

**DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICE D'UN EHPAD EN
FAVEUR DES PERSONNES AGEES SOUHAITANT RESTER
A DOMICILE MALGRE LEUR PERTE D'AUTONOMIE**

Ingrid TOMAS CWIDAK

2019

Remerciements

A l'ensemble de l'équipe pédagogique pour la qualité de son suivi
A ma famille pour son soutien inconditionnel

Sommaire

Introduction	1
1 Les personnes âgées : de nombreuses réalités	3
1.1 Le vieillissement en Europe, en France et sur le territoire	3
1.1.1 La démographie européenne	3
1.1.2 La démographie française.....	3
1.1.3 La démographie départementale	4
1.2 La vieillesse : une notion complexe et évolutive	5
1.2.1 Le contexte social.....	5
1.2.2 Le contexte familial.....	5
1.2.3 De la dépendance à la perte d'autonomie	7
1.3 Les politiques publiques du grand âge	9
1.3.1 Les Politiques Publiques en Europe	9
1.3.2 Les Politiques Publiques en France.....	11
1.3.3 Les Politiques Publiques du territoire	14
1.4 Les EHPAD	16
1.4.1 Les outils et les lois	16
1.4.2 Le financement des EHPAD	17
1.4.3 Le public accueilli	18
1.4.4 L'EHPAD : la solution par défaut du domicile.....	18
1.5 Les dispositifs de maintien au domicile	20
1.5.1 Les SSIAD	20
1.5.2 Les SAAD	21
1.5.3 Les différents types de domicile.....	21
1.6 Une autre forme de soutien du domicile	22
1.6.1 Une aide aux aidants.....	23
1.6.2 Une préparation à la vie en institution	23
1.6.3 Une période de bilan	24
1.6.4 Les freins à la généralisation de ce type d'offre	24
2 L'établissement les « Pivoles »	27
2.1 Les résidents dans leur lieu de vie	27

2.1.1	La photographie de l'établissement.....	27
2.1.2	Le profil des résidents des « Pivoles »	28
2.2	Les salariés des « Pivoles »	30
2.2.1	Les missions et les valeurs de l'établissement.....	30
2.2.2	L'organisation du travail	31
2.2.3	Le profil des salariés	32
2.2.4	Le financement de l'établissement	34
2.3	L'environnement de l'établissement	34
2.3.1	Les alternatives au domicile existant sur le territoire	35
2.3.2	La Plateforme d'Accompagnement et de Répit des Aidants Familiaux : PARAF.	36
2.3.3	Les structures hospitalières	37
2.3.4	Les équipes mobiles	38
2.3.5	Les offres de service d'hébergement	39
2.3.6	L'hébergement temporaire.....	39
2.4	L'admission aux « Pivoles » : un processus perfectible	40
2.4.1	La demande d'admission	40
2.4.2	Le déroulement de la visite de pré admission	40
2.4.3	Le ressenti des familles	42
2.4.4	Les visites de pré admission : intérêt et limites	42
2.4.5	L'admission aux « Pivoles ».....	43
2.5	Des aidants présents auprès de leur proche.....	44
2.5.1	Les familles et la vie à l'EHPAD	44
2.5.2	Le regard des familles.....	45
2.5.3	Le regard des salariés.....	46
2.5.4	De la prévention de la perte d'autonomie à l'accompagnement en soins palliatifs	46
2.6	Le diagnostic de l'EHPAD	47
2.6.1	L'environnement des « Pivoles » entre opportunités et menaces	47
2.6.2	L'établissement entre ses forces et ses fragilités.....	49
3	La Plateforme avec hébergement temporaire du territoire Porte des Alpes.....	53
3.1	Le projet de diversification de l'EHPAD	53
3.1.1	Le partenariat, la proximité et un accueil à taille humaine : les atouts de l'EHPAD	54
3.1.2	L'hébergement temporaire.....	54

3.1.3	L'infirmière de nuit	56
3.1.4	La garde de nuit itinérante	57
3.1.5	Le renforcement de l'accompagnement en soins palliatifs et quelques perspectives	57
3.1.6	Les enjeux et les risques inhérents à ce projet de plateforme	58
3.2	Les préalables à la mise en place d'une plateforme de ressource	58
3.2.1	L'identification des besoins des personnes âgées du territoire et de leurs proches aidants	59
3.2.2	L'inscription des professionnels ressources dans la plateforme	59
3.2.3	L'inscription des personnes âgées et des proches aidants dans le dispositif.....	61
3.2.4	L'écriture du dispositif ressource	62
3.2.5	La coordination : un rouage indispensable sur le territoire	63
3.3	L'élaboration du projet de service, dans le cadre du projet d'établissement	64
3.3.1	Les bénéfices attendus	64
3.3.2	Les actions	65
3.3.3	Les critères d'évaluation	66
3.4	Le financement prévisionnel	66
3.4.1	Les bénéfices attendus	66
3.4.2	Les actions	66
3.4.3	Les critères d'évaluation	68
3.5	Le déploiement de la plateforme	68
3.5.1	Le lancement opérationnel.....	69
3.5.2	La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	70
3.5.3	L'approche des Risques Psycho Sociaux par la démarche qualité de vie au travail.....	72
3.6	Etablissement d'un plan de communication interne et externe.....	74
3.6.1	La communication en interne	74
3.6.2	La communication en externe.....	75
	Conclusion	77
	Bibliographie	79
	Liste des annexes	87

Liste des sigles utilisés

AMP : aide médico psychologique

ANACT : agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

ANFH : association nationale de formation hospitalière

ARACT : association régionale pour l'amélioration des conditions de travail

ARS ARA : agence régionale de santé Auvergne Rhône Alpes

AS : aide-soignante

ASH : agent de service hospitalier

ASV (loi) : loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

CE : comité d'entreprise

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COFIL : comité de pilotage

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CVS : conseil de vie sociale

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DUERP : document unique d'évaluation des risques professionnels

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GHND : groupement hospitalier Nord Dauphiné

GIR : groupe iso ressource

GMP : GIR moyen pondéré

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : haute autorité de santé

INRS : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

MAPAD : Maison d'Accueil de Personnes Agées Dépendantes

MDA : maison départementale de l'autonomie

PASA : pôle d'activité et de soins adaptés

PATHOS : outil mesurant la charge en soins médico-techniques requis par les résidents compte tenu de leurs pathologies

PMP : pathos moyen pondéré= charge en soins requise

RPS : risques psychosociaux

TPA : Territoire Portes des Alpes

USLD : unité de soins longue durée

Introduction

Le vieillissement de la population est un phénomène mondial auquel sont confrontés de nombreux pays ; la France ne fait pas exception. Ainsi, les européens de plus de 80 ans passeront de 4% en 2005 à 11,4% en 2050 (données EUROSTAT). Les réponses apportées actuellement ne seront plus suffisantes, ni même adaptées aux besoins de ces futurs séniors. En France, les politiques publiques multiplient les rapports, les lois pour préparer ce futur, qui représente un enjeu de taille : à la fois économique et sociétal. Le fil conducteur de ces politiques publiques est de favoriser le maintien au domicile des personnes âgées qui le souhaitent. Pour cela, il devient urgent d'envisager le grand âge non plus comme une accumulation d'incapacités mais comme une autonomie à soutenir par des aides et des soins de longue durée (« long term care » en est la dénomination en Europe). La place et rôle des aidants sont également largement abordés au travers de ces différentes politiques publiques : ils sont, effectivement, une pierre angulaire du maintien à domicile.

Fin 2015, en France, 7400 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes accueillent 600 400 personnes âgées. Il existe 12000 places d'hébergement temporaire¹. Au-delà de ces chiffres, qu'en est-il des besoins des séniors et de la qualité des offres proposées ? Les personnes entrant en EHPAD sont de plus en plus vieilles, multi pathologiques, souvent atteintes de maladies neurodégénératives et présentant des troubles du comportement. Elles requièrent des soins plus médicalisés.

Les directeurs d'EHPAD se trouvent confrontés à des défis nouveaux : maintenir une qualité de l'offre de service en accueillant des personnes âgées plus médicalisées dans un contexte de contrainte budgétaire, et participer activement à la création de réponses nouvelles en direction des personnes âgées, en lien avec les partenaires du territoire.

Je suis directrice de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : les « Pivoles ». C'est un établissement médicalisé public, autonome implanté à La Verpillière (zone semi rurale), dans le Territoire Porte des Alpes (TPA). Il se situe dans le Nord Isère, à 30 kilomètres à l'Est de Lyon et à 70 kilomètres de Grenoble. Il accueille 64 résidents, dans le cadre d'un hébergement permanent, dont 10 au sein d'une unité protégée.

L'évolution des demandes du territoire, en lien avec les politiques publiques nationales et locales, renforcée par la demande des autorités de tarification, requiert un réajustement des missions de l'établissement. En tant que directrice, il me semble indispensable de prendre de la distance par rapport à une logique de structure, afin de mener une réflexion

¹ INSEE, tableau de l'économie française, édition 2018, paru le 27 02 2018

sur le futur de l'établissement dans une logique de prestations à destination des personnes âgées dépendantes. En effet, l'établissement tel qu'il est actuellement, ne pourra pas répondre à une augmentation de demandes d'hébergement sur le territoire. Il devra, en parallèle, proposer des réponses visant à sécuriser le maintien à domicile des personnes âgées relevant de son territoire, en partenariat avec les autres acteurs de la filière gérontologique du secteur. Comment l'EHPAD peut-il à la fois sécuriser le domicile, soutenir les aidants par le droit au répit, favoriser l'inclusion sociale, et éviter les ruptures de parcours des personnes âgées en perte d'autonomie sur son territoire ? Dans un premier temps, la création d'une offre d'hébergement temporaire représente une solution, cohérente avec le schéma régional de l'offre médicosociale et la demande des autorités de tarification. L'hébergement temporaire représente un mode d'accompagnement entre le domicile et l'EHPAD, permettant de prolonger le maintien à domicile en sécurité, et d'éviter et/ou retarder l'entrée en hébergement définitif. D'autres prestations peuvent s'élaborer dans un deuxième temps autour de l'idée d'une plateforme de services, en lien avec la filière gériatrique du secteur : astreinte infirmière de nuit, garde itinérante de nuit... Dans la première partie du travail, je propose de tenter de cerner la population des personnes âgées à partir de différents points de vue : démographie, dépendance, et de contextualiser la notion du grand âge à la lueur des politiques publiques.

La deuxième partie présente l'EHPAD les « Pivoles » et un diagnostic de sa situation actuelle avec les projections possibles.

La troisième partie présente la stratégie que je retiens et le plan d'actions que je propose de décliner, en lien avec les partenaires du Territoire.

1 Les personnes âgées : de nombreuses réalités

La difficulté pour définir les personnes âgées se révèle dans les multiples termes utilisés : les « vieux », ou « vieillards » termes à consonnance péjorative dans notre culture, les anciens, les séniors, les retraités, les sages, les ancêtres, les aînés... Qu'est-ce qu'être vieux ? Vieillir au siècle dernier ou vieillir maintenant sont des trajectoires fort différentes : en quoi ? A partir de quel âge est-on vieux ou considéré comme tel ?

Aborder le vieillissement par des chiffres est une première approche, mais elle ne peut se réduire à l'aspect démographique que nous abordons dans le chapitre suivant.

