des besoins des personnes âgées

dépendantes, en s'inscrivant dans une logique de parcours et en améliorant la qualité de l'accompagnement.

J'ai conscience que ce message pourrait recevoir un accueil mitigé de la part des équipes, notamment celle de l'EHPAD Guy Gautier, qui pourrait voir dans ce projet une régression et une dérive vers un projet plus sanitaire et moins médicosocial.

La tonalité et la posture que j'adopterai en tant que directrice seront adaptées aux différentes étapes du processus. Si dans un premier temps il s'agira avant tout de rassurer les équipes, il sera par la suite nécessaire d'adopter une posture d'écoute pour permettre à chacun de faire le deuil de l'existant, avant de reprendre la main pour stimuler et challenger les équipes. Une constante m'animerait tout au long du processus : veiller à la continuité de la qualité des accompagnements dispensés aux usagers pendant la phase de transition.

Si la communication vise l'ensemble des parties prenantes, le premier niveau de communication concernera l'équipe de direction et les cadres intermédiaires. Il est en effet indispensable que les cadres intermédiaires comprennent les enjeux et les objectifs et y adhèrent afin de servir de relais auprès des équipes.

A ce stade du projet, les équipes n'ont reçu qu'une information très générale sur le futur projet. La première phase de communication consistera donc à partager le diagnostic sur lequel s'est appuyé ce projet de regroupement.

Je m'appuierai donc sur le diagnostic du fonctionnement actuel des deux structures afin de convaincre que le positionnement actuel de l'établissement ne permet pas de répondre aux besoins du territoire et que le parcours des usagers est ainsi insuffisamment pris en compte.

Cette étape permettra en particulier de partager avec les équipes la synthèse des réponses au questionnaire que je leur ai soumis et qui concernait à la fois le regard porté sur le fonctionnement actuel de la structure et leurs attentes relatives au futur projet de regroupement.

Cette restitution collective se devra d'être transparente sans occulter les points ayant fait l'objet de critiques, mais elle ne devra pas cliver les équipes de chaque structure qui ont émis des appréciations différentes sur certains points clés.

Cette première séquence qui permettra de « planter le décor », pourra également être complétée par des entretiens individuels pour les agents qui souhaitent préciser ou développer certains aspects, mais en évitant à ce stade d'autres séances participatives générales afin d'éviter des prises de position collectives dépendant de jeux d'acteurs.

J'animerai personnellement les premières réunions puis en délèguerai la conduite aux cadres intermédiaires afin que des problématiques qui les concernent puissent être abordées plus directement.

B) Les autres parties prenantes du projet.

L'information générale sur le projet devra également être transmise aux résidents et aux familles au sein du Conseil de la Vie Sociale (CVS) mais également dans le cadre de réunions d'information plus générales.

Pour les personnes âgées du territoire et leurs familles, ce futur projet représente une opportunité de rompre avec l'image aujourd'hui peu lisible, voire dégradée, des deux structures concernées, en raison de la vétusté des locaux ou de leur proximité avec l'hôpital. Plus particulièrement pour l'EHPAD Montesquieu, souvent qualifié « d'EHPAD lourd », en raison de la primauté du projet de soins sur l'accompagnement à la vie sociale, ce sera l'occasion de mettre en valeur la nouvelle implantation et la volonté d'ouverture et d'inclusion.

La communication à destination des résidents devra être rassurante et contenante afin de prendre en compte les particularités de ce public. D'une part, le changement de cadre de vie et d'habitudes de fonctionnement sont systématiquement sources d'inquiétudes pour les résidents qui ont déjà dû s'habituer à de nouvelles habitudes de vie lors de l'admission au sein de l'établissement et qui peuvent appréhender les nuisances liées à la phase de travaux et la perte de certains repères une fois le projet livré. D'autre part, il ne faut pas perdre de vue que l'échéance de réalisation du projet, 4 ans, est une perspective d'assez long terme pour les résidents. Ils sont en effet particulièrement lucides à ce sujet et beaucoup m'ont déjà répondu lors d'entretiens préalables que dans 4 ans, ils ne savaient pas où ils en seraient.

J'ai bien conscience qu'une communication institutionnelle de la part de la direction ne sera pas suffisante et que cette information générale devra être décryptée et relayée par l'ensemble des acteurs (professionnels, intervenants extérieurs...) et entretenue pendant toute le déroulement du projet.

La communication interne s'appuiera également sur d'autres supports plus visuels, comme par exemple un planning de gestion du projet, régulièrement mis à jour et affiché, des plans et des visuels du futur établissement ou un calendrier présentant les différentes phases. Ces supports peuvent tout aussi bien servir de repères aux équipes qu'aux usagers pour se projeter dans la nouvelle structure. Un espace d'affichage spécifique sera ainsi dédié au projet sur chacun des deux EHPAD.

Je participerai, au côté du directeur du pôle de gériatrie, à l'information auprès des instances représentatives du personnel (Comité d'Hygiène, Sécurité et conditions de Travail (CHSCT), Comité d'Etablissement (CE), délégués syndicaux). Je mettrai en avant que la reconstruction de l'EHPAD offrira de meilleures garanties en termes de qualité d'accompagnement, et par voie de conséquence une amélioration des conditions de travail des salariés.

La communication auprès des instances de la gouvernance du CHIPC (directoire, conseil de surveillance pour le volet stratégique et commission médicale d'établissement pour ce qui concerne la qualité des soins) sera prise en charge par le directeur du pôle de gériatrie que je pourrai assister pour des interventions ponctuelles.

Je l'assisterai également pour la communication externe auprès des autorités de tarification et de contrôle. Le directeur du pôle de gériatrie, également directeur financier du CHIPC prendra en charge les échanges liés au financement du projet et je traiterai des autres aspects qualitatifs du projet qui devront figurer dans le futur CPOM.

Pour les autorités de tutelle, la perspective d'un EHPAD repositionné au sein d'une filière gériatrique de territoire relancée, dans une logique de parcours, me semble être une dynamique à mettre en avant.

3.3 Axe stratégique 3 : Accompagner le changement auprès des équipes.

Le diagnostic a mis en évidence les particularités de chacune des deux équipes et leurs attentes relatives à ce projet de regroupement. L'apport théorique a également permis de mesurer que le changement ne se décrète pas, suscite des résistances naturelles et mérite d'être accompagné.

3.3.1 Objectif opérationnel 3.1 : Prendre en compte et lever les résistances au changement.

Si les deux équipes actuelles peuvent sembler similaires au regard de leur composition, nous avons pu constater que les pratiques professionnelles sont aujourd'hui assez différentes sur chaque structure. Nous avons également mis en évidence que les bonnes pratiques professionnelles sont insuffisamment déployées et que la mise en œuvre de certaines dispositions issues de la loi de 2002 restent perfectibles, notamment en ce qui concerne l'accueil et le recueil des attentes de l'usager. Enfin, l'évolution du public accueilli et les nouveaux axes du projet de vie nécessitent de faire émerger un socle de compétences et de pratiques professionnelles communes qui serviront de ciment à la construction d'une identité propre à la nouvelle équipe.

Même si les enjeux peuvent paraître relatifs, notamment parce que ni l'emploi ni le statut des agents concernés par ce regroupement ne seront remis en cause, il faut être conscient que le projet de regroupement engage des bouleversements sociaux qui peuvent s'apparenter à ceux d'une fusion.

Je dois également anticiper que le regroupement sur le site de l'EHPAD Guy Gautier peut être perçu par les équipes de l'EHPAD Montesquieu comme une fusion-absorption par cette autre structure.

Or, mon intention est bien de mettre en commun les atouts et les savoirs de chaque structure. Il sera donc important d'annoncer très tôt cet objectif, d'insister sur la création d'une nouvelle identité, qui sera la synthèse des apports de chacune des anciennes et qui symboliquement sera porteuse d'un nouveau nom.

Bien que les deux équipes n'aient qu'une expérience moyenne de quelques années, chacune d'elle est déjà fortement marquée par des modes de fonctionnement propres qui ont ainsi façonné deux identités professionnelles bien différenciées. L'accompagnement au changement revêt donc un caractère primordial afin d'éviter une perte de repères et de sens.

Dans un premier temps, je m'appuierai sur les personnes qui adhéreront d'emblée à ce projet, pour lesquelles ce changement est vécu comme une opportunité. A ce stade, à partir de l'exploitation du questionnaire soumis début 2017, je pense pouvoir bénéficier du soutien des deux animatrices dont le rôle va être conforté dans le futur projet, ainsi que des IDE, en raison de ma volonté de densifier l'équipe et de refonder le projet de soins. L'ensemble des professionnels intervenant sur les deux structures, en particulier l'équipe du pool et les équipes médicales et paramédicales, devraient également adhérer au projet.

En revanche, c'est du côté des équipes qui interviennent au quotidien pour l'accompagnement et le soin des résidents que j'identifie de potentielles résistances au changement. L'évolution du projet et son impact sur la réorganisation des équipes et les pratiques quotidiennes seront en effet de nature à bousculer leurs habitudes de travail et à engendrer une perte de repères.