1.1 Le vieillissement en Europe, en France et sur le territoire

1.1.1 La démographie européenne

Le vieillissement concerne l'ensemble du monde, et à fortiori, l'Europe. 19,2% des européens sont âgés de 65 ans et plus, en 2016, d'après l'Observatoire des territoires². Le vieillissement en Europe est le résultat de deux facteurs : l'allongement de la durée de vie et la baisse de la natalité. D'après cette étude qui a réalisé un classement par âge de la population, les pays du Sud de l'Europe et l'Allemagne sont les plus âgés. La France arrive en 14ème position sur 28, elle se situe donc dans la moyenne.

Les projections démographiques du rapport de l'Observatoire des territoires fournissent des pistes en établissant qu'en 2050, le pourcentage de population âgée sera de 28,5% mais ce vieillissement européen ne sera pas homogène, affectant particulièrement les pays du sud et de l'est de l'Europe.

La France n'apparaît donc pas comme un des pays européens présentant les plus forts taux de vieillissement, mais elle sera impactée par ce phénomène dans les années à venir, comme le chapitre suivant l'expose.

1.1.2 La démographie française

Le ministère des solidarités et de la santé fournit quelques chiffres clés de l'état actuel de la population âgée française : les plus de 60 ans sont 15 millions, (dont 1,5 millions de personnes ont 85 ans et plus) avec une espérance de vie à 78,4 ans pour les hommes et 84,8 ans pour les femmes.

Je choisis de retenir principalement l'horizon 2040, car la forte hausse des plus de 65 ans correspond à l'arrivée des générations baby boom. Les projections démographiques de l'INSEE parlent d'une France de 74 millions d'habitants en 2040 « *Jusqu'en 2040, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus progressera fortement, quelles que*

² <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux>

soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de l'espérance de vie : à cette date, environ un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus (contre 18 % en 2013) ... En 2070, la France compterait plus d'une personne âgée de 65 ans ou plus pour deux personnes âgées de 20 à 64 ans. »³

1.1.3 La démographie départementale

Il est pertinent de se pencher sur cette question démographique à l'échelle du département de l'Isère, puis à celle du Territoire Porte des Alpes⁴. Ce département est le deuxième plus peuplé d'Auvergne Rhône Alpes : 1252900 habitants au 1^{er} janvier 2016, soit une hausse de 16% en 15 ans, Les statistiques de l'INSEE parues le 30/01/2019 recensent 24,3% de la population iséroise âgée de 60 ans et plus. Le nombre de personnes de 85 ans et plus devrait plus que doubler. Parallèlement, le territoire Porte des Alpes a vu sa population tripler en 50 ans, notamment sous l'essor des « villes nouvelles » ; et sa population est plutôt jeune. Ainsi, ces données concernent plus directement l'établissement, et doivent être prises en compte dans une stratégie d'évolution de l'établissement, au regard des offres de service actuelles, qui pourraient se révéler insuffisantes dans les années à venir.

Le contexte socioéconomique est plutôt favorable puisque le revenu médian des Isérois est supérieur à celui de la France et à celui de la région Auvergne Rhône Alpes. Cependant, plus de 40% des ménages dont la personne de référence a 80 ans et plus, est une personne seule. Une perte d'autonomie peut donc rapidement majorer un risque d'isolement social et pénaliser l'accès à des services nécessaires.

Le département de l'Isère se situe parmi ceux dont la population âgée au domicile est peu dépendante et dont la prévalence des limitations cognitives est élevée⁵. Le Département recense que 20% des bénéficiaires APA domicile sont en GIR 1-2 contre 67% des bénéficiaires APA hébergement. Ce phénomène peut s'expliquer par une offre de places d'EHPAD assez fournies sur ce secteur, permettant ainsi aux personnes dont la dépendance est importante de recourir à une prise en charge institutionnelle.

La politique du Département en faveur du maintien à domicile est visible puisque 66% des personnes bénéficiaires de l'APA sont à domicile, contre 34% en hébergement (données du schéma départemental de l'autonomie 2016-2012).

Il n'est cependant pas possible d'aborder la question du vieillissement sans aborder le contexte social dans laquelle elle se pose et ce que recouvre la notion de la dépendance.

³ Projections de population à l'horizon 2070, Insee première n°1619, paru le 03/11/2016

⁴ Cf ANNEXE I : département isérois et territoires

⁵ Rapport de la DREES, la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile, avril 2019, n° 34

1.2 La vieillesse : une notion complexe et évolutive

Vieillir est un processus complexe, il touche tous les aspects de l'être humain. Nous nous attacherons ici à comprendre l'évolution du regard de la société française sur le vieillissement, et comment l'évolution du concept de dépendance éclaire l'actualité et le futur des personnes âgées.

1.2.1 Le contexte social

Selon Mickaël Blanchet, *Atlas des séniors et du grand âge en France*, l'âge est devenu un critère d'organisation sociale, surtout à partir du XVII^{-ème} siècle. Le seuil des 60 ans représentait une probabilité forte de baisse d'autonomie et de maladie. L'augmentation du nombre des personnes âgées conduit à l'émergence d'une forme de reconnaissance sociale et politique, dès le début des années 1900. Selon Hippocrate, la vieillesse se situait à 56 ans, un homme âgé de 70 ans en 2014 est similaire physiologiquement à un homme de 60 ans en 1825. Ce gain de vie en bonne santé explique les capacités d'autonomie, économiques et sociales des retraités. Paradoxalement, l'acceptation du vieillissement n'en est que plus difficile, dans une société où l'idée de la jeunesse prédomine. Tant qu'ils le peuvent, les retraités s'investissent souvent dans la vie associative ou politique. Avec l'âge, cette participation diminue puis disparaît, conduisant les personnes âgées plus vulnérables à une forme d'exclusion sociale. Comme si l'inclusion sociale ne tenait qu'à leur capacité à être utile ou à rendre service à la société. Le veuvage, la disparition des connaissances, l'isolement, l'origine sociale, et les conditions de vie antérieure contribuent à renforcer cette vulnérabilité.

La baisse de l'état de santé, et les difficultés économiques influent aussi sur cet état de vulnérabilité.

Selon M Blanchet, seuls 13% des personnes âgées vivent en co résidence avec leurs proches en 2014,. Néanmoins, malgré un éclatement géographique de la famille (divorce, travail...), la famille semble rester un lieu de solidarité important, des grands parents vers les enfants et petits-enfants (sous forme de garde, d'aide financière), puis le mouvement s'inverse lorsque les personnes vieillissent (visites, aide aux soins à la personne). Ceci nous amène à explorer la notion de proches aidants.

1.2.2 Le contexte familial

L'utilisation de l'expression de « proche aidant » est privilégiée, car même si l'aidant est majoritairement un membre de la famille, ce n'est pas toujours le cas. Ce sont des personnes non professionnelles qui viennent en aide, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de leur entourage, pour les activités de la vie quotidienne, à titre principal. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à

la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques⁶.

Selon Eurocarers, l'association européenne de représentation des aidants, 80% des soins en Europe sont assurés à domicile par les membres de la famille ou des amis. Ce chiffre démontre que les aidants assument principalement les soins, comparé aux professionnels médico-sociaux et explicite toutes les mesures en faveur des aidants.

Les aidants sont 4,3 millions à assister des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile (dont 3,4 millions pour des actes de la vie quotidienne). La fonction de proche aidant est une fonction multiple : il peut être amené à réaliser des soins, des gestes plus techniques, de la gestion administrative (dossiers à réaliser, informations à chercher, lien avec les administrations...), du soutien psychologique vis-à-vis de l'aidé, de la gestion de stock de médicaments et de matériel, voire de la coordination vis-à-vis des salariés intervenants. Face à ces multiples missions et pressions, comment l'aidant peut-il tenir sa place dans la durée ? Sa fonction d'aidant est à l'origine de multiples répercussions sur sa santé physique et psychique, sa vie sociale et relations familiales. Il faut savoir qu'un tiers des aidants meurt avant l'aidé. C'est ainsi que la notion de droit au répit s'impose en France.

Si cette notion est apparue avec le développement de l'accompagnement des malades d'Alzheimer, elle s'est développée dans les années 1940 à Montréal. Elle devient une préoccupation centrale des pouvoirs publics, surtout depuis la loi 2005-102 du 11 février 2005 relative aux personnes handicapées et plus récemment la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Corollée à cette notion de répit, la notion de fardeau de l'aidant en traduit son seuil de tolérance de l'aidant. Il existe un outil appelé échelle de Zarit qui permet d'évaluer ce fardeau de l'aidant au travers des différentes composantes émotionnelles, physiques, psychologiques, socioprofessionnelle et financière. Cet outil qui se présente sous forme de questionnaire permet d'obtenir un score reflétant son épuisement. Le dépistage et la prévention de l'épuisement de l'aidant participe de la qualité du maintien au domicile de la personne âgée et limite les risques de maltraitance envers l'aidé.

Le rapport d'activité 2017 de ALMA Paris⁷ mentionne que les $\frac{3}{4}$ des personnes âgées victimes de maltraitance sont des femmes, et, dans $\frac{3}{4}$ des cas, la situation de maltraitance intervient au domicile. Plus de la moitié de ces maltraitements sont le fait du fils/fille ou conjoint. Il apparaît que le maintien au domicile n'est pas une garantie de

⁶ Définition issue de la charte européenne de l'aidant familial de 2007

⁷ Alma Paris, ALIô MALtraiteance des Personnes Agées et/ou des Majeurs Handicapés (association départementale parisienne de lutte contre la maltraitance des personnes âgées ou des majeurs handicapés). Fédération du 3977 contre la maltraitance.

bientraitance, contrairement aux idées reçues, la prévention de la maltraitance au domicile passe par la prévention de l'épuisement du proche aidant.

1.2.3 De la dépendance à la perte d'autonomie

Il me paraît indispensable de tenter de définir de quoi nous parlons lorsque le terme de dépendance s'efface au profit du terme de perte d'autonomie. Quels liens entre les deux ? L'un est-il plus positif que l'autre ? Quelles conséquences l'emploi de ces termes a-t-il sur les façons d'envisager les actions auprès des personnes âgées dans cette situation ?

Le CNRTL⁸ propose plusieurs définitions : c'est le « *Fait d'être sous l'autorité, sous l'influence de quelqu'un ; fait d'être à la merci de quelqu'un* ». Il est décrit, ici, un lien de subordination, d'assujettissement qui peut renvoyer à une connotation péjorative. La notion de dépendance dans le domaine de la gériatrie émerge dans les années 1980, se substituant à la notion d'invalidité. Elle associe la vieillesse à une évolution (médicale) déficitaire. De là, vont émerger les politiques publiques décrites par la suite, en direction des personnes âgées dépendantes, sous tendues par une visée plus médicalisée et individualisée.

A la fin des années 1990, la création de la prestation spécifique dépendance s'appuie sur une volonté d'objectiver et de quantifier la dépendance. Ainsi, est mis au point par des gériatres, un outil de mesure appelé grille Aggir (Autonomie gérontologie. Groupe iso-ressources) : grille qui évalue l'autonomie pour quantifier la dépendance ! Les activités mesurées sont dites discriminantes (corporelles et mentales) et illustratives (sociales et domestiques). Cette grille va déterminer un GIR, qui lui-même conditionnera un plan d'aide et l'allocation personnalisée d'autonomie à laquelle peut prétendre la personne âgée de plus de 60 ans. Les degrés de perte d'autonomie sont classés en 6 groupes : le GIR 1 codifiant la dépendance la plus forte. Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. Le nombre de personnes âgées en GIR 1 à 4 passera de 1,2 millions en 2010 à près de 2 millions en 2040⁹. Cette forte hausse va avoir un impact financier très fort.