Il sera donc particulièrement nécessaire de les accompagner tout au long du déploiement du projet car ces personnes représentent la majorité de l'effectif et interviennent au plus près des usagers. Toute perte de sens pourrait donc avoir un impact sur la qualité de l'accompagnement des résidents.

3.3.2 Objectif opérationnel 3.2 : Organiser la mixité des équipes pour faire émerger un socle de compétences communes.

La formation est un levier destiné à permettre à chaque agent de se sentir concerné en lui donnant les clés pour comprendre ce changement. Elle permet de donner confiance sur la capacité à se projeter, en fait des acteurs du changement et réduit ainsi l'anxiété naturelle liée à leur capacité à faire face à de nouvelles exigences.

A) Mettre en place une organisation apprenante.

L'émergence de nouvelles compétences collectives passe par la répétition d'expériences et la mise en commun de connaissances qui créeront la cohésion du groupe. Aujourd'hui, la séparation physique des deux équipes, le projet différent des deux structures et la culture professionnelle de chaque équipe, s'opposent à ce partage.

Afin de tirer profit des points forts de chaque structure et afin que chaque équipe se sente valorisée et non désavouée à travers ce nouveau projet, il s'agira tout d'abord de réaliser un inventaire des compétences propres et des bonnes pratiques de chaque structure, transposables dans le futur projet.

Pour favoriser cette démarche, je souhaite entreprendre la recomposition des équipes et mettre en place une rotation des professionnels sur chaque structure. Il s'agit à la fois de permettre le transfert de compétences en interne et de renforcer la connaissance mutuelle des équipes, tout en garantissant la qualité de l'accompagnement des résidents. D'autre part, je positionnerai tous les nouveaux salariés recrutés sur les deux sites géographiques.

En liaison avec la direction des ressources humaines du CHIPC, j'organiserai et planifierai au cours des 4 années à venir la rotation des équipes, notamment les AS et ASH sur les deux structures. L'objectif est qu'à l'ouverture du futur EHPAD, chaque professionnel ait effectué une période non continue de 6 mois au sein de l'autre établissement. Cette planification tiendra compte de l'expérience des salariés afin de ne pas déséquilibrer une équipe, mais également du parcours professionnel antérieur, car quelques salariés de l'EHPAD Guy Gautier ont déjà bénéficié d'une expérience préalable sur l'EHPAD Montesquieu.

Je souhaite également mettre en place un système par binômes entre salariés de chaque structure exerçant la même fonction. Chacun des salariés sera ainsi chargé d'accueillir et de tutorer son homologue lors des périodes effectuées hors de sa structure habituelle.

Ce projet devra être exposé aux instances représentatives du personnel et notamment au CHSCT et j'insisterai à cette occasion sur l'intérêt de favoriser la transmission interne de compétences entre salariés et sur la plus-value que cela représente pour chacun en termes d'employabilité.

Ces mesures permettront de converger vers une harmonisation des pratiques professionnelles d'ici l'ouverture du futur établissement. Je souhaite également que lors de l'ouverture de la nouvelle structure, chaque salarié puisse disposer d'une fiche de fonction qui aura été co-construite au sein de groupes de travail dédiés au cours des 4 prochaines années.

L'établissement dispose d'autre part de nombreuses compétences internes, immédiatement disponibles, ou mobilisables au sein des services gériatriques du CHIPC. Des formations internes seront mises en place car elles présentent l'avantage d'être directement en lien avec les problématiques rencontrées sur l'établissement, de créer de l'interdisciplinarité et de fédérer les équipes. Ainsi, l'ergothérapeute, la psychologue, la psychomotricienne et le médecin de l'établissement sont en mesure de dispenser des modules d'enseignement courts et efficaces et d'orienter ainsi durablement les pratiques de l'équipe.

Un temps hebdomadaire sera dédié à ces formations lors des créneaux de réunion institutionnelle du mercredi après-midi ou directement en accompagnement des équipes sur leur temps d'intervention habituel.

B) Développer les compétences en s'appuyant sur des prestataires externes.

Des stages d'immersion au sein des services de gériatrie du CHIPC permettront également d'ouvrir les professionnels à de nouvelles pratiques et de renforcer la connaissance mutuelle avec des équipes intervenant en amont dans le parcours des usagers.

Les thèmes qui me semblent prioritaires concernent l'accompagnement à la fin de vie ainsi que l'utilisation du matériel pour faciliter les mobilisations.

Le recours à la formation externe sera également utilisé pour de nouvelles formes d'accompagnement, notamment pour la prise en compte de l'hébergement temporaire.

Le plan de formation des 4 prochaines années sera traité de manière pluriannuelle et permettra à chacun d'avoir acquis le socle de connaissance requis pour mener à bien le futur projet. Dans le cadre du plan de formation global du CHIPC, le pôle de gérontologie devra être l'objet d'un traitement prioritaire, compte tenu de la démarche engagée.

Ces formations devront être initiées dès 2018 et se poursuivre après l'ouverture de la nouvelle structure. Jusque-là, les équipes qui y participeront seront systématiquement mixtes afin de renforcer la connaissance mutuelle et l'appropriation conjointe de nouvelles pratiques.

Un module concernant l'accompagnement au changement sera destiné aux deux cadres afin de les accompagner dans leur rôle et de mieux comprendre les réactions de leurs équipes. Si nécessaire, l'intervention d'un consultant extérieur sous la forme d'un coaching pourra être envisagé afin d'accompagner l'équipe de direction dans son ensemble.

Le recours à un intervenant extérieur sera également utilisé pour les formations sur les RBPP qui sont pour moi prioritaires. Il n'existe pas actuellement de groupe de travail pour échanger sur ces recommandations et aider les équipes à se les approprier. Les recommandations sont soit intégrées au cas par cas, soit en fonction des sujets traités dans l'établissement. Les professionnels n'ont pas véritablement accès aux recommandations sauf par eux-mêmes en utilisant le site internet de l'ANESM ou quelques exemplaires disponibles dans un bureau.

Je souhaite initier un travail spécifique auprès des professionnels autour de certaines recommandations qui leur permettront d'étayer leur réflexion, déjà engagée par ailleurs, et notamment les recommandations suivantes :

- Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée, prévention, repérage et accompagnement. (mai 2014)

- Qualité de vie en EHPAD (volet 1 à 4) : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident (novembre 2012), la vie sociale des résidents en EHPAD (janvier 2012), l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (septembre 2011), de l'accueil de la personne à son accompagnement (février 2011).
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009).
- L'accompagnement des personnes atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement (février 2009).
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008).

Afin d'accompagner les équipes, de leur permettre de s'exprimer et de faciliter la construction d'une identité commune, je mettrai également en place des séances d'analyse de la pratique au profit des équipes pluridisciplinaires.

Cette démarche permettra d'améliorer la qualité de l'accompagnement en ajustant les méthodes, à partir des situations rencontrées. Elle permettra d'aborder des problématiques récurrentes et de traiter des situations particulières de résidents avec recul pour illustrer certaines situations quotidiennes.

Je souhaite que ces séances soient animées par un intervenant extérieur à l'établissement, sans la présence des cadres intermédiaires, afin que les salariés aient la possibilité de s'exprimer et de partager leurs difficultés sans craintes ni réticences.

Deux thèmes me semblent prioritaires compte tenu de l'évolution du public accueilli : l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives et l'accompagnement à la fin de vie.

Les entretiens professionnels qui se dérouleront au cours de 4 prochaines années seront également l'occasion de faire un point avec chaque salarié sur son cheminement et la manière dont il se projette dans la nouvelle organisation.

Les salariés les plus en difficulté pourront alors faire l'objet d'un accompagnement spécifique. Ceux qui ne se sentiront pas en capacité d'adhérer au projet devront être pris en compte et une réorientation au sein du CHIPC sera étudiée en liaison avec la direction des ressources humaines.

3.3.3 Objectif opérationnel 3.3 : Impulser une démarche participative pour associer les parties prenantes à la co-construction du futur projet.

A ce stade, seuls les grands contours et les principaux axes du projet ont été arrêtés ce qui laisse une marge de manœuvre pour la mise en œuvre et va permettre d'impliquer progressivement les équipes pour les associer à la co-construction du futur projet.

Je mettrai ainsi en place des espaces participatifs de manière à impliquer progressivement les équipes afin qu'elles puissent recevoir les informations concernant le projet mais également faire part de leur perception et de leurs attentes.

Des groupes de travail pourront être mis en place sur différentes thématiques afin de permettre aux équipes de participer à la finalisation du projet, ce qui est également l'un des points clés dans la démarche de conduite du changement.

A ce stade, j'envisage de mettre en place dès 2018 des groupes thématiques sur les volets suivants :

- Les choix architecturaux : finalisation du programme immobilier et impact sur le fonctionnement courant, recueil des attentes pratiques des équipes.
- L'accès aux soins : recours aux soins médicaux, recours aux services d'urgence, conditions d'hospitalisation, réalisation des soins infirmiers, distribution des médicaments, utilisation des systèmes d'information.
- L'animation et le projet de vie sociale des résidents : projet d'animation, répertoire d'activités, choix de partenaires, moyens à mobiliser.
- L'organisation de la vie quotidienne et le fonctionnement courant : organisation des espaces et répartition des résidents, organisation des levers, des couchers, des temps de repas, organisation des transmissions.
- L'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives ou assimilées : l'actualisation du projet du PASA, la sécurisation des résidents.
- Les conséquences en matière de gestion des ressources humaines du futur projet : actions de formation collectives prioritaires.
- Le projet de service du dispositif d'hébergement temporaire : articulation avec l'hébergement permanent, conditions d'admission et de sortie du service.

Afin que la mobilisation des équipes reste compatible avec le fonctionnement courant des deux structures, ces groupes de travail thématiques pourront se réunir à un rythme trimestriel jusqu'après l'ouverture du nouvel EHPAD, hormis pour le groupe consacré au volet immobilier qui se réunira à une fréquence plus rapprochée en 2018 puis plus espacée, une fois les choix définitifs arrêtés.

Le point de vue des personnes directement concernées est essentiel pour déterminer des modalités de fonctionnement correspondant à leurs attentes, au-delà du filtre des regards professionnels. Ils seront donc directement sollicités sur certains choix concernant notamment l'organisation des activités ou des temps de repas.

3.3.4 Objectif opérationnel 3.4 : Adapter l'organisation des RH au nouveau projet.

Mes objectifs dans ce domaine sont de rééquilibrer, de renforcer et de réorganiser l'équipe afin d'améliorer l'accès aux soins au profit d'un public plus dépendant, mais également de dynamiser le volet animation afin d'affirmer la vocation de lieu de vie de l'établissement.

La composition de l'équipe sera nécessairement adaptée à l'évolution du GMP de l'établissement et devra être négociée avec les autorités de tarification et de contrôle dans le cadre de la conclusion du futur CPOM.

Un nouvel organigramme sera élaboré afin de prendre en compte les économies d'échelle que permet le regroupement sur un seul site mais également les nouvelles modalités de fonctionnement et les ambitions du futur projet.

Ainsi, le regroupement sur un seul site permettra de réorganiser les fonctions logistiques et en particulier la restauration, mais également les équipes de nuit. Deux postes pourront ainsi être redéployés au profit de l'accompagnement des résidents en journée.

Compte tenu de l'évolution du profil des résidents, l'équipe paramédicale doit être renforcée et les deux postes d'IDE non pourvus sur l'EHPAD Montesquieu devront être réintégrés au sein de l'équipe. La mutualisation des autres postes paramédicaux permettra de gagner en efficacité et de limiter les déplacements.

Je souhaite également dynamiser le volet animation en profitant des réseaux et dispositifs existants à proximité et des activités développées par l'EHPAD Guy Gautier. Pour cela je constituerai une équipe dédiée à l'animation et à la vie sociale, qui me sera directement rattachée et qui sera composée des deux animatrices et d'une AMP. Je souhaite également que cette équipe puisse s'appuyer sur des Volontaires du Service Civique (VSC).

Ce dispositif, déjà utilisé par de nombreuses structures du secteur social et médicosocial qui sont éligibles, permet à des jeunes de 16 à 26 ans, souhaitant découvrir le milieu professionnel ou valoriser leur contribution à la société, d'effectuer une mission gratifiée ayant une portée citoyenne, culturelle ou sociale. Le coût reste modique pour la structure d'accueil et est de l'ordre de 50 € par mois pour chaque volontaire accueilli.

Les conditions d'emploi des volontaires sont strictes et encadrées et ils ne peuvent effectuer des tâches habituellement dévolues à des salariés. En revanche, ils peuvent intervenir en appui des salariés, notamment pour participer à des activités d'animations, ou pour les assister lors de sorties ou d'activités à l'extérieur, notamment pour un public peu autonome pour les déplacements. Disposer de cette ressource supplémentaire permettra donc de mieux profiter du parc arboré et d'organiser des sorties en ville, ce qui concourra au bien-être des résidents.

Pour s'engager dans cette démarche, il sera nécessaire de demander un agrément auprès de l'Agence du service civique et de proposer une fiche de mission générique qui décrive les principales tâches allouées aux volontaires. Ce projet nécessite donc quelques mois de démarches mais peut être amorcé dès l'année 2018.

L'enjeu est également de recruter et de fidéliser les équipes. Pour cela, la promotion des métiers de la filière me semble primordiale au regard des difficultés de recrutement et de fidélisation. Cette filière est en effet jugée moins attractive auprès des étudiants en cours

de formation, qu'il s'agisse des IDE ou des AS. D'autre part la situation du Cognaçais ne contribue pas à attirer de nouveaux professionnels ou à les fidéliser.

La filière gérontologique pourra servir de catalyseur dans ce domaine et favoriser la mutualisation de compétences en tension telles que les psychomotriciens ou les ergothérapeutes. Des initiatives pourront également être conduites pour mutualiser les formations au sein de la filière et faciliter l'organisation de sessions de formations in-situ.

A mon niveau, j'envisage de prendre contact avec l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et des Aides-Soignants (IFAS) d'Angoulême, afin de proposer de présenter le projet auprès des étudiants en cours de formation, accompagnée par un professionnel de chacun de ces métiers.

La fidélisation des équipes pourra s'appuyer sur les ambitions du nouveau projet et sur la volonté de profiter de ce regroupement pour permettre à chaque agent d'acquérir de nouvelles compétences, dans un cadre de travail plus propice à un accompagnement de qualité.

3.4 Axe stratégique 4 : Évaluer régulièrement le projet et l'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

L'évaluation fait partie intégrante d'un projet. La contractualisation du futur CPOM dès 2018 ainsi que le prochain cycle des évaluations internes et externes sont des opportunités d'élaborer des objectifs partagés avec les parties prenantes et notamment avec les financeurs afin d'inscrire l'établissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

3.4.1 Objectif opérationnel 4.1 : Contractualiser le projet sur la base d'axes et d'objectifs partagés.

La CTP de l'établissement, conclue pour une durée de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2013, arrive à échéance au 1^{er} janvier prochain. Comme évoqué dans le diagnostic, elle sera remplacée par un CPOM qui couvrira la période 2018-2023.

Les objectifs associés à ce futur contrat sont à élaborer conjointement avec les autorités de tarification et de contrôle. Je proposerai que ce CPOM soit centré sur le repositionnement de l'EHPAD et la mise en œuvre de l'opération de regroupement, dans toutes ces dimensions.

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement précise que le CPOM « définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé... ».

En termes de méthodologie⁵⁷, les dernières directives précisent qu'ils doivent comporter un nombre limité d'objectifs afin de permettre aux gestionnaires d'y répondre pleinement ainsi qu'une annexe synthétisant l'ensemble des objectifs et indicateurs retenus.

A cet effet, je proposerai les axes stratégiques suivants, qui seront pour chacun d'eux déclinés en fiches actions précisant la ou les actions développées pour atteindre ces objectifs et les délais de réalisation.

- Axe stratégique 1 : repositionner l'EHPAD au sein d'une filière gérontologique de territoire afin de s'inscrire dans une logique de parcours.
 - Fiches actions : mise en place d'un dispositif de suivi du profil et du parcours du résident, actions de promotion de la filière gérontologique du territoire.
- Axe stratégique 2 : accompagner les équipes de professionnels dans la conduite du changement.
 - Fiches actions : harmonisation des pratiques et des fiches de poste, développement des compétences du personnel, réorganisation des équipes.
- Axe stratégique 3 : améliorer l'accès aux soins des résidents.
 - Fiches actions : informatisation des dossiers de soins, procédure de distribution des médicaments, accompagnement des maladies neurodégénératives, accompagnement à la fin de vie.
- Axe stratégique 4 : améliorer la qualité de vie des résidents, dans le domaine de la vie sociale et de l'animation.
 - Fiches actions : appropriation des RBPP, amélioration de la procédure d'admission et d'accueil, généralisation des projets personnalisés, développement de l'inclusion dans la cité et de l'ouverture de l'établissement, amélioration des relations avec les familles et les proches.

Le cycle de négociation pour la conclusion de ce CPOM débutera en octobre 2017 avec la réévaluation quinquennale de la coupe PATHOS⁵⁸ et le calcul du PATHOS moyen Pondéré (PMP) qui permettra de déterminer, avec le GIR, la dotation soins de l'établissement, dans la limite des dotations plafonds. Ce cycle doit se poursuivre jusqu'en juin 2018, date prévue pour la signature du futur contrat avec l'ARS et le Département.

Chaque année, dans le cadre du dialogue de gestion, un rapport d'activité de la direction précisant l'état d'avancement des objectifs, les actions menées et commentant les écarts

⁵⁷ Instruction N° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des CPOM prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code.

⁵⁸ Voir en annexe 2.

constatés avec les objectifs stratégiques et opérationnels, comportant des annexes dédiées à l'activité médicale et à l'activité d'animation, sera transmis en même temps que les comptes de la structure.