En 2001, la notion de dépendance est supplantée par celle de perte d'autonomie, l'idée est d'éviter de mettre en relief la connotation négative (du manque, du fait de dépendre, d'être une charge, un poids), mais l'idée d'incapacité reste toujours première.

La personne est dépendante lorsqu'elle n'est plus en mesure de subvenir seule à la satisfaction de ses besoins, ou d'effectuer seule les actes de la vie quotidiennes, ou encore, qu'elle les réalise de façon inadaptée. Cette tentative de définition recouvre des diversités de situations bien plus complexes, car la personne peut prendre des décisions pour elle-même, ou ne pas être en mesure de le faire, ou partiellement. La qualité de

⁸ Centre National de Ressources Textuelle et Lexicale

⁹ CNSA, 2015, chiffres clés de l'aide à l'autonomie

l'aide humaine ou matérielle qu'elle reçoit va déterminer l'impact de cette dépendance chez la personne âgée.

Cela renvoie à une autre perception de la dépendance, telle que proposée par le CNRTL. C'est le : « *Fait d'être lié organiquement ou fonctionnellement à un ensemble ou à un élément d'un ensemble* ». Dans cette définition, l'idée de faire partie d'un ensemble valorise la notion d'appartenance ou de solidarité. Michel Billé, sociologue, explique que la notion de dépendance est inhérente à la condition humaine : on peut être dépendant d'une technologie, par exemple, ou de comportements sociaux. Stigmatiser la dépendance ne serait que pure hypocrisie. « *Lorsque, désignant le vieillard, nous le qualifions de dépendant, nous brisons l'interdépendance dans laquelle vivent les hommes, et qui nous fait hommes.* »¹⁰

L'autonomie est le fait de se gouverner selon ses propres lois, la faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement¹¹.

L'autonomie est une notion prônée et valorisée dans notre société, mais Bernard Ennuyer, 2013, soutient aussi que l'autonomie se développe en lien avec la dépendance (éducation, scolarité...). L'expression de « perte d'autonomie » est préférée à celle de dépendance, car moins stigmatisante. Les termes de grand âge et autonomie sont d'ailleurs largement portés par le ministère des solidarités et de la santé. Il convient donc de ne pas être dupe de la signification des mots ni d'en omettre une partie.

Ainsi, le Comité Consultatif National d'Ethique (avis n°87, 2005) distingue deux classes d'autonomie : l'autonomie physique ou d'action et l'autonomie mentale. Cette dernière se subdivise en deux : l'autonomie de pensée et celle de volonté. On pourrait définir la première par la capacité qu'a la personne de réfléchir sur ses objectifs personnels et de décider par elle-même d'agir conformément à cette réflexion. L'autonomie de volonté fait référence à la capacité d'une personne à suspendre la spontanéité impulsive de son action, pour se décider en fonction d'une résolution consciente et personnalisée. On peut comprendre comment des personnes âgées peuvent être limitées dans leur autonomie mentale, du fait de pathologies diverses, comme des démences, des dépressions, des troubles psychiques divers. Comment, dès lors, prendre en compte les désirs de rester au domicile exprimé par ces séniors dont la capacité de réflexion peut être altérée ? Comment leur autonomie peut-elle être soutenue ou encouragée ?

Ainsi, il me semble que la dépendance existe de façon plus sensible lorsque les solutions proposées ne sont pas (totalement) adaptées aux besoins des personnes âgées. Une proposition d'hébergement permanent peut rendre une personne agréée plus dépendante

¹⁰ Billé M, 2014, *Dépendance, quand tu nous tiens*, Editions Erès, p.65.

¹¹ CNRTL

si elle n'est pas dans ce projet, et à contrario, une personne âgée à domicile peut se retrouver dans une situation de dépendance forte lorsque les aides (matérielles et humaines) ne sont pas adaptées, ou refusées. La lumière est donc mise sur le système qui peut organiser les réponses autour des besoins liés à la dépendance du grand âge. La partie suivante permet de mieux repérer les politiques publiques actuelles et leur impact au niveau sociétal.

1.3 Les politiques publiques du grand âge

Ces politiques sont liées au regard sociétal posé sur le grand âge, ainsi que nous l'avons abordé plus haut.

1.3.1 Les Politiques Publiques en Europe

La majoration de l'espérance de vie se réalise dans des conditions plutôt satisfaisantes puisque le niveau de santé est bon, sans incapacité supplémentaire. Le guide de l'Union Européenne pour « les seniors actifs pour l'Europe » (2012) préconise d'ailleurs un vieillissement actif et en bonne santé¹².

La charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée affirme leurs droits fondamentaux : citoyenneté, dignité, bien-être physique et psychique, autodétermination, liberté, sécurité, soins adaptés, informations, conseils... Ainsi, cette charte guide les politiques de chacun des pays européens, dont le nôtre.

Le vieillissement et la question de la dépendance des populations européennes sont de véritables enjeux et appellent des réponses assez diverses selon les pays. Les politiques publiques de ce secteur peuvent être repérées selon un axe Nord Sud, d'après Blanche Le Bihan, docteur en science politique, enseignant chercheur à l'EHESP¹³.

A) Les pays du Nord de l'Europe (Suède, Pays Bas, Danemark)

Ces pays proposent une intervention publique conséquente, et l'aide se fait surtout sous forme de services à la personne. Auparavant, le Danemark était plutôt favorable au maintien à domicile. Les Pays Bas proposent un dispositif unique couvrant l'ensemble des individus concernés, avec une promotion du maintien au domicile. En suède, les services sont maintenant prioritairement réservés aux personnes âgées les plus dépendantes et les plus isolées, alors que la promotion de l'institutionnalisation a été la règle jusque dans les années 80.

¹² http://www.age-platform.eu/images/stories/EN/seniors_actifs_pour_leurope-_guide_de_lue.pdf

¹³ Le Bihan B, la politique en matière de dépendance en France et en Europe : des enjeux multiples, *Gérontologie et Société*, vol 36, n°145, pages 13 à 24

B) Les pays du Sud de l'Europe (Portugal, Italie...)

Ils engagent une responsabilité familiale plus forte, renforcé parfois par des mesures plus locales qui peuvent augmenter les inégalités. Ainsi, en Espagne, où interviennent l'Etat et les communautés autonomes, est relevée une disparité de prise en charge de la dépendance et une absence de prise en charge de plus de 200 000 personnes. En Italie, les prestations en nature fournies par les régions et les communes et les prestations en espèces fournies par l'Etat ne sont pas homogènes et ne tiennent pas compte du degré de dépendance. Le pays, ne pouvant assurer de meilleure couverture, incite à la souscription d'assurances privées.

C) Les pays du centre de l'Europe (comme la France)

Ceux-ci combinent à la fois une tradition familialiste et la mobilisation de dispositifs publics en recrudescence depuis les années 90. En Allemagne, une assurance dépendance obligatoire couvre toutes les formes de perte d'autonomie. Les prestations sont possibles en espèces ou en nature (au domicile ou en structure), indépendamment des revenus, mais plafonnées pour certaines dépenses.

D) Les évolutions européennes principales en politique publique de la dépendance

Le vieillissement de la population représente un coût : la demande en soins et la consommation médicale augmentent avec l'âge. Parallèlement, les pratiques de consommation des biens et services évoluent et vont donc impacter les prises en charge des futures personnes âgées. Les modèles décrits plus hauts sont donc en évolution dans toute l'Europe, pour des raisons économiques. Les pays sont amenés à développer des systèmes mixtes, s'appuyant à la fois sur le soutien public et le soutien familial. Une évolution commune à l'Europe est celle des prestations monétaires (dites cash for care) qui tend à faciliter le quotidien des personnes âgées et celles de leurs proches. Ce type de prestations repose sur une logique de responsabilisation et l'autonomie des familles pour organiser les prises en charge nécessaires du parent âgé. L'enjeu est majeur dans les années à venir pour les pays de l'Europe, qui vont devoir réguler des aides diverses, dans le but de limiter les dépenses publiques, et responsabiliser les familles tout en les aidant.

La plupart des pays élaborent des compromis entre domicile et institution comme des établissements organisés en petites structures ou logements individuels au sein d'habitats (Pays Bas, Royaume Unis, Danemark...), des résidences service (Danemark). L'établissement d'hébergement définitif apparaît comme le dernier recours pour la majorité des pays européens. Et celui-ci accueille alors des personnes très dépendantes, multi pathologiques. Le risque d'une politique de maintien à domicile trop engagée est de

ne pouvoir répondre de façon appropriée aux besoins de personnes âgées très dépendantes à domicile, pouvant se répercuter sur les prises en charge des personnes.

Une autre tendance est celle de la spécialisation des établissements (Alzheimer).

La France est confrontée aux mêmes difficultés que ses voisins européens. Les modèles élaborés par un pays peuvent s'adapter à un autre pays (exemple des résidences service, ou des logements adaptés au sein d'habitats classiques). L'évolution européenne s'inscrit dans une mixité des solutions domicile/hébergement/hébergement alternatif. Attachons-nous à comprendre la déclinaison de l'évolution de ces politiques au niveau français.

1.3.2 Les Politiques Publiques en France

Le maintien au domicile des personnes âgées en France a toujours été questionné ; dès la Révolution, l'enfermement des vieillards dans les hospices a été critiqué. Dès 1905, l'état doit assistance aux vieillards indigents. De nombreuses lois et plans se sont succédés pour répondre aux besoins des personnes âgées vieillissantes, soit en structure, soit au domicile. La branche vieillesse de la sécurité sociale est instituée en 1945. Jusqu'en 1956, la question principale est celle de la subsistance des personnes âgées. La notion d'hébergement primait, les notions de perte d'autonomie et de soins n'entraient pas encore dans le langage habituel.

A) Le début d'une politique sociale en faveur des aînés.

Il faut attendre 1960 pour entrer dans une démarche de politique vieillesse. En 1962, le rapport du Haut Comité Consultatif de la Population et de la Famille de Pierre Laroque marque un tournant majeur : « *L'accent doit être mis sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante* ». Ce rapport en faveur du maintien à domicile pointe précisément l'importance des liens de la personne âgée avec son environnement social. Il cherche à changer le regard de la société sur « ses vieux » et à encourager la prévention. Ce rapport est le point de démarrage d'une volonté de coordonner les politiques nationales et les actions locales. Je remarque que les questionnements et les idées soulevés par ce rapport sont toujours d'actualité.

Pourtant, la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales a commencé à médicaliser les maisons de retraite et a marqué le début de la séparation du sanitaire et du social. La décentralisation renforce encore ces divisions sanitaires et sociales. La France, comme la plupart des pays de l'Union Européenne, opère un virage en faveur du maintien au domicile à partir des années 1980. C'est en lien avec la première vague de décentralisation de 1983 qui a renvoyé aux départements la responsabilité des actions en faveur des personnes âgées.

B) L'essentiel de 1997 à 2012

La logique du besoin des publics émerge, et permet de se centrer sur la population. La logique tend à s'inverser en considérant les établissements comme un « moyen » au service de la population, et non comme une fin en soi. La prestation spécifique dépendance instaurée en 1997 est remplacée en 2001 par l'Aide Personnalisée d'Autonomie¹⁴, plus large dans ses conditions d'octroi. En 4 ans, la notion d'autonomie s'est substituée à celle de dépendance, bien que l'idée de la dépendance semble toujours guider l'analyse de la situation des personnes âgées.