3.4.2 Objectif opérationnel 4.2 : Mesurer l'atteinte des objectifs.

La mesure de l'atteinte des objectifs constitue une étape fondamentale de toute démarche de projet. Cela suppose de retenir des indicateurs qui permettront d'apprécier la réalisation effective des actions projetées. Ces indicateurs quantitatifs ou qualitatifs doivent être simples, compréhensibles par tous et facilement mesurables. Chaque indicateur fera l'objet d'une description et pourra être révisé si nécessaire. Leur périodicité de mise à jour sera adaptée en fonction de l'action de recueil de l'information, afin de ne pas rajouter une charge de travail trop importante. Ainsi, par exemple, l'évaluation du GMP sera réalisée à échéance semestrielle comme c'est déjà le cas actuellement.

Les indicateurs que je mettrai en place seront à la fois binaires (atteinte ou non de l'objectif), quantitatifs et qualitatifs. Les indicateurs qualitatifs sont par nature plus subjectifs. Ils sont cependant indispensables compte tenu de l'ampleur du changement pour l'ensemble des parties prenantes.

Je m'appuierai en premier lieu sur l'ensemble des indicateurs déjà renseignés par l'établissement, notamment les indicateurs de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) que l'établissement renseigne chaque année depuis 2016 à la demande de l'ARS. Rassemblés au sein d'un tableau de bord, cet outil permet à la fois d'organiser le dialogue de gestion entre les structures, les ARS et les Conseils départementaux, mais également au pilotage interne de l'EHPAD. Il permet également à l'établissement de se comparer avec les autres structures de même type.

Les données renseignées par l'EHPAD qui portent sur les prestations (le profil des résidents, leur degré d'autonomie, les pathologies, leur parcours, le taux d'hospitalisation...), les ressources humaines et matérielles (pyramide des âges du personnel, taux d'absentéisme par motif...), les ressources (répartition des recettes, taux d'utilisation de la dotation soins en EHPAD...) et les objectifs (l'état d'avancement de la démarche d'évaluation, du système d'information...) sont tout à fait adaptées au suivi du projet en cours.

En ce qui concerne le volet ressources humaines, ce tableau de bord pourra être complété par les données recueillies dans le cadre du bilan social annuel (absentéisme, formation, rotation des équipes...) afin de mesurer les impacts du projet sur les équipes et l'atteinte des objectifs fixés.

Sur le front des ressources humaines, le suivi de l'absentéisme, les demandes de changement de service et le turnover des équipes devront être plus particulièrement suivis.

D'autres indicateurs plus spécifiques à l'établissement et en lien direct avec les objectifs poursuivis par ce plan d'action pourront être déterminés. Je pense en particulier à ceux en lien avec le déploiement de la filière gérontologique ou aux objectifs en matière de qualité d'accompagnement (accès aux soins, animation et vie sociale).

Une première ébauche sera élaborée collectivement en COPIL puis sera alimentée en associant les équipes dans le cadre des groupes de travail thématiques.

Le ressenti des différentes parties prenantes sera également mesuré de manière qualitative par les membres du COPIL lors des réunions institutionnelles ou des échanges informels.

L'avis des usagers et des familles sera ainsi recueilli par le biais des CVS mais également lors d'échanges directs entre les résidents et les équipes.

En ce qui concerne les équipes, le suivi du climat social fera l'objet d'une vigilance particulière. La participation et l'engagement des professionnels seront les premiers éléments révélateurs en la matière. Je devrai ainsi rester à l'écoute des postures négatives telles que les dénigrement ou les réticences à se projeter dans la nouvelle organisation.

Je souhaite également reconduire le principe d'une enquête annuelle tous les deux ans auprès des salariés, avec une prochaine échéance à mi-projet en 2019, et une seconde après l'installation dans le futur établissement en 2021.

3.4.3 Objectif opérationnel 4.3 : Inscrire le projet dans une démarche d'amélioration continue de la qualité

Sur ce volet, je souhaite à la fois mettre en place des espaces de réflexion pérennes pour recueillir l'avis des parties prenantes et évaluer régulièrement le projet afin de permettre une amélioration continue et des adaptations rapides.

A) Mettre en place un comité d'éthique

Dans la présentation du diagnostic, nous avons mis en évidence la complexité des accompagnements auxquels l'établissement doit répondre. Par la suite, j'ai fait le choix d'éclairer la problématique à travers les besoins et attentes de la personne âgée dépendante.

Or les équipes sont souvent confrontées à des intérêts contradictoires qu'il s'agisse des arbitrages entre sécurité et liberté, entre attentes individuelles et vie collective, de l'accompagnement à la fin de vie, ou encore des lectures parfois dissonantes entre la volonté du résident et celle de la famille.

Je souhaite donc mettre en place un comité de réflexion éthique, que j'animerai et qui sera composé de professionnels de l'établissement, dont un médecin et un psychologue, ainsi que d'un représentant des familles et des usagers. Une réunion programmée

chaque trimestre me paraît suffisante, mais ce comité pourra se réunir de manière exceptionnelle s'il est saisi de situations complexes à traiter sans délai.

En raison de la relocalisation de l'établissement dans un environnement plus inclusif, en cœur de ville, et de la possibilité pour les résidents d'aller et venir librement à l'extérieur de l'établissement, mais également parce qu'un nombre de plus en plus important de résidents souffrent de troubles psychiques ou apparentés, je proposerai que le premier thème abordé concerne la liberté de circulation dans et hors de l'établissement.

B) Préparer le prochain cycle d'évaluations interne et externe.

Les deux EHPAD ont procédé à un cycle d'évaluation interne en 2013 et externe en 2014. Ces structures ont donc adressé leurs résultats d'évaluation interne aux autorités de contrôle et de tarification avant le 31 décembre 2013 et le rapport d'évaluation externe avant le 31 décembre 2014 comme le prévoyait les dispositions réglementaires⁵⁹. Cette démarche a permis aux établissements de voir leurs autorisations renouvelées pour 15 ans début 2017.

Ces évaluations ont donné lieu à un plan d'action qui sert de feuille de route au plan d'amélioration continue, piloté par le responsable qualité dédié au volet médicosocial du pôle de gériatrie et suivi par un COPIL qualité.

Une nouvelle évaluation interne vient tout juste de se dérouler en juin 2017, dont les résultats sont en cours d'exploitation.

L'EHPAD devra programmer deux évaluations externes qui auront lieu pour la première, au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation, soit en 2024 et la seconde, au plus tard deux ans avant son renouvellement, soit en 2030.

Je proposerai de programmer la prochaine évaluation externe en 2024, ce qui permettra d'avoir un regard externe et de faire un point complet 3 ans après le regroupement sur un seul site. Cette programmation permettra de programmer la prochaine évaluation interne, 5 ans après celle qui vient de se dérouler et 2 ans avant l'évaluation externe, soit en 2022.

⁵⁹ L'article 124 de loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST »), codifié à l'article 312-8 du code de l'Action sociale et des familles, et le décret d'application n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des ESSMS.

Conclusion

En France, fin 2015, 10 % des personnes âgées de plus de 75 ans et un tiers de celles âgées de plus de 90 ans vivaient en établissement pour personnes âgées. Parmi elles, 8 sur 10 étaient accueillies en EHPAD.

D'autre part, l'accueil d'une population plus âgée et plus dépendante, nécessitant des soins importants, plus fréquemment atteintes de troubles cognitifs ou de maladies neurodégénératives, atteste que l'EHPAD médicalisé reste une solution pertinente au sein de la palette de dispositifs permettant d'accompagner la perte d'autonomie.

L'objectif général poursuivi à travers ce projet est de permettre aux personnes âgées dépendantes du Cognaçais de vivre le plus longtemps possible selon leur choix et de faire de l'EHPAD public hospitalier du territoire une solution choisie lorsque l'état de santé et le recours aux soins ne permettent plus le maintien sur le lieu de vie habituel.

Pour cela, ce projet vise à décloisonner l'offre et à repositionner le futur EHPAD sur l'accueil d'un public plus dépendant, afin que les personnes âgées puissent bénéficier d'un continuum de prise en charge et d'une plus grande fluidité des parcours, au gré de l'évolution de leurs besoins.

Le projet que j'ai développé constitue la feuille de route de l'EHPAD pour les 4 ans à venir. La mise en œuvre du projet de regroupement et l'échéance prochaine du CPOM constituent des opportunités pour donner un nouvel élan au projet d'établissement, avec le soutien des autorités de tarification et de contrôle, afin de se démarquer d'une logique de prise en charge institutionnelle pour s'inscrire dans une logique de parcours.

Pour le futur EHPAD, il s'agira donc de concilier et d'assumer sa double vocation de lieu de vie, qui offre un accompagnement permettant aux personnes de vivre selon leurs choix, en bénéficiant d'activités adaptées et en maintenant les liens avec leurs proches, et de lieu de soins, qui permet de tirer le meilleur profit du plateau technique de la filière gériatrique du CHIPC pour prodiguer des soins adaptés à des personnes atteintes de plusieurs pathologies.

J'ai bien conscience que le plan d'action que je compte mettre en œuvre est ambitieux et que certaines actions ne relèvent pas directement de ma responsabilité.

Il est ambitieux car il consiste à mettre à profit une opération de regroupement, complexe en soi, pour conduire un changement profond du projet de la structure visant dans le même temps à améliorer et à diversifier l'offre de service.