En 2003, les conséquences de la canicule sur les personnes âgées sont à l'origine du premier plan « dépendance ». La loi du 30 juin 2004 consacre la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie en mai 2005. Celle-ci participe au financement de l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et garantit une égalité de traitement sur le territoire.

En 2004, les départements deviennent les chefs de file de la coordination gérontologique. Les politiques publiques du grand âge sont ensuite marquées par une succession de plans qui témoignent d'une volonté d'amélioration des conditions de vie des personnes âgées.

Le plan national bien vieillir 2007-2009 s'appuie sur le concept de vieillissement réussi développé par l'Organisation Mondiale de la Santé. Le référentiel proposé est toujours d'actualité : chacun a une responsabilité vis-à-vis de son vieillissement, les formes de participation sociale sont priorisées, il faut chercher à lutter contre l'isolement et la solitude. Ce plan s'attache à prévenir les complications de santé et à améliorer la qualité de vie des séniors, en limitant les incapacités. L'objectif recherché est aussi celui de diminuer les coûts de la société face à ce risque de dépendance, car l'assurance maladie n'a pas de possibilités de financement de ce risque.

Le plan solidarité grand âge 2007-2012 vise à faciliter le maintien à domicile et à améliorer la qualité de vie en institution par un renforcement du taux d'encadrement. Les liens hôpital-domicile-institution commencent à se tisser par la création de filières gériatriques. Son insuffisance de financement n'a pas permis tous les développements prévus.

Le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance de mars 2007 promeut une culture de la bientraitance dans les établissements. L'Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médicosociale (dont les

¹⁴ Loi 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

missions ont été reprises depuis le 1^{er} avril 2018 par l'HAS) à l'origine des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, a porté ce mouvement.

Le dernier plan Alzheimer 2008-2012 vise à renforcer les prises en charge des patients et de leurs aidants, qui sont ainsi reconnus dans leur accompagnement auprès des personnes malades. La création des Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie en est une des mesures. L'objectif est d'apporter un soutien à la résolution de prises en charge complexes, d'éviter des ruptures de parcours, et de renforcer le maintien à domicile.

Ces plans et mesures successifs sont le reflet de l'évolution sociétale vis-à-vis du grand âge et de la nécessité d'adapter la société aux changements en cours et à venir. Cependant, la multiplication des lignes budgétaires, des dispositifs, va aussi contribuer à complexifier l'action gérontologique, et donc à complexifier le recours à ces différents services¹⁵. Deux textes importants marquent ces trois dernières années : la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) et le rapport Libault en 2019.

C) La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)

La loi ASV est à la fois une continuité et un marqueur fort du changement de représentation que la société va amorcer vis-à-vis du vieillissement de la population et de la volonté de décloisonner les politiques publiques autour des personnes âgées. L'autonomie est le fil rouge de cette loi, qui ambitionne de rendre les personnes âgées actrices de leur parcours. La reconnaissance du statut de proche aidant et la création du droit au répit est une avancée majeure. La loi ASV vient consacrer la nécessité de l'aide aux aidants, car l'Etat ne peut continuer à assurer la prise en charge totale de la dépendance. Cette mesure prend tout son sens pour renforcer le maintien au domicile des personnes âgées, dépendantes. Ce sont quatre mesures phares : la réforme de l'APA domicile pour favoriser le maintien au domicile, la reconnaissance et le soutien des proches aidants, la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, réaffirmation des droits et liberté des personnes âgées, transparence des prix pratiques en EHPAD.

D) Le rapport Libault

Dans un contexte de crise profonde des EHPAD (2017/2018), en septembre 2018, le premier ministre a chargé Dominique Libault d'organiser une grande concertation

¹⁵ Cf ANNEXE II : architecture sectorielle, institutionnelle et territoriale des politiques de la vieillesse

nationale. Celle-ci a permis d'élaborer un rapport fin mars 2019, structuré en 175 propositions, en vue de l'élaboration d'un projet de loi. Il affirme une volonté de parler de soutien à l'autonomie, réfutant le terme de dépendance. Les objectifs sont d'améliorer la qualité des prises en charge en EHPAD comme au domicile, de prévenir la perte d'autonomie, d'offrir des réponses plus adaptées aux besoins des personnes âgées, la reconnaissance de la perte d'autonomie comme un risque de protection sociale à part entière. La 5^{ème} priorité rejoint complètement le questionnement de ce travail : *« une nouvelle offre pour concrétiser le libre choix de la personne. L'ensemble de l'offre doit évoluer vers une approche plus attentive aux besoins des personnes et sortir d'une approche binaire avec le cloisonnement entre Ehpads et domicile pour proposer une gamme de solutions intermédiaires, mieux articulées entre elles. »*¹⁶

E) Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

Son dernier avis publié le 9 janvier 2019 exprime le souhait d'une meilleure structuration du réseau de proximité autour du domicile, et incite les EHPAD à se préparer à accueillir des personnes âgées dans des situations de plus en plus complexes, à l'instar des Unités de Soins de Longue Durée. Cette perspective impactera le projet stratégique de l'établissement, en tant qu'acteur sur le département.

Ce maintien à domicile, désiré par la majorité des français, recouvre toutefois des réalités diverses, qui peuvent varier selon les territoires.

1.3.3 Les Politiques Publiques du territoire

Les politiques publiques décidées sur le plan national se déclinent au niveau de la région puis du département, prenant en compte les spécificités de la population et les offres existantes pour répondre localement aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Cette finalité vertueuse cache néanmoins des disparités, les réponses locales sont souvent superposées à des logiques sectorielles, nécessitent d'autres dispositifs pour coordonner et optimiser les réponses. Les initiatives locales sont aussi limitées du fait de logiques financières et normatives très fortes (Blanchet M)¹⁷.

A) La région Auvergne-Rhône-Alpes

Le Cadre d'Orientation Stratégique 2018-2028 de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes mentionne que les 950 EHPAD de la région pourraient se retrouver en difficulté, du fait de l'évolution des besoins des populations accueillies et des moyens alloués à leur gestion. Je retiens quelques objectifs stratégiques, concernant le secteur des personnes âgées,

¹⁶ Rapport Libault sur la concertation grand âge et autonomie, publié le 28 03 19

¹⁷ Cf ANNEXE III : principales lois favorisant la territorialisation de l'action gérontologique

axés sur l'amélioration et le développement du maintien à domicile, la limitation du recours à l'hospitalisation, et sur le développement de la politique de soutien aux aidants. Le Schéma Régional de Santé 2018-2023 préconise, de tendre vers une reconfiguration des ressources gérontologiques des territoires sous forme de plateforme de service et d'hébergement temporaire. Un axe important de travail vise la transformation des hébergements temporaires en dispositifs d'accueil thérapeutique et de répit.

B) Le département de l'Isère

Le département de l'Isère est constitué de 13 territoires, comprenant chacun une Maison du Département, relai de proximité des compétences du Département. Le territoire sur lequel est situé l'établissement est celui de Porte des Alpes.

La Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, puis la loi ASV conforte les conseils départementaux comme chefs de file et principaux coordonnateurs des politiques gérontologiques. Le département est garant de l'offre territoriale et de la qualité de la prise en charge, en lien avec l'ARS. Le département définit et met en œuvre le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. Il décline les offres et perspectives d'évolution pour le département de l'Isère, concernant les personnes âgées sur la période 2016-2021.

Il est rappelé la nécessité d'engager les structures du territoire dans des partenariats réels afin de favoriser les parcours des personnes âgées dans leur accès à des soins de qualité.

Dans le schéma autonomie, le département de l'Isère précise qu'il souhaite accompagner l'évolution de l'offre existante en établissement et services, et ainsi : « ...engager une réflexion partenariale et expérimenter des solutions innovantes en matière d'accueil temporaire et séquentiel pour les personnes âgées et pour les personnes en situation de handicap... » Le schéma départemental 2016/2021 vise à l'installation de 56 places d'hébergement temporaire d'ici 2020, afin de soutenir le maintien à domicile. Il propose de s'inspirer d'expériences concernant l'hébergement temporaire d'urgence et hébergement temporaire pour personnes âgées atteintes de troubles du comportement en attente de solution.

Le rapport de la cour des comptes de 2016 encourage « un regroupement plus volontariste des services, au-delà des seuls SSIAD et SAAD, intégrant des structures d'hébergement temporaire ou permanent, permettrait de mieux assurer l'efficacité de la gestion des fonctions support et des personnels, mais également celle des parcours de soins des personnes âgées dépendantes. Cette organisation nouvelle supposerait l'accord préalable des différents financeurs et, comme pour la réforme du régime de la tarification, un adossement à un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. » Un des objectifs du département est bien l'ouverture des établissements sur leur environnement,

le futur de l'établissement des « Pivoles » doit être en cohérence avec ces objectifs. Il est nécessaire de définir ce type d'établissement, afin d'envisager son évolution.

1.4 Les EHPAD

« Les EHPAD ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin »¹⁸. Les personnes accueillies sont âgées de 60 ans et plus, et nécessitent des aides et des soins au quotidien, en lien avec leur perte d'autonomie. Un rapide historique permet de comprendre ce que sont les actuels EHPAD, leur fonctionnement financier est expliqué dans la deuxième partie, ce qui permet de mieux connaître la population accueillie.

1.4.1 Les outils et les lois

De lieux de bienfaisances, aux hospices, telle est l'histoire des EHPAD, qui a évolué sous l'influence des politiques publiques relatées plus haut. Depuis 1975, les maisons de retraite relèvent du secteur médico-social, elles s'éloignent de l'image du mouvoir ; puis elles accèdent au statut d'EHPAD en 2002, tout en gardant une forte connotation sanitaire, et en mettant l'accent sur la dépendance (notion connotée négativement comme je l'ai expliqué précédemment). Toutefois, une avancée majeure a lieu avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale.

La loi dite 2002-2 est une loi dite transversale et organisationnelle, dont relève l'EHPAD en tant que structure médicosociale. Elle place l'usager au cœur de l'offre médicosociale et renforce ses droits fondamentaux et sa citoyenneté. Ceux-ci sont respectés au travers de la mise en œuvre de sept dispositifs/outils : le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, personne qualifiée en cas de gestion de conflit, conseil de la vie sociale, projet d'établissement ou de service. La notion de droit des usagers est renforcée par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement : qui affirme, entr'autre, la liberté d'aller et venir, et instaure le dispositif de personne de confiance. La loi 2002-2 organise également les évaluations interne et externe, fondées sur les référentiels de bonnes pratiques, avec l'objectif de garantir la bientraitance et la démarche qualité. Cette loi, bien qu'étant centrée sur les établissements, vise à favoriser le retour ou le maintien hors établissement (SAAD, SSIAD, SPASAD, reconnaissance des séjours temporaires...). La loi 2002-2 va également promouvoir la personnalisation des

¹⁸<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>

prises en charge, qui va se mettre en œuvre à partir des projets d'accompagnement individualisés des personnes âgées.

Cette loi a opéré un tournant majeur dans l'offre médicosociale, et 17 ans après, elle est toujours la référence pour les établissements médico sociaux.

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite ASV), plus récente, s'attache à rééquilibrer les rapports de l'institution et de la personne âgée en demandant que la personne accueillie soit informée de ses droits et en recherchant son consentement à l'entrée en institution. Elle instaure également un droit de rétractation, au profit de l'utilisateur, dans les 15 jours suivant la conclusion du contrat de séjour.