Cela suppose un accompagnement soutenu des équipes, afin de donner du sens à cette démarche, et une approche qui permette de tirer profit des forces et des savoir-faire de chacune d'elles.

Car c'est à la fois l'identité professionnelle des deux équipes qu'il faudra faire évoluer sans rupture, mais également l'image véhiculée par les deux établissements actuels qu'il faudra renouveler auprès de l'ensemble des parties prenantes.

La création d'une nouvelle structure, porteuse d'un nouveau projet, avec un nom différent, installée dans des locaux adaptés, contribuera à tourner la page de l'histoire et à se projeter vers l'avenir.

En dépit des mesures mises en place pour accompagner les équipes, le changement ne se décrète pas et des réticences vont inévitablement apparaître. Bien que déterminée à mettre en œuvre le plan d'action, je me dois de rester à l'écoute et de conserver une marge d'adaptation afin de tenir compte des suggestions ou des difficultés rencontrées.

Si l'essentiel des actions à mettre en œuvre, sont à conduire à mon niveau, j'ai également bien conscience que certaines démarches, telles que la formalisation de la filière gériatrique, relèvent de la direction du CHIPC, et que d'autres, comme la mise en place d'un CLIC, dépendent de l'adhésion des parties prenantes externes.

Je suis cependant confiante dans la force de ce projet et dans la capacité du CHIPC à le relayer et à entraîner l'adhésion des acteurs de l'environnement afin de cultiver une culture de la collaboration centrée sur les parcours à l'échelle du territoire.

D'autre part ce projet s'inscrit dans le cadre des orientations des politiques publiques qu'elles soient nationales ou locales, qu'il s'agisse de son ambition qualitative, de ses objectifs de mutualisation ou du développement d'un dispositif alternatif au « tout hébergement ». Il en est de même en ce qui concerne les ambitions visant à renforcer les dispositifs de coordination ou à favoriser la coopération entre les acteurs du territoire.

Cependant, même si le soutien des parties prenantes externes est nécessaire pour la mise en place d'une filière gérontologique de territoire, la réalisation de ce projet de regroupement et le nouveau positionnement de l'EHPAD, s'ils perdraient de leur pertinence, ne seraient pas remis en cause si toutefois les parties prenantes externes n'adhéraient que partiellement à la démarche.

Bibliographie

Ouvrages.

- AMIYOT JJ., MOLLIER A., 2013, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, 2e édition, Paris, Dunod, 248 p.
- AUTISSIER D., MOUTOT JM., 2016, *Méthode de conduite du changement*, 4° édition, Paris, Dunod, 315 p.
- BLOCH MA., HENAUT L., 2014, *Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 311 p.
- BOURDELAIS P., 1997, *L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Paris, Editions Odile Jacob, 503 p.
- CARADEC V., 2008, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Armand Colin, collection « 128 », 127 p.
- DUBAR C., 2015, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, 5° édition, Paris, Armand Colin, collection U, Paris, 256 p.
- LAROQUE P., 2014, *Rapport Laroque*, Paris, L'Harmattan, 448 p.
- LIPOVESTSKY G., 1989, *L'ère du vide : essais sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard, collection Folio essais n°121, 315 p.
- OSTY F., 2008, *Le désir de métier-engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes, Presse universitaire de Rennes, collection « des sociétés », 248 p.
- SAINSAULIEU R., 2014, *L'identité au travail*, 3° édition, Paris, Presses de sciences Po, 480 p.

Chapitre d'ouvrage.

- ALTER N., UHALDE M., 2011, *Sociologie du monde du travail*, Paris, Presses universitaires de France, « Quadrige », pp 343-358.
- COLLECTIF, *Gérontologie et société*, Paris, Fondation nationale de gérontologie, pp 37-54.
- VILEZ A., 2007, *EHPAD, la crise des modèles*, Paris, Fondation nationale de gérontologie, n°123, pp 170-184.

Articles.

- DUBOUCHET L., 2006, « Le droit des usagers face aux pratiques professionnelles » *ERES vie sociale*, 2006/1, n°1, p59-70.

- FRAY AM., PICOULEAU S., 2010, « Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail », Management prospective éd, 2010/8, n°38, p72-88.
- LOUBAT JR., 2013, « *Parcours et projets de vie : vers une reconfiguration de l'action médico-sociale* », Les Cahiers de l'Actif n°446-447 Juillet/Août 2013, 14 p.
- MORIN L., 2015. *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France métropolitaine en 2014*, Paris, La Revue de Gériatrie, Tome 40, No 9, 10 p.

Autres supports.

- ANAP, 2012, *Le parcours des personnes âgées sur un territoire : réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire*, 80 p.
- ANAP., 2013, *Construire un parcours de santé pour les personnes âgées*, Mettre en œuvre et Partager, 44 p.
- ANESM., 2011, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en EHPAD (volet 1). De l'accueil de la personne à son accompagnement*, Saint-Denis, 70 p.
- ANESM., 2011, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en EHPAD (volet 2). Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, Saint-Denis, 57 p.
- ANESM., 2012, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en EHPAD (volet 3). La vie sociale des résidents en EHPAD*, Saint-Denis, 64 p.
- ANESM., 2012, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en EHPAD (volet 4). L'accompagnement personnalisé de la santé du résident*, Saint-Denis, 110 p.
- ANESM., 2008, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées*, Saint-Denis, 32 p.
- ANESM., 2009, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*, Saint-Denis, 45 p.
- ANESM., 2008, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Saint-Denis, 47 p.
- CNSA, 2013, *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*, Prospective, 25 p.
- CNSA, 2016, *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, 20 p.
- CNSA, 2017, *Evaluation qualitative PAERPA*, Série études et recherches N°135, 72 p.

- CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA CHARENTE., 2014, *Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2015-2019*, Direction de la solidarité, Angoulême, 147 p.
- CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA CHARENTE, 2016, *Guide des établissements sociaux et médico-sociaux pour les Personnes Agées*, Direction de la solidarité, Angoulême, 106 p.
- COUR DES COMPTES, 2005, *Les personnes âgées dépendantes*, Rapport au Président de la République, Paris, 447 p.
- COUR DES COMPTES, 2016, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie*, Paris, 198 p.
- DREES, février 2014, *Etudes et résultats n°814, L'offre en EHPAD en 2011*, Paris, 6 p.
- DREES, juillet 2017, *Etudes et résultats n°1015, premiers résultats de l'enquête EHPA 2015*, Paris, 8 p.
- GRAT, 2009, *Enquête nationale sur les besoins et attentes des personnes âgées dépendantes et de leurs proches aidants en matière de relais*, Paris, 59 p.
- KPMG, 2015, *EHPAD, vers de nouveaux modèles*, Paris, 57 p.
- OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE POITOU-CHARENTES, 2014, *Autonomie des personnes âgées, Synthèse documentaire réalisée dans le cadre de la mise en place des plateformes de santé publique à l'ARS de Poitou-Charentes*, 81 p.

Textes législatifs et réglementaires

Lois

- Loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources.
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST »).
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Décrets

- Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- Décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.
- Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 pris en application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement concernant les « résidences autonomie ».

Circulaires

- Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).
- Circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
- Circulaire N°DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ».
- Circulaire N°DHOS/O2/F2/DGAS/2C/CNSA/2008/340 du 17 novembre 2008 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée.
- Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.

Instruction

- Instruction N° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des CPOM prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code.

Liste des annexes

Annexe 1 : Les établissements et services pour personnes âgées de l'ouest Charente.

Annexe 2 : La grille AGGIR et le modèle PATHOS.

Annexe 3 : La dépendance des usagers accueillis au sein des EHPAD Guy Gautier et Montesquieu.

Annexe 4 : Le profil des deux équipes pluridisciplinaires.

Annexe 5 : Extraits du questionnaire préparatoire à l'écriture du futur projet de vie.

Annexe 6 : Extraits de la synthèse des réponses au questionnaire.

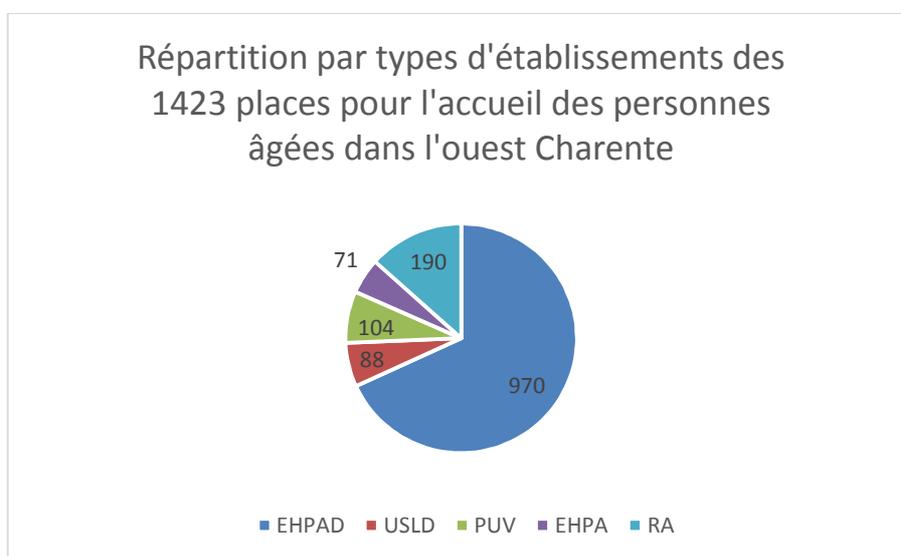
Annexe 1 : Les établissements et services pour personnes âgées de l'ouest Charente⁶⁰.