1.4.2 Le financement des EHPAD

Les ressources de l'établissement dépendent de la tarification de trois prestations (art. L.314-2 et R.314 -158 du CASF), correspondant aux trois réalités de la prise en charge des résidents.

Le tarif « hébergement » couvre les prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation, il n'est pas lié à l'état de dépendance du résident (art. R.314-159 du CASF). Il est donc identique pour tous les résidents. Il est fixé par le Conseil Départemental pour les résidents bénéficiant de l'aide sociale et peut être fixé librement pour les résidents qui n'en relèvent pas. La loi ASV introduit la notion de socles de prestations minimales relatives à l'hébergement.

Le tarif « dépendance » recouvre le matériel, l'assistance et la surveillance nécessaires à l'accueil de la personne dans le cadre de sa perte d'autonomie (art. R.314-160 du CASF). L'établissement facture le tarif dépendance correspondant au GIR du résident.

Le tarif « soins » prend en compte les prestations médicales et paramédicales (art. R.314-161 du CASF). Il est directement versé à l'établissement par l'Assurance maladie. L'évaluation de la dépendance et des besoins en soins selon les pathologies des personnes âgées est la base de la réforme tarifaire de 2009. Ainsi le GMP (Gir Moyen Pondéré Soins) est le résultat de l'agrégat des GIR des résidents et reflète la perte d'autonomie. Le PATHOS permet d'évaluer les besoins en soins des résidents, une fois qu'il est validé par l'ARS, sa moyenne : le PMP (Pathos Moyen Pondéré) intervient dans le calcul de l'équation tarifaire du volet soins.

La dernière réforme, en lien avec la loi ASV, donne l'obligation aux EHPAD de contractualiser un Contrat Pluri annuel d'Objectifs et de Moyens avant le 1^{er} janvier 2024. Ceci permet à l'établissement des prévisions et un pilotage à long terme (durée du CPOM), mais une convergence tarifaire peut impacter l'établissement, en contrainte si l'établissement était plutôt surdoté, ou en levier dans le cas contraire. L'établissement doit optimiser ses moyens dans un contexte de ressources objectivées et déterminées. Pour

l'utilisateur non bénéficiaire de l'aide sociale, le risque est une hausse possible des tarifs d'hébergement pour équilibrer les finances de l'EHPAD.

1.4.3 Le public accueilli

Sur le territoire national, 10600 établissements accueillent 752000 personnes âgées, avec une augmentation de 4,5% de places entre 2011 et 2015. Les EHPAD représentent 600000 places (soit 80% des places)¹⁹. Si les places d'EHPAD n'ont cessé d'augmenter, le taux de places pour 1000 personnes de plus de 80 ans décroît, passant de 170,5 en 2003 à 155,2 en 2014. La gérontocroissance explique ce phénomène qui ne fera qu'augmenter dans les années à venir, car la création de places d'EHPAD n'est pas un axe prioritaire de développement des réponses à apporter aux personnes âgées en perte d'autonomie. Globalement, les places d'EHPAD sont inégalement réparties sur le territoire français, on observe une concentration des EHPAD privés en zone urbaine.

La moitié des EHPAD sont publics, dont 18% sont autonomes, non rattachés, ce qui est la situation de l'établissement les « Pivoles ».

Les 3/4 des résidents en EHPAD sont des femmes, 35% ont plus de 90 ans, et 35% souffrent d'une maladie neurodégénérative. Près de la moitié sont évalués en GIR1/2. Ils sont la moitié à décéder dans l'établissement. Ces chiffres sont issus de l'enquête DREES de 2015, sur le profil des personnes âgées accueillies en EHPAD et objectivent la fragilité de l'état de santé de la population accueillie, confirmé par les données chiffrées suivantes.

Effectivement, le public concerné est de plus en plus dépendant : l'âge moyen d'entrée augmente à 85 ans et 8 mois en 2017, la durée de séjour tend à raccourcir (3 ans en 1990, contre 2,5 ans en 2014), d'après Blanchet M.

1.4.4 L'EHPAD : la solution par défaut du domicile

Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses, à souhaiter rester le plus longtemps possible au domicile, en bénéficiant le plus souvent de la participation des aidants. L'entrée en EHPAD a souvent lieu quand le domicile est perçu comme impossible ou par méconnaissance des possibilités offertes au domicile. Nombre de visites de pré admissions réalisées aux « Pivoles » ont permis de rediriger les personnes vers des solutions au domicile plus adaptées, car la demande d'hébergement définitif résultait d'une souffrance au domicile de la personne âgée et des aidants. Le choix d'entrée en EHPAD est sous l'influence de multiples facteurs : le milieu social d'appartenance, la réalité économique, le vécu ou la représentation de ce type

¹⁹ Enquête DREES, https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd20_resultats_ehpa_2015.pdf

d'établissement, les liens sociaux et familiaux, l'offre de réponses sur le territoire concerné, les valeurs et les croyances personnelles, les accidents de santé, la capacité de décider ou d'anticiper pour soi. Chaque situation est profondément singulière, même si l'on peut repérer des dénominateurs communs.

La peur de l'entrée en EHPAD est un facteur récurrent, car derrière elle, se profilent d'autres peurs : celle de mourir, de devenir dépendant, de quitter l'environnement habituel et rassurant. Pierre-Yves Malo²⁰ parle d'une entrée en institution souvent rapide, prescrite par la famille et dans un contexte familial souvent fragilisé car mis à mal par la dépendance de la personne âgée. Il n'y a pas eu de choix personnel ni d'anticipation dans la plupart des cas.

« L'acteur social majeur dans le processus dit « d'institutionnalisation » est la famille, qui a participé (comme acteur principal ou non) à la demande d'admission dans 37% des cas, l'hôpital où les professionnels sont intervenus dans 21% des cas »²¹.

La culpabilité des familles s'explique en partie par le fait de ne pas respecter le désir de rester au domicile de leur personne âgée, et la représentation négative des EHPAD. Ainsi, l'entrée intervient le plus souvent dans un contexte de crise familiale. C'est l'un des éléments qui peut éclairer le difficile passage du domicile à l'institution. L'entrée en institution est souvent une épreuve douloureuse pour le futur résident et sa famille, d'autant plus que l'entrée a été vécue comme contrainte. L'étude du CREDOC de Décembre 2018 « *sur les processus d'entrée en structure d'accueil pour personnes âgées vu par leurs proches* » montre que 58% des proches relatent des premiers mois difficiles pour la personne âgée en institution.

Les troubles du comportement représentent une des causes les plus fréquentes de demande d'entrée en EHPAD. Ce point est important car l'accord de la personne âgée est sollicité pour son entrée en EHPAD, conformément à l'esprit de la loi ASV. Comment rechercher le consentement d'une personne âgée désorientée qui ne peut facilement exposer son avis ou sa volonté ? Mickaël Blanchet révèle qu'une enquête de 2012 ne recense que 16% de résidents entrés en EHPAD de leur propre gré. Une dame âgée, présentant une maladie d'Alzheimer évoluée, en visite de pré admission accompagnée de sa fille, nous expliquait qu'elle était autonome chez elle et n'avait pas besoin d'aide, alors que la fille était désespérée par les difficultés incessantes auxquelles elle était confrontée pour maintenir sa mère au domicile, dans des conditions qui restaient insécures. Cet exemple illustre bien les troubles cognitifs de ces personnes qui ne peuvent prendre de

²⁰ P Y MALO, *Choisit-on d'entrer en établissement pour personnes âgées ? Risques, deuil résiliences, renoncement...* : les processus psychologiques à l'œuvre, p 91 à 99

²¹ <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2005-1-page-73.htm#no5>

décisions éclairées pour elles-mêmes, épuisent leur entourage et refusent tout type de prise en charge.

L'entrée en EHPAD est également conditionnée par la présence ou l'absence de gestionnaires de cas, assistants sociaux..., (M Blanchet), dans 58% des cas, l'entrée se fait depuis le domicile, 28% ont lieu à la suite d'une hospitalisation et 11% d'une autre forme d'hébergement. Les médecins traitants ou les services en place au domicile peuvent aussi alerter sur la fragilité ou le danger d'un maintien au domicile.

L'entrée en EHPAD se fait donc plus tardivement, dans un état de santé plus précaire nécessitant une plus grande médicalisation, et dans un contexte de crise familiale occasionnée par un maintien au domicile devenant impossible. Intéressons-nous aux formes de soutien dont peuvent bénéficier les personnes âgées en perte d'autonomie, en dehors des hébergements dits définitifs.

1.5 Les dispositifs de maintien au domicile

Il existe de nombreuses possibilités pour faciliter et permettre le maintien au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, conformément aux politiques publiques actuelles. Cependant, il existe des limites à ce maintien à domicile²² : le manque de couverture des services sur un territoire, une aide financière insuffisante malgré une amélioration due à la loi ASV (revalorisation de l'APA), les frais d'une garde de nuit sont un des freins les plus fréquents. L'absence d'aide familiale ou, a contrario, un trop grand engagement familial peuvent compromettre la pérennité d'un maintien à domicile. La tolérance /ambivalence de la personne âgée à sa situation sont deux autres limites très fréquentes. Enfin, les professionnels eux-mêmes peuvent contribuer à limiter le maintien au domicile. Ainsi, B Ennuyer parle de la formation sanitaire des médecins qui les incite à pondérer le bienfait d'un maintien au domicile en valorisant les notions de risque et de sécurité.

Les différents acteurs libéraux contribuant à un maintien au domicile sont divers, et indispensables : les infirmières libérales ou salariées d'un SSIAD, les médecins, les kinésithérapeutes, les auxiliaires de vie sociale.... Leur rôle est indéniable, même si la question de la coordination est toujours sous-jacente. Je propose d'envisager les dispositifs les plus courants du maintien au domicile.

1.5.1 Les SSIAD

« Les **Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)** sont des services sociaux et médico-sociaux qui assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant

²² Ennuyer B, 2006, *Repenser le maintien à domicile*, Dunod, Paris, 278 pages

un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies, des prestations de soins infirmiers sous forme de soins techniques ou de soins de base (conformément au décret n°2004-613 du 25 juin 2004²³. Les SSIAD permettent donc d'éviter une hospitalisation en assurant la délivrance de soins relevant des compétences infirmières.

1.5.2 Les SAAD

« Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (S.A.A.D) assurent au domicile des personnes des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne (l'entretien du logement, l'entretien du linge, la préparation des repas, les courses, l'aide à la toilette, l'aide à l'habillage et au déshabillage). Les services d'aide à domicile ne peuvent pas se substituer à l'infirmière (l'auxiliaire de vie sociale peut effectuer une toilette mais pas de soins) »²⁴. Ces services sont habituellement assurés par des auxiliaires de vie sociale.

Les SSIAD et les SAAD reproduisent, dans leur configuration, la fission sanitaire/aide à la personne et contribuent à complexifier l'organisation d'un maintien à domicile

Les SPASAD sont des services qui allient les missions des deux services présentés ci-dessus. Leur développement est encore limité sur le territoire français.

1.5.3 Les différents types de domicile

La notion de domicile, peut être considérée de façon plus large, et regroupe plusieurs possibilités, que je décris succinctement ci-après.

A) L'accueil familial

Ce type d'accueil est considéré comme une alternative à l'institutionnalisation. La personne est intégrée à la vie quotidienne de la famille, l'accueil peut prendre différentes formes : permanent, séquentiel, temporaire, à temps partiel ou non...encouragé par le département, l'agrément est donné par le conseil départemental, le développement de ce dispositif est encouragé par la loi ASV.

B) L'habitat intergénérationnel

Ce type d'habitat est souvent porté par des bailleurs sociaux en partenariat avec des associations. Il repose sur des valeurs de solidarité et de lutte contre l'isolement, en mixant volontairement des logements accueillants des personnes âgées, des étudiants et des familles.

²³ Action sociale (l'annuaire)

²⁴ Ibid

C) La résidence autonomie

Cet accueil (auparavant dénommé foyer logement) concerne les personnes âgées qui ne peuvent plus vivre chez elle mais bénéficient encore d'une certaine autonomie (GIR 4 maximum), tout en cherchant plus de sécurité. La résidence, souvent à proximité des centres villes, comprend les logements des résidents, et des parties communes visant à faciliter la socialisation.

D) Le baluchonnage

Ce type de soutien vient du Québec. Le but est d'assurer le remplacement de l'aidant, à domicile, jour ou nuit, quel que soit la durée de l'absence de l'aidant. Il s'agit d'éviter une hospitalisation ou une entrée en institution de l'aidé, et d'offrir du répit à l'aidant.

Toutes ces formules peuvent trouver leurs limites lors de baisse de l'état général de la personne ou de son entourage, sur lequel repose ce type de soutien. L'accès et l'information sur ces différents dispositifs sont encore parcellaires, portés par plusieurs acteurs. Cet éclatement de ressources et leur nécessaire coordination requiert plus de travail de la part de l'aidant.

1.6 Une autre forme de soutien du domicile

Si l'hébergement en EHPAD est majoritairement de type permanent, d'autres types d'accueil existent. L'hébergement temporaire ne s'adresse pas qu'aux personnes âgées, mais c'est la population qui nous intéresse ici. L'hébergement temporaire est, au sens de l'article L 312-1 6° du code de l'action sociale et des familles (CASF), un établissement ou service médico-social : « *Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale* », soumis à l'ensemble des droits et obligations qui leur sont applicables.

Cet accueil recouvre plusieurs formes : l'accueil de jour, l'accueil en urgence, l'accueil planifié. La durée de ce type d'hébergement est limitée à 90 jours par année, en une ou plusieurs fois (mode séquentiel). Il vise à développer ou à maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale (article D 312-8 du CASF).

Je retiens la nécessité d'articuler ce type d'hébergement comme une véritable forme de soutien au domicile, même s'il est adossé à une institution. La logique de prestation vis-à-vis des personnes âgées en perte d'autonomie est bien à l'œuvre dans ce cas, l'hébergement temporaire a vocation à n'être qu'un relais dans un moment de la vie de la personne âgée et de son aidant. L'hébergement temporaire est défini par la HAS comme un type d'hébergement séquentiel qui se doit de rester centré prioritairement sur

l'amélioration de la qualité de vie au domicile. Il ne doit pas devenir une possibilité supplémentaire d'hébergement définitif, et doit être construit par le projet avec le résident et la famille (répit, rupture, socialisation...). Une place d'hébergement temporaire permet d'accueillir 5 personnes âgées par an, selon la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Les missions de ce type d'hébergement, décrites par la CNSA (octobre 2011), sont nombreuses et décrites ci-après.

1.6.1 Une aide aux aidants

C'est une réponse dans la palette des soutiens aux aidants, afin de prolonger le maintien à domicile dans des conditions satisfaisantes.

Le droit au répit des aidants est largement affirmé ces dernières années, et ce type d'hébergement peut constituer une réponse pour soulager les aidants, et prévenir leur épuisement tant physique que psychique. En effet, cet épuisement peut faire le lit de formes de maltraitance de la part de l'aidant vis-à-vis de l'aidé, remettant en cause le maintien au domicile. L'aidant peut aussi être épaulé au travers des échanges et des conseils des professionnels de la structure et des familles d'autres personnes âgées. Il s'agit d'un dispositif qui a des répercussions extrêmement positives sur le duo aidant/aidé. L'hébergement définitif peut aussi éviter une hospitalisation de l'aidé en cas d'hospitalisation, voire de décès de l'aidant. Eviter les hospitalisations inutiles est à la fois une nécessité économique pour notre système de santé, mais aussi une nécessité pour la personne âgée qui peut être d'autant plus déstabilisée que son environnement habituel est déjà fragilisé. Cette réponse vise donc à éviter les ruptures de parcours dans le système de prise en charge de la personne âgée.

1.6.2 Une préparation à la vie en institution

L'hébergement temporaire peut être l'occasion pour la personne âgée de découvrir la vie en structure, sans avoir la perspective d'opérer un choix immédiat entre domicile et institution. Elle va expérimenter cette vie en société, l'organisation de la structure, elle va faire connaissance avec les personnes qui travaillent dans l'établissement, les locaux eux-mêmes. Elle va construire sa propre représentation de la vie en EHPAD, qui peut contribuer à faciliter ultérieurement sa prise de décision et celle des aidants, si la question se pose de l'intérêt d'une entrée en EHPAD. L'hébergement temporaire permet à la personne âgée et à l'aidant de créer des liens avec des salariés, d'autres résidents, d'autres familles, et partager des préoccupations communes. L'aidant peut s'octroyer des temps d'échange hors de son domicile et avec d'autres personnes. Cet aspect me paraît aussi majeur car j'ai pu observer combien des maintiens au domicile peuvent se complexifier, amenant l'aidant à se replier sur son seul rôle d'aidant, se coupant peu à peu de liens sociaux et familiaux auparavant constitutifs de son équilibre de vie. La

culpabilité associée à l'épuisement peut faciliter un isolement rapide, malgré des aides extérieures qui peuvent exister au domicile. Le séjour peut ainsi être le moteur d'un retour au domicile avec des liens sociaux et/ou familiaux réactivés.

1.6.3 Une période de bilan

Le séjour temporaire peut être le moment de bilan médical au sens large, parfois difficile à organiser au domicile. C'est aussi la possibilité de faire un bilan des possibilités de la personne âgée, dans la perspective d'améliorer l'organisation des aides au domicile, tant par les aides humaines adaptées que les aides matérielles (matériel médical nécessaire pour les transferts, l'installation. Logement adapté : accès à la salle de bain, à la chambre). La coordination, en lien avec les partenaires du territoire concernés, est indispensable qu'elle soit portée par l'un ou l'autre des partenaires concernés.

1.6.4 Les freins à la généralisation de ce type d'offre

Ce type d'offre est peu courant car il nécessite une charge de travail accru, de la part de la totalité de l'équipe, pour préparer l'admission future de la personne âgée, adapter une prise en charge adaptée et personnalisée au cours du séjour, puis préparer la sortie qui suivra. Le turn over des personnes accueillies peut favoriser l'épuisement du personnel, mais la nouveauté du projet peut aussi offrir une possibilité de motivation au travail des salariés et les fédérer autour de ce projet.

De plus, le taux d'occupation, plus faible que dans le cas de l'hébergement permanent, va impacter négativement les produits de tarification du budget hébergement de l'établissement et risque de le fragiliser. Lorsque les chambres ne sont pas occupées, la maintenance et leur entretien reste les mêmes, le nombre de personnels ne varie pas non plus.

Le problème du reste à charge de la personne accueillie freine aussi le nombre des demandes. Cependant, des améliorations existent, dans la mesure où l'APA peut être transférée pour financer ce coût. Le droit au répit créé par la loi ASV est également mobilisable quand le plafond APA est atteint, une aide complémentaire est possible si le proche aidant est hospitalisé, et enfin, l'Aide Sociale à l'Hébergement peut être demandée, sous certaines conditions de revenus. Des retours positifs d'expérimentations PAERPA d'hébergement temporaire ont été publiés récemment²⁵. La diminution ou l'annulation du reste à charge des personnes accueillies favorise et simplifie l'accessibilité de ce dispositif, en occasionnant des taux d'occupation élevés et des retours à domicile importants, ce qui est un des objectifs majeurs de ce type d'hébergement.

²⁵ ANAP, Succès des expérimentations PAERPA d'hébergement temporaire, Responsable santé, jeudi 2 mai 2019, n°324, page 2

Le projet de développement de places d'hébergement temporaire doit donc tenir compte de ces freins pour être mené à bien.

Les EHPAD sont amenés à adapter leur réponse principale d'hébergement permanent face à l'évolution des besoins sociétaux et individuels des personnes âgées. Les directeurs doivent proposer des formes d'accompagnement qui relèvent plus d'une logique de prestations en direction du public : personnes âgées et de leurs proches aidants, le cas échéant. La partie suivante s'attache à décrire la situation de l'EHPAD les « Pivoles », et d'en dégager un diagnostic, prenant en compte les forces et les faiblesses de l'établissement au sein de son territoire et en lien avec les différents partenaires.

2 L'établissement les « Pivoles »

Cet EHPAD public autonome que je dirige est au cœur de multiples transformations pour pouvoir adapter ses réponses aux changements des besoins et demandes des personnes âgées sur son territoire. La direction impulsée par les autorités de tarification lors du CPOM me pousse à privilégier des pistes cohérentes avec les besoins recensés sur le territoire.

2.1 Les résidents dans leur lieu de vie

En tant qu'établissement public, l'établissement les « Pivoles » garantit l'accès à toutes les personnes âgées, et particulièrement les plus isolées ou précaires, avec une notion de proximité géographique.

2.1.1 La photographie de l'établissement

Les bâtiments de la Maison d'Accueil de Personnes Agées Dépendantes ont été construits en 1996, dans un parc arboré, face au jardin de ville, au centre de la commune, tout en bénéficiant d'un environnement calme. La commune de La Verpillière en est le propriétaire. L'établissement est devenu Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes en 2002, suite à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. La signature d'une convention tripartite entre l'établissement, le Conseil général de l'Isère et les représentants de la sécurité sociale en a concrétisé l'appellation. Les résidents devenant de plus en plus dépendants, le renouvellement de la convention tripartite en 2007 a permis de faire évoluer les moyens humains avec des créations de postes sur les sections « dépendance et soins », en particulier aides-soignants, infirmières et cadre de santé.

Si les locaux sont anciens, la conception de l'époque alliée à une maintenance régulière, a permis un assez bon vieillissement du bâtiment. Le bâtiment, sur 2 étages, est construit sur la forme d'une étoile, s'ouvrant largement sur le parc et permettant une vue agréable depuis toutes les chambres individuelles situées en étage (fenêtres, porte fenêtre ou balcons).

A) Le service principal

Chaque chambre est équipée d'une salle de bain attenante et douche à l'italienne. Une extension de la salle à manger au rez de chaussée a été réalisée en 2009, en raison de l'augmentation des fauteuils roulants, en lien avec la hausse de la dépendance des résidents. Les repas sont privilégiés en salle à manger, afin de favoriser la socialisation et la rencontre de tous. La climatisation de cette salle à manger en 2016 et celle d'une pièce

de réception au rez-de-chaussée en 2010 se sont avérées indispensables depuis l'instauration d'un plan national canicule 2004²⁶, faisant suite à la canicule de 2003. La salle à manger est le lieu de rencontre principal de l'établissement : sa situation est centrale dans l'établissement, accessible depuis l'entrée et depuis le parc lorsqu'il fait beau. Il n'existe pas de salle pour l'animation, ainsi, toute la vie de l'établissement se trouve concentrée dans cet unique espace, ce qui peut poser des problèmes d'organisation et d'entretien des locaux entre les temps d'animation et les temps de repas. Chaque étage offre un espace convivial dénommé petit salon, dont les grandes baies vitrées débouchent sur un balcon avec vue sur le jardin de ville. Cet espace est utilisé par certains résidents qui préfèrent petit déjeuner ensemble le matin plutôt que seuls en chambre. Les petits salons sont aussi occupés, en journée, par les familles qui préfèrent des temps individuels avec leur parent, en dehors de leur chambre. Cet espace est aussi privilégié le soir pour les résidents nécessitant une aide au repas ou présentant des signes d'agitation : ils sont installés autour de tables rondes, avec un ou 2 soignants, dans une atmosphère plus calme.