Commune	Type d'établissement	Nom de l'établissement	Nombre de places
Bourg-Charente	EHPAD privé	Le Château de Cressé	77 HP
	PUV privé	Résidence du Parc	46 HP
Châteauneuf-sur-Charente	EHPA public territorial	Félix Gaillard	71 HP
	EHPAD public hospitalier	Domaine de Barqueville	51 HP 15 HT 8 AJ (Alz)
	USLD public hospitalier	USLD du centre hospitalier	51 HT
Cognac	EHPAD public hospitalier	EHPAD du CHI du pays de Cognac	105 HP
	USLD public hospitalier	USLD CHI du pays de Cognac	37 HP
	RA public territorial	Alain de Raimond	106 logements
	EHPAD privé	Charles d'Orléans	60 HP
	EHPAD PNL	COS Sainte-Marthe	40 HP 1 HT 6 AJ (Alz)
Genac - Bignac	PUV privé	La Touche	10 HP
Rouillac	EHPAD privé	Les Hyades	50HP (dont 10 Alz)
	EHPAD PNL	Les Marronniers	45 HP 2 HT
Salles-d'Angles	PUV privé	Domaine du Noblet	24 HP
Segonzac	EHPAD PNL	Raby Barboteau	59 HP 3 HT 6 AJ (Alz)
Gourville :	EHPAD privé	La Roseraie	49 HP (dont 10 Alz) 1 HT
Hiersac	EHPAD privé	La Picaudrie	50 HP (dont 10 Alz)

⁶⁰ CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA CHARNTE, 2016, *Guide des établissements sociaux et médico-sociaux pour les Personnes Agées*, Direction de la solidarité, Angoulême, 106 p.

			6 AJ (Alz)
Jarnac	EHPAD public hospitalier	Résidence médico-sociale	98 HP (dont 12 Alz) 2 HT (Alz)
	EHPAD PNL	Le Bois Doucet	64 HP (dont 8 Alz)
Lignières-Sonneville	EHPAD PNL	Larchier	30 HP
Marcillac-Lanville	PUV privé	Le Prieuré	24 HP
Mérignac	EHPAD PNL	COS Les Fins bois	63 HP (dont 26 Alz) 2 HT
Châteaubernard	RA privé	Les Jardins de Louise	84 logements

PNL : privé non lucratif / HP : hébergement permanent / HT : hébergement temporaire / AJ : accueil de jour / PUV : petites unités de vie / RA : résidence autonomie / Alz : Alzheimer



Les services intervenant à domicile :

SAAD : 6 gestionnaires.

- AIDADOM 16 UNA,
- Association familiale de Cognac – AFC,
- Association La Croix-Rouge française – pôle domicile 16,
- Association pour la gestion des emplois familiaux – AGEF,
- Fédération des associations d'aide à domicile en milieu rural – ADMR,
- SAAD Mutualiste (Mutualité Française Charente).

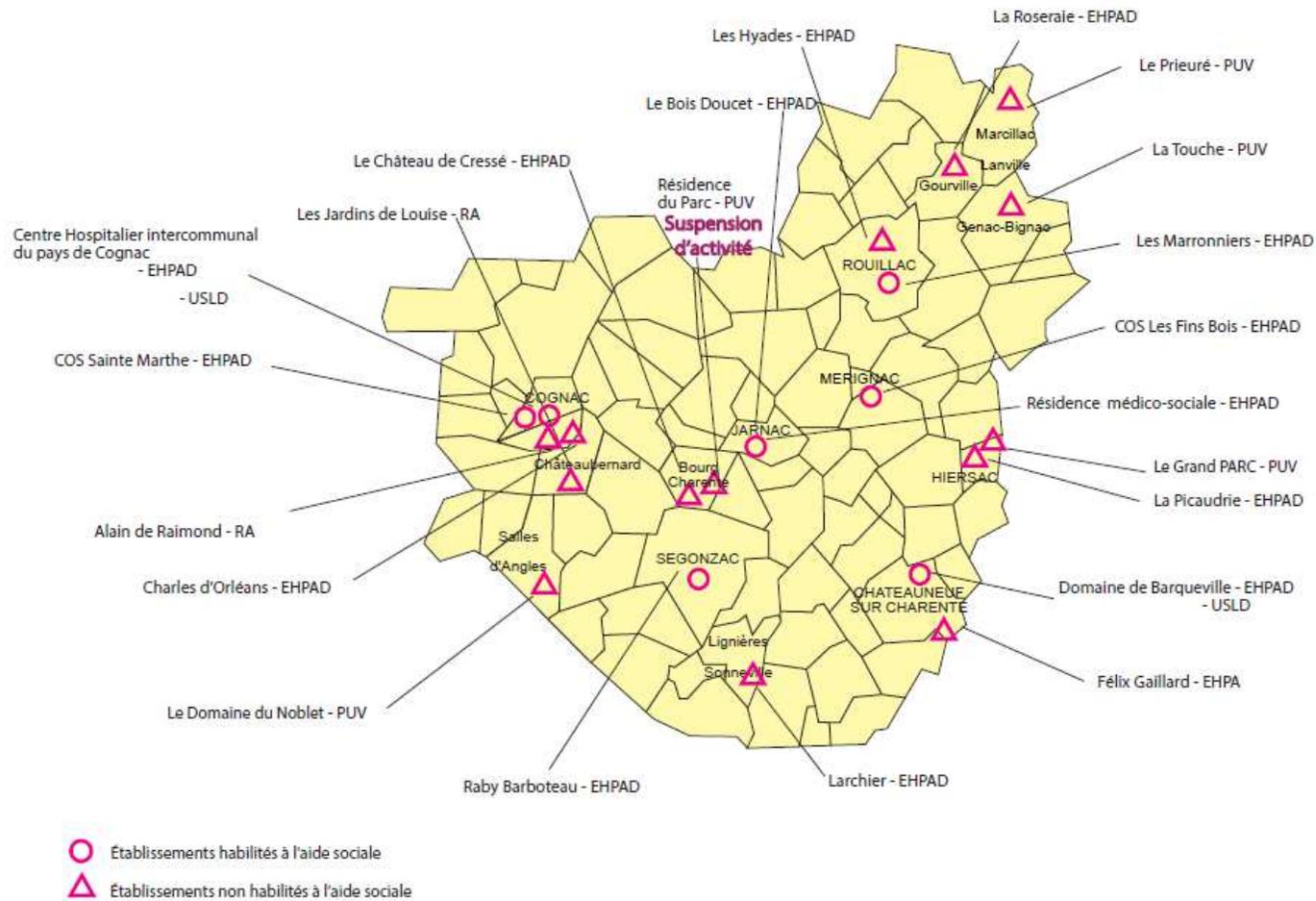
SSIAD : 860 places, 4 gestionnaires.

- Mutualité Française Charente (490 places),
- ADMR (243 places),
- Croix Rouge Française (85 places),
- G.C.S.11 « établissements publics de santé de la Charente » (42 places).

HAD : 1 gestionnaire.

- Mutualité Française Charente.

Les établissements accueillant des personnes âgées sur le pays de l'Ouest Charente



Annexe 2 : La grille AGGIR et le modèle PATHOS.

La grille nationale **AGGIR** (Autonomie gérontologique groupes iso ressources) permet d'évaluer la perte d'autonomie à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne seule.

L'évaluation se fait sur la base de 17 variables :

- 10 variables dites "discriminantes" se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources) : communication et cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts (se lever, se coucher, s'asseoir), déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur, communication à distance.
- 7 variables dites "illustratives", concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens, cuisine, ménage, transports, achats, suivi du traitement, activités de temps libre.

Chaque variable possède trois modalités : A (fait seul, totalement, habituellement et correctement), B (fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement), C (ne fait pas). En fonction de son degré de dépendance, la personne âgée est classée dans un des 6 groupes iso-ressources (GIR). Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA.

Le GIR moyen pondéré (GMP) pour un établissement est égal au total des points GIR de ses résidents rapporté au nombre total de ses résidents.

GIR	GMP	Degrés de dépendance
1	1 000	<ul style="list-style-type: none"> • Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants, • Ou personne en fin de vie.
2	840	<ul style="list-style-type: none"> • Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, • Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.
3	660	<ul style="list-style-type: none"> • Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.
4	420	<ul style="list-style-type: none"> • Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage, • Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.
5	250	<ul style="list-style-type: none"> • Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
6	70	<ul style="list-style-type: none"> • Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante.