B) L'unité de vie protégée

Seuls les dix résidents relevant de cette unité vivent au rez de chaussée, dans l'une des « branches » de l'étoile formée par l'établissement. Cette unité appelée CANTOU : centre d'animation naturel tiré d'occupations utiles, accessible par code, débouche sur un grand espace convivial salle à manger/cuisine, largement ouvert sur un jardin sécurisé. Un salon de taille plus restreinte offre aux résidents un espace plus contenant, qui peut contribuer à les rassurer. La partie nuit est axée sur un couloir qui dessert les dix chambres avec salle de bain attenante. Les prises en charge réalisées au sein de ce service sont particulièrement personnalisées, en lien avec la spécificité des prises en charge des résidents porteurs de troubles en lien avec des démences tels que les comportements agressifs, l'anxiété, la déambulation, l'errance...

La configuration actuelle de l'établissement dans le parc laisse la possibilité d'envisager une extension de locaux, sans nuire à la structure actuelle des bâtiments.

2.1.2 Le profil des résidents des « Pivoles »

Les personnes accueillies sont prioritairement issues de la commune de La Verpillière et du territoire d'implantation, certaines sont dans la situation d'un rapprochement familial.

²⁶ Circulaire interministérielle n° 2004-219 du 12 mai 2004 définissant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule

A) Les données générales

La moyenne d'âge d'entrée est de 83,3 ans, ce chiffre est inférieur à la moyenne nationale. Actuellement, 52 femmes et 12 hommes sont présents, la moyenne d'âge est de 86 ans, la personne la plus âgée a 98 ans. La durée moyenne de séjour est de 3 ans et demi, ce qui est un peu plus élevé que la moyenne nationale. Les résidents entrant aux « Pivoles » sont un peu plus jeunes que la moyenne nationale, cependant de plus en plus âgés et dépendants, au fil des ans.

Les résidents relèvent majoritairement du GIR 2 sont au nombre de 28, ils sont 12 à être classés en GIR 1, les 24 autres résidents sont classés GIR 3 et 4. Le GMP validé lors du dernier CPOM en date du 26/06/2017 se situe à 771, la moyenne nationale pour un établissement similaire est de 721, ce qui démontre que les résidents sont globalement plus dépendants que la moyenne nationale et entraînent une charge de travail plus importante. Ce constat est en lien avec la promotion du maintien au domicile des personnes âgées impulsée par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

B) Les données médicales

Au sein des « Pivoles », selon les données issues du logiciel de soins utilisé, l'essentiel des états pathologiques est réparti entre 27% d'affections psychiatriques, et 22% d'affections cardiovasculaires. Ceci permet de comprendre la spécificité des prises en charge en corrélation avec l'importance des troubles cognitifs et du comportement des résidents. Le croisement des variables fait apparaître un nombre élevé de résidents déments : 72%. Presque la moitié des résidents (47%) sont identifiés comme errants ou fugueurs. Le nombre moyen d'états pathologiques par résident est de 5,35, ce qui donne une idée de l'état de santé fragile des résidents. Ces données ont des répercussions concrètes sur les prises en charge réalisées auprès d'eux. Le PMP est à 190 contre 196 au niveau national, ce qui est en cohérence avec les besoins en soins moyens nationaux retrouvés pour un établissement similaire²⁷.

D'autres chiffres révèlent un état de fragilité psychique : la moitié des résidents sont sous antidépresseurs, et 33% reçoivent un traitement neuroleptique. Enfin, les ¾ des résidents sont sous antalgiques. La population accueillie aux « Pivoles » requiert des soins particulièrement adaptés à leur fragilité psychique et somatique (dont la douleur).

Un autre chiffre attire mon attention : celui des hospitalisations qui passe de 312 journées en 2016 à 241 journées en 2018, malgré un alourdissement des soins des résidents. Ainsi, les compétences des agents développées par des cessions très régulières de

²⁷ CNSA, 2017, La situation des EHPAD en 2016, analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD

formations en interne et en inter établissement pourraient expliquer en partie ce constat, ainsi qu'une meilleure coordination médicale et une meilleure recherche des directives anticipées des résidents.

C) Les soins palliatifs

En 2018, 18 résidents hébergés sont décédés, dont 15 dans l'établissement. Ces chiffres un peu brutaux sous-tendent une réalité de soins assez lourde, avec plus d'un accompagnement de fin de vie par mois, sachant qu'une moyenne ne reflète pas la difficulté vécue par les soignants qui peuvent être amenés à effectuer des soins dits palliatifs à plusieurs résidents en même temps ou successifs.

Je constate une évolution des profils des résidents lors de l'admission : ils sont plus âgés, présentant une baisse importante de l'autonomie, en état de santé plus précaire, et une fragilité psychique, requérant une prise en charge plus complexe, et des compétences variées. C'est particulièrement sensible lors de l'accompagnement de fin de vie, le résident entrant en EHPAD de plus en plus tard n'aura pas toujours le temps ni les capacités cognitives à s'adapter à un nouveau lieu et à un nouvel environnement humain. Quelle place les familles pourront-elles avoir ? En tant que Directrice, il me faut anticiper ces phénomènes, et questionner les missions de l'établissement, qui pourrait s'orienter sur une augmentation conséquente des accompagnements de fin de vie et impacter fortement les missions des salariés.

2.2 Les salariés des « Pivoles »

2.2.1 Les missions et les valeurs de l'établissement

Les missions de l'EHPAD sont celles du service public. Il s'agit d'accueillir la population du territoire, de répondre aux besoins de personnes âgées ne pouvant plus vivre à leur domicile.

L'EHPAD des Pivoles est un établissement dont le fonctionnement est régi par le code de l'action sociale et des familles, articles D 312-155-0 à D 312-159-2. Ainsi, chaque résident bénéficie d'un « projet de vie personnalisé » élaboré conjointement par l'équipe pluridisciplinaire, le résident et ses proches, ou tuteur, s'il le souhaite. Ce projet est élaboré 3 à 6 mois après son entrée en institution, hors situation d'urgence, et est renouvelé tous les 1 à 2 ans. C'est l'outil pilier de la prise en charge pluridisciplinaire qui fait sens aux actions déclinées auprès du résident. Le projet d'établissement reflète cette façon de travailler et mentionne les valeurs auxquelles les soignants se réfèrent : par exemple : le droit à l'autonomie et la protection, le principe de la participation de la personne, qui sont mentionnés dans la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Le droit à la liberté et à la sûreté ainsi que le respect de la vie privée et familiale

affirmés dans la charte des droits fondamentaux de l'union européenne de 2000 sont aussi fondateurs du projet d'établissement.

Le droit des résidents à l'information et le consentement éclairé²⁸ sont aussi des préoccupations des soignants de l'EHPAD, d'autant plus complexes que les troubles cognitifs de certains résidents nécessitent un accompagnement particulier. Le questionnement éthique est aussi positionné comme fondateur dans ce projet. En effet, l'accompagnement des personnes âgées jusqu'au terme de leur vie nécessite toujours une réflexion collégiale continue pour accompagner les personnes en fin de vie avec respect, sans abandon ni obstination. Cela se fait conformément à la loi «Léonetti Claeys» n° 2016-87 du 2 février 2016 parue au JO n° 0028 du 3 février 2016, qui crée de nouveaux droits pour les personnes malades et en fin de vie, et aux préconisations de la charte Alzheimer, éthique et société 2011 élaborée par l'espace national de réflexion éthique.

Ces quelques principes et valeurs affichés par la structure sont déclinés au travers des prises en charge réalisées par les salariés. Elles sont notifiées dans le projet d'établissement. Celui-ci a été réactualisé en 2013, lors de l'évaluation interne, qui a précédé l'évaluation externe réalisée en 2014. Il y a lieu de réactualiser ce projet d'établissement, à la lueur des évolutions des missions de l'établissement.

Les prises en charge des résidents n'ont de sens qu'en regard de l'analyse et de la compréhension de leurs besoins par l'équipe pluridisciplinaire.

2.2.2 L'organisation du travail

La mission d'accueil et de prise en charge des résidents est assurée au travers de l'organisation suivante des 50,30 Equivalent Temps Plein salariés appartenant à la fonction publique hospitalière²⁹.

A) L'équipe pluridisciplinaire

Le poste de directeur que j'occupe est à temps plein sur la structure. L'équipe de direction comprend le médecin coordonnateur, la psychologue à mi-temps, et le cadre de santé à temps plein. La gouvernance d'un EHPAD public autonome est spécifique puisque qu'il ne dépend pas d'une collectivité. Je négocie et rend compte de la gestion aux autorités de tarification : Agence Régionale de Santé et Conseil Départemental, ainsi qu'au Conseil d'Administration présidé par le maire de la commune.

Le pôle administratif est composé de deux adjointes des cadres à temps plein, en charge du secrétariat, des ressources humaines, de la comptabilité et de l'accueil.

²⁸ En lien avec la loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

²⁹ Cf ANNEXE IV :

L'équipe soignante est composée du médecin coordonnateur à mi-temps, de médecins vacataires, d'infirmières, d'aides-soignantes, d'aide médico psychologique (AMP), d'agent de service hospitalier (ASH) affectés aux soins, d'une musicothérapeute, d'une animatrice.

L'équipe hôtellerie/technique regroupe les ASH hôtellerie, les lingères, l'agent de maintenance, les trois cuisiniers. Le linge des résidents est traité en interne, le linge plat et les tenues du personnel sont entretenus par un prestataire. La totalité des repas est confectionnée sur place, selon le principe de la liaison mixte. Dans le cas d'une extension de lits, ces services pourraient être optimisés, sans nécessiter de réaménagement de grande échelle.

Des intervenants extérieurs réguliers complètent l'équipe : médecins généralistes, kinésithérapeutes, pédicure/podologue, orthophonistes, et tout autre professionnel sollicité par un résident. Le nombre de médecins généralistes sur la commune a baissé suite à des départs à la retraite, ainsi le suivi des personnes âgées au domicile est fragilisé, car le médecin généraliste est le pivot de ces prises en charge. Ce constat a aussi des effets sur les suivis des résidents car certains ne peuvent pas avoir de médecins traitants, amenant le médecin coordonnateur, à pallier, en partie, ces insuffisances. Un partenariat est établi avec une des pharmacies de La Verpillière, l'organisation en système « Préparation des Doses à Administrer » est en cours afin de sécuriser le circuit du traitement en l'absence de pharmacie en interne.

B) L'organisation du travail

L'organisation tend à privilégier le rythme de chacune des personnes prises en charge, respect des heures de réveil, adaptation des soins à la fatigue des résidents (sieste, animation...). La répartition du travail est révisée très régulièrement en équipe, afin d'équilibrer les charges de travail. Des temps d'échange hebdomadaire sont consacrés à des synthèses de résidents, à des problématiques rencontrés par les soignants, ou à des échanges inter équipes lors de décès de résidents.