Le modèle **PATHOS** est un outil utilisé par les professionnels de santé pour adapter la prise en charge médicale des personnes âgées, en fonction de leur état de santé et de la stratégie thérapeutique correspondante.

Les éléments du modèle PATHOS

Le modèle PATHOS est composé de plusieurs variables :

- 50 états pathologiques qui regroupent les différents troubles dont peuvent être atteintes les personnes âgées (cardio-vasculaires, neuro-psychiatriques, broncho-pulmonaires, infectieuses, dermatologiques, ostéo-articulaires, gastro-entérologiques, endocriniennes...).
- 12 profils de soins qui vont de l'absence de traitement ou de surveillance médicale à la nécessité de soins lourds et d'une surveillance quotidienne (lorsque le pronostic vital est engagé), en passant par la rééducation fonctionnelle, les soins psychiatriques...
- 8 postes de ressources : soins généraux octroyés par un médecin gériatre, soins de psychiatrie, soins infirmiers, rééducation par un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste..., psychothérapie ordonnancée par un psychologue ou un psychomotricien, actes de biologie, actes d'imagerie, pharmacie et petit matériel

L'utilisation de l'outil PATHOS en EHPAD

Cet outil peut être utilisé à un niveau individuel pour évaluer la situation pathologique d'une personne âgée et adapter le programme de soins.

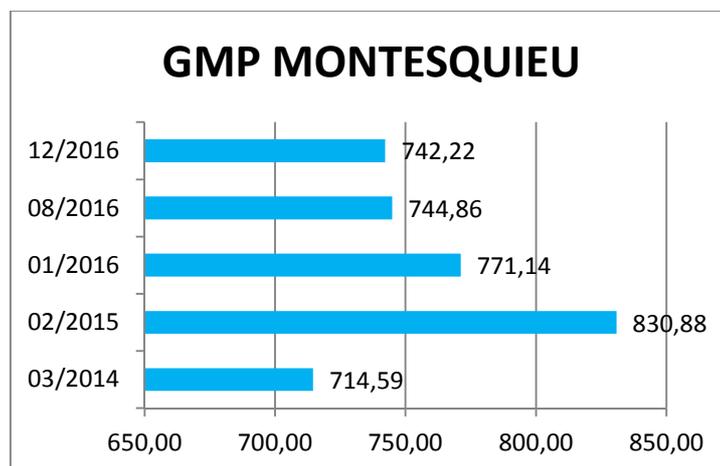
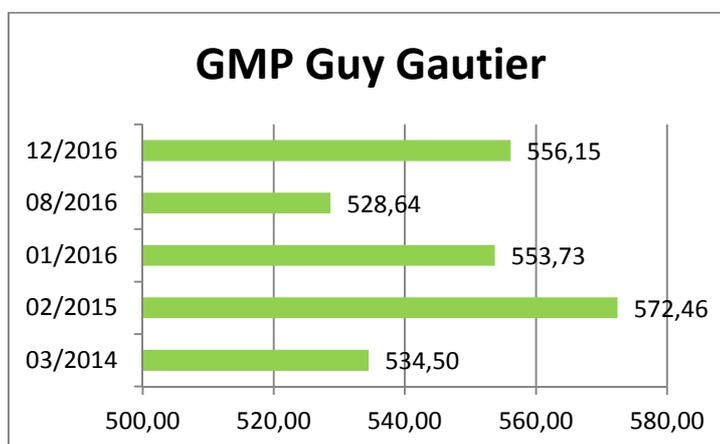
Le PATHOS est également utile au niveau collectif pour caractériser l'état de la prise en charge médicale dans un établissement ou un service de soins. En EHPAD, le PATHOS permet également de réaliser un bilan à partir de l'évaluation de tous les résidents, par exemple pour évaluer les besoins en personnel soignant et les différents moyens à mobiliser. Le PATHOS Moyen Pondéré (PMP) permet ainsi de déterminer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge d'un public spécifique.

Le modèle PATHOS est donc complémentaire de la grille AGGIR et permet d'ajuster au mieux la prise en charge des personnes âgées malades accueillies en EHPAD.

À la différence de la grille AGGIR, qui sert à évaluer la perte d'autonomie du résident, le PATHOS en EHPAD aide le médecin coordonnateur à définir un projet de soins personnalisé.

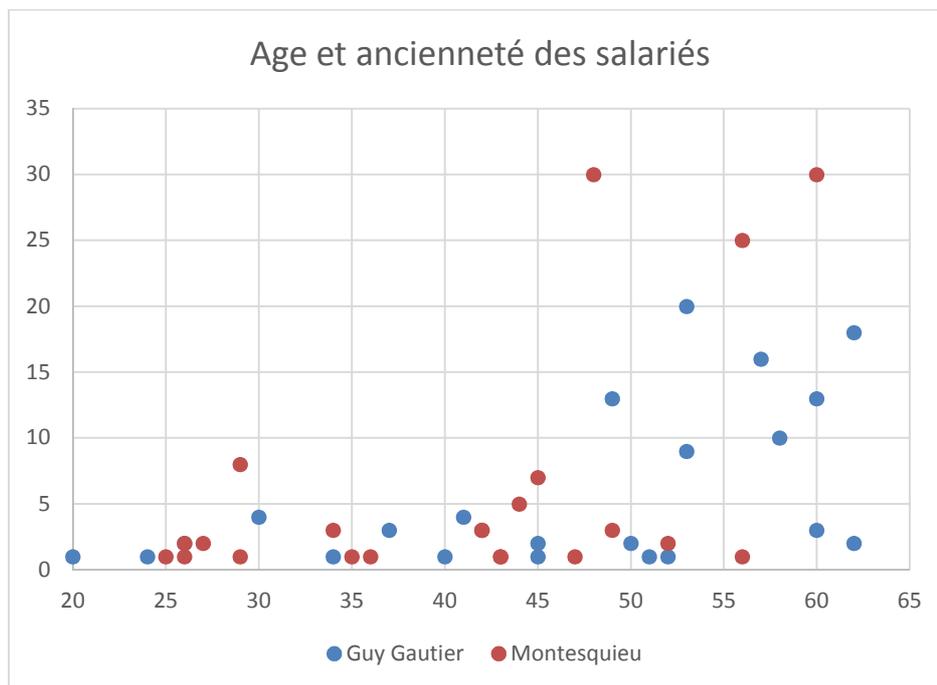
Annexe 3 : La dépendance des usagers accueillis au sein des EHPAD Guy Gautier et Montesquieu.

CALCUL DU GIR MOYEN PONDERE EHPAD MONTESQUIEU					CALCUL DU GIR MOYEN PONDERE EHPAD FGG				
	VALORISATION EN POINTS GIR	NOMBRE DE GIR	TOTAL POINTS GIR			VALORISATION EN POINTS GIR	NOMBRE DE GIR	TOTAL POINTS GIR	
GIR 1	1000	6	6000	GIR MOYEN PONDERE	GIR 1	1000	2	2000	GIR MOYEN PONDERE
GIR 2	840	15	12600		GIR 2	840	21	17640	
GIR 3	660	9	5940		GIR 3	660	9	5940	
GIR 4	420	4	1680		GIR 4	420	20	8400	
GIR 5	250	2	500		GIR 5	250	7	1750	
GIR 6	70	0	0		GIR 6	70	6	420	
	GIR 1 à 6	36	26720	742,22		GIR 1 à 6	65	36150	556,15



Pathologie principale	Guy Gautier	Montesquieu
Syndromes dépressifs	18	4
Troubles psychiques et/ou cognitifs	16	17
Parkinson.	3	2
Alzheimer	1	5
Pathologie fonctionnelle	6	9
	44	37

Annexe 4 : Le profil des deux équipes pluridisciplinaires.



	Guy Gautier	Montesquieu
CADRE SANTE	0	0,3
CADRE	1	0,55
IDE	1,8	4,2
AS jour /nuit	12,5	9
ASH jour/nuit	11,75	7,85
Animateur	1	0,5
Prépa pharmacie	0,3	0
Kiné	0,3	0,5
Ergothérapeute	0,25	0
Psychomotricien	0,2	1,25
Psychologue	0,5	0,5
Administration	0,65	0
Secrétaire médical	0	0,15
Direction	0,14	0,08
Medecin coordinateur	0,2	
	30,59	24,88
Résidents	65	36
GMP	556	742
Taux d'encadrement	0,47	0,69
Taux d'encadrement paramédical	0,24	0,43
Taux d'encadrement éducatif et d'animation	0,02	0,01

Annexe 5 : Extrait du questionnaire préparatoire à l'écriture du futur projet de vie.

Bonjour,

Afin de poser les bases du futur projet de vie de l'EHPAD, je vous soumetts un questionnaire qui vise :

1. à recueillir votre avis sur le fonctionnement actuel des 2 structures (Guy Gautier et Montesquieu)
2. à prendre en compte vos attentes pour l'écriture du projet de vie du futur EHPAD suite au regroupement des 2 structures

L'enquête est anonyme et dure environ 15 minutes.

Question 1 : Sur quelle structure travaillez-vous actuellement ?

Veillez sélectionner seulement une seule réponse ci-dessous

1	Guy Gautier	<input type="checkbox"/>
2	Montesquieu	<input type="checkbox"/>

Question 2 : Quelle est votre fonction actuelle ?

Veillez cocher une seule case

1	IDE	<input type="checkbox"/>
2	AS	<input type="checkbox"/>
3	ASH	<input type="checkbox"/>
4	Auxiliaire de vie	<input type="checkbox"/>
5	Animatrice	<input type="checkbox"/>
6	Autre (préciser)	<input type="checkbox"/>

Question 4 : Comment évaluez-vous l'accueil de la personne âgée et son accompagnement ?

Une seule réponse par ligne

	Tout à fait satisfait 	Plutôt satisfait 	Pas vraiment satisfait 	Pas du tout satisfait 	Non Concerné 
Livret d'accueil, site internet					
Le partage en équipe lors d'une admission.					
L'aide à la prise de repères par le résident au cours des premières semaines.					
Le recueil des habitudes de vie du résident, projet personnalisé					
La co construction en équipe du projet personnalisé					

Question 5 : Que pensez-vous de la vie sociale des résidents ?

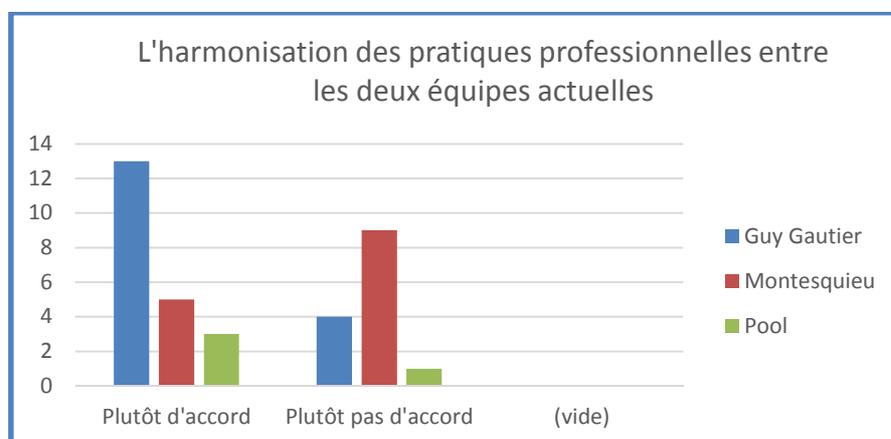
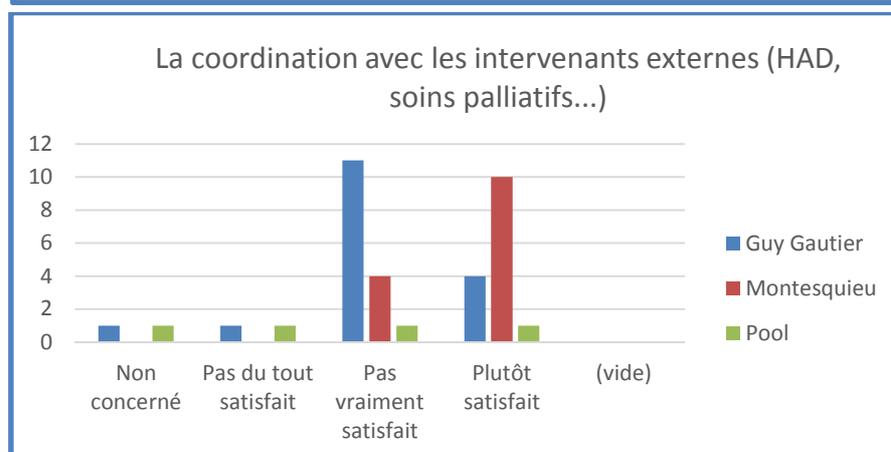
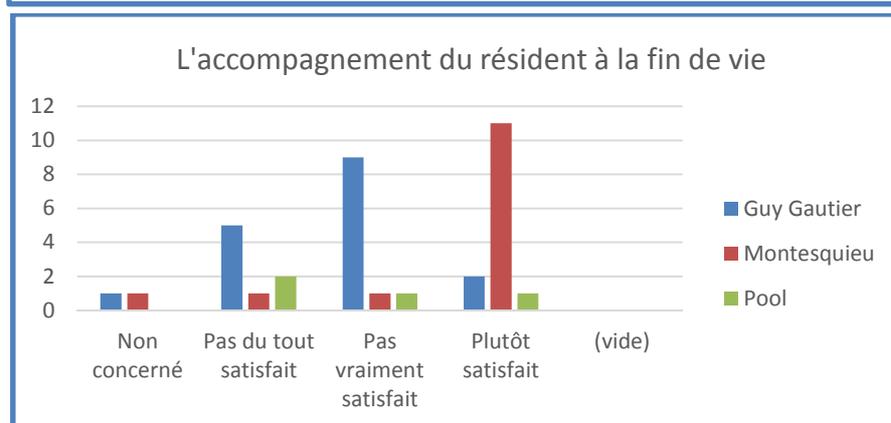
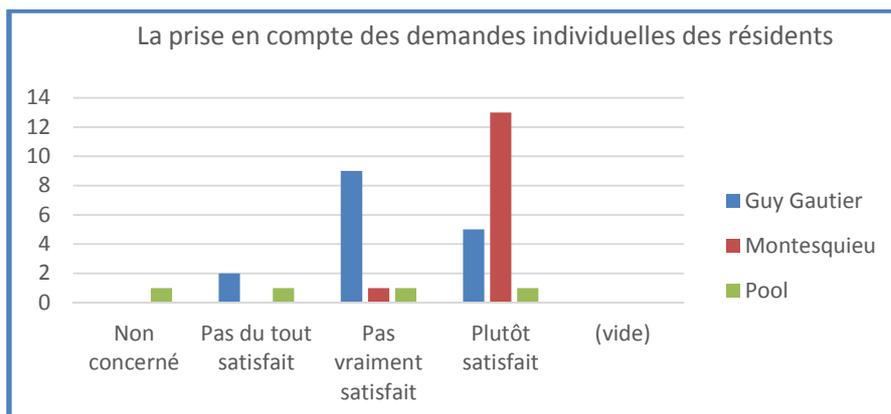
Une seule réponse par ligne

	Tout à fait satisfait 	Plutôt satisfait 	Pas vraiment satisfait 	Pas du tout satisfait 	Non Concerné 
Les activités d'animation (information, participation, co construction avec les résidents, intérêt des résidents...)					
La participation des résidents au projet et à la vie de l'établissement (CVS, commissions...).					
L'intervention d'acteurs externes dans la vie de l'établissement (bénévoles..).					
La prise en compte des demandes individuelles des résidents.					
La participation des proches à la vie de l'établissement.					
L'inclusion des résidents dans la vie de la cité.					
L'exercice des droits civiques par les résidents.					

Dans le cadre du futur regroupement des deux EHPAD (Guy Gautier et Montesquieu) sur un seul site, pour chacun des items ci-dessous, indiquez si vous êtes plutôt d'accord ou pas d'accord, et s'il s'agit d'un axe prioritaire ou secondaire du futur projet.

	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord		Prioritaire	Secondaire
La possibilité d'accompagner des résidents plus, ou moins, autonomes.					
L'harmonisation des pratiques professionnelles entre les deux équipes actuelles.					
Une opportunité d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents.					
Une opportunité d'améliorer les conditions d'accueil et de travail (bâti).					
Une opportunité d'ouvrir l'établissement et de favoriser l'inclusion dans la cité.					
Une opportunité d'améliorer l'image de l'établissement.					
Une opportunité d'améliorer l'accès aux soins.					

Annexe 6 : Extrait de la synthèse des réponses au questionnaire.



AIGUBELLE

Isabelle

Novembre 2017

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**
ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Poitou-Charentes

**INSCRIRE LE FUTUR EHPAD AU SEIN DE LA FILIERE GERONTOLOGIQUE DU
TERRITOIRE POUR ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE**
L'OPPORTUNITE D'UN REGROUPEMENT POUR PASSER D'UNE LOGIQUE
INSTITUTIONNELLE A UNE LOGIQUE DE PARCOURS.

Résumé :

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du Centre Hospitalier Intercommunal du pays de Cognac (CHIPC), en Charente, est un établissement public hospitalier actuellement implanté sur deux sites géographiques distincts.

Un projet de regroupement des deux structures sur un seul site est engagé et se concrétisera en 2021.

A ce jour, les deux établissements fonctionnent de manière institutionnelle. Leur positionnement distinct, comme leur cloisonnement, ne permettent pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins d'un territoire peu maillé et marqué par le déficit de réseaux de coordination des parcours.

Le projet développé comporte donc deux dimensions principales à conduire en parallèle qui sont d'une part de promouvoir et d'intégrer le dispositif gérontologique du territoire et d'autre part de mettre en œuvre le regroupement des deux structures existantes en accompagnant les parties prenantes au changement.

Mots clés :

EHPAD, CHARENTE, CLOISONNEMENT, PROJET, REGROUPEMENT, CHANGEMENT, PARCOURS, COOPERATION, RESEAU GERONTOLOGIQUE, IDENTITE PROFESSIONNELLE.

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