Le taux d'encadrement moyen national est de 63 pour 100 places, celui des « Pivoles » est donc meilleur puisqu'il se situe à 78%. Cependant, ce chiffre recouvre des réalités à analyser plus finement.

2.2.3 Le profil des salariés

L'ensemble des équipes est relativement stable, plus de la moitié des salariés sont dans l'établissement depuis plus de 10 ans. Elles sont plus âgées, ce qui rend leur rythme de travail plus difficile à soutenir, certaines expriment une certaine lassitude voire de la fatigue.

A) La pénibilité du travail en EHPAD

Les salariés connaissent une partie des difficultés qui ont mené aux grèves de 2017 et 2018. Le travail en EHPAD confronte les soignants à la dépendance, à la souffrance et à la mort de façon quotidienne. La pénibilité physique est réelle avec des risques de troubles musculosquelettiques. Les comportements agressifs de la part des résidents et de leurs familles sont de plus en plus fréquents, augmentant la souffrance des soignants. Le rythme de travail est exigeant sur une journée, avec des pics d'activité qui les sollicitent beaucoup. Ce rythme est parfois difficilement compatible avec leur vie de famille : horaires d'équipe, travail les W E et les jours fériés, remplacement de collègue.... L'équipe présente donc une certaine fragilité, observable à travers l'augmentation sensible et régulière des arrêts maladie et accidents du travail. Le risque de Risque Psycho Sociaux (RPS) prédomine, et reflète la réalité de ce que l'on pourrait appeler la crise des « EHPAD ». Les RPS sont des risques rencontrés dans le milieu professionnel et pouvant porte atteinte à la santé mentale et /ou physique des salariés. Ces risques sont réputés multifactoriels. Ces risques impactent les salariés en réduisant leurs capacités au travail ou en favorisant l'absentéisme. On peut aisément comprendre en quoi ces constats peuvent expliquer le retentissement sur la qualité des prises en charge des résidents et sur la performance de l'établissement. Ce risque présente véritablement une faiblesse dont j'ai conscience avant d'aborder tout projet concernant l'établissement. D'autant que l'avancée en âge et l'augmentation de la dépendance des résidents appellent des prises en charge plus lourdes, plus complexes, sollicitant des compétences professionnelles plus abouties, comme l'accompagnement en soins palliatifs. J'observe une pénurie de personnel de moins en moins attiré par ces métiers de l'aide à la personne, et la précarité du statut de remplaçante. L'établissement les « Pivoles » doit faire ses preuves en s'engageant dans une démarche de projet singulière et pérenne, et en renforçant l'attractivité des emplois proposés.

B) Une équipe stable

L'ancienneté de la majorité des salariés confère une certaine stabilité à l'EHPAD. Ils sont attachés à leur structure, et à la qualité des prises en charge réalisées auprès des résidents. Certains sont la mémoire de l'établissement et narrent son histoire ou ses anecdotes aux nouveaux salariés, contribuant à créer une culture d'établissement commune autour du respect de la personne accueillie. L'élaboration d'un projet ambitieux me paraît être un moyen de redynamiser l'équipe autour d'un but commun, nouveau et indispensable. La perspective de varier l'offre de l'EHPAD est aussi celle de transformer les pratiques professionnelles des salariés, et d'attirer des professionnels dans cet établissement.

2.2.4 Le financement de l'établissement

Il est conforme aux financements des EHPAD, tels que décrits plus haut.

Toutes les places sont habilitées à l'aide sociale, ce qui implique que les tarifs hébergement et dépendance de l'établissement sont soumis à l'accord du Conseil Départemental et ne peuvent donc augmenter de façon unilatérale. Cette particularité favorise donc l'accès des personnes les plus démunies à l'établissement de leur territoire. La loi ASV et les lois de financement de la sécurité sociale pour 2016 et 2017, ont conduit l'établissement à contractualiser un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) en juin 2017 avec le Département et l'ARS.

Suite à ce contrat, l'établissement se trouve en convergence négative d'un montant de 100 000 euros sur 7 ans. La convergence tarifaire est calculée à partir de l'instauration d'un point GIR départemental, ainsi il existe une convergence négative lorsque le point GIR départemental est inférieur au point GIR de l'établissement. L'établissement a donc bénéficié de plus de ressources que les établissements similaires sur le département, il faut alors faire fonctionner l'établissement avec une dotation diminuée de 100000 euros sur sept ans. Je dois donc analyser tous les points possibles d'optimisation et de réduction des coûts sans nuire à la qualité de la prise en charge des résidents.

La signature du CPOM a fait l'objet d'une demande de la part des autorités de tarification d'augmenter la capacité d'accueil, sur une offre autre que l'hébergement permanent. L'équilibre financier rompu de l'établissement appelle des actions correctrices rapides et pertinentes sur le long terme. En effet, son autonomie vis-à-vis d'autres établissements peut aussi être considérée comme une faiblesse, dans un contexte favorisant les mutualisations, coopérations et optimisations diverses. L'établissement doit grandir en taille et en impact pour survivre. L'impossibilité de conduire l'établissement vers un meilleur équilibre financier pourrait nécessiter son rattachement au groupement hospitalier du Nord Dauphiné (GHND).

2.3 L'environnement de l'établissement

L'Isère apparaît insuffisamment doté en places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, en 2015 : le ratio est de 89,2 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, contre 95,5 en France. Néanmoins, le TPA est un des territoires les mieux dotés, ce qui explique que les projets du territoire vont concerner d'autres axes que l'hébergement permanent³⁰.

Le TPA est couvert par la filière gériatrique du Nord Isère MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie). Cette filière

³⁰ Cf ANNEXE V : hébergement permanent médicalisé et services à domicile

est portée par le GHND. Celui-ci regroupe les centres hospitaliers de Bourgoin Jallieu, Morestel, La Tour du Pin et Le Pont de Beauvoisin. Sur ce même territoire, la filière gériatrique vise à améliorer les réponses aux problématiques de prise en charge multidisciplinaires des personnes âgées. Elle a pour but de créer des collaborations entre les différents partenaires sanitaires et médicosociaux, afin d'apporter des réponses répondant au projet de vie de chaque personne âgée du territoire. Le but de cette filière est d'assurer une synergie entre les missions des différents professionnels du territoire. Ainsi, plusieurs dispositifs existent : consultation mémoire, plateforme Via Trajectoire, Plateforme d'Accompagnement et de Répit des Aidants Familiaux (PARAF), Pôle Gériatrique de Territoire, Lits Sas, Accueil de Jour, Equipe Mobile de gériatrie et celle de gérontopsychiatrie Extra Hospitalière.

Les situations de personnes âgées au domicile les plus complexes sont accompagnées par des « gestionnaires de cas », dont le rôle de coordination est primordial afin d'apporter des réponses aux besoins multiples de ces personnes et de leur famille. Ces 4 gestionnaires sont des salariés du conseil départemental, et travaillent étroitement avec l'ensemble des structures et des professionnels libéraux du TPA. Ces suivis sont toutefois limités aux situations dites complexes, ayant fait l'objet d'une orientation. En effet, ces gestionnaires ne peuvent être sollicités directement par les personnes en perte d'autonomie ou leur famille.

L'établissement des « Pivoles » travaille aussi en partenariat avec l'hospitalisation à domicile (HAD) Soins et Santé. Une convention existe avec le centre psychothérapique du Nord Dauphiné mais n'a jamais été effective. Ceci est dû au peu de sollicitations qui lui ont été faites et à la difficulté à maintenir des liens réels de partenariat avec cet établissement déjà saturé par les demandes du territoire. L'Equipe Mobile d'Hygiène est également un partenaire important de l'établissement, à la fois sur l'élaboration de protocoles, sur l'aide à la gestion en situation d'épidémies et sur la collecte de données entrant dans des statistiques régionales et nationales.

Ces différents partenariats visent à participer à l'amélioration des réponses aux besoins des personnes âgées sur le territoire et à capter des compétences professionnelles qui ne peuvent être développées en interne, du fait de la petite taille de l'établissement. Ils garantissent ainsi une qualité dans les prises en charge réalisées aux « Pivoles ».

Les principaux dispositifs du territoire visant à apporter des réponses aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie sont exposés ci-après.

2.3.1 Les alternatives au domicile existant sur le territoire

Le département Isère analyse que le dispositif de soutien à domicile est assez important mais insuffisant pour les patients dits « lourds ».

Si l'on considère la proximité de l'EHPAD, les deux SSIAD les plus proches sont situés à Bourgoin et à Saint Quentin Fallavier, respectivement à 20 et 5 kms. Ils ne sont pourtant pas les pôles géographiques habituels des habitants de La Verpillière, leur domaine d'intervention se concentrant prioritairement sur les communes d'implantation.

Les SAAD les plus proches se situant aussi entre 5 et 20kms, ceci explique qu'ils sont peu présents sur le secteur. Il n'existe qu'un seul type de service sur la commune, porté par le centre communal d'action social (CCAS), centré sur le portage des repas.

Il n'existe pas de SPASAD sur le TPA. Ceci est un constat courant au niveau national, ce type de structure s'est très peu développée³¹.

L'accueil familial est essentiellement supporté par une association située à Sassenage, et les places sur le TPA sont quasi inexistantes. Un seul des résidents accueillis en EHPAD venait d'une famille d'accueil située sur la région de Grenoble.

Le principal acteur du « balluchonnage » est l'association bulle d'air Rhône Alpes, dont les relais sont à Lyon ou à Grenoble. Ce type de service attractif est toutefois limité de par son implantation à distance, il est peu connu, et génère un coût que toutes les familles ne peuvent supporter (estimation à 8 euros/h, du reste à charge moyen, toutes aides déduites).

Aucune forme d'habitat intergénérationnel n'existe sur le territoire, les places en accueil familial, peu nombreuses, sont inexistantes dans un rayon de 30 kms.

Les résidences autonomie sont des dispositifs plus représentés : il en existe deux à 15 kms de la Verpillière, celles-ci sont gérées par des organismes privés à but lucratif, et le coût d'un logement ne les rend pas accessibles à beaucoup de personnes âgées.

Une résidence seniors ouvre ses portes fin 2020 sur la commune, qui devrait compléter l'offre de service sur le territoire en direction d'un public de personnes âgées assez autonomes et plutôt en demande de prestations hôtelières.

Les solutions possibles favorisant le maintien à domicile sur le territoire sont réduites et ne sont pas coordonnées entre elles, elles n'ont pas de liens spécifiques avec l'EHPAD, même si elles relèvent de la filière. Ainsi, des personnes âgées prises en charge au domicile ne sont pas connues par l'EHPAD et, inversement.

2.3.2 La Plateforme d'Accompagnement et de Répit des Aidants Familiaux : PARAF

Cette plateforme vise à soutenir les aidants par différents moyens : écoute, visites, rencontres, conférences, ateliers. Une de leur mission consiste à favoriser les liens professionnels/aidants, voire à orienter vers des solutions de répit pour les aidants. Cette

³¹ Cf ANNEXE V : hébergement permanent médicalisé et services à domicile

plateforme est portée par deux salariés, dont une psychologue. Si l'intérêt de leur mission est certain, ce dispositif se heurte à plusieurs inconvénients : la plateforme n'est pas encore très visible par la population et les professionnels intervenant au domicile. Cependant, le nombre de demandes dépasse déjà leur possibilité d'actions, car cette plateforme ne repose que sur deux personnes, hors congés et maladie. Les ateliers et conférences proposés ne sont pas nombreux et peuvent ne pas cibler tous les aidants qui en auraient besoin. Ainsi, ce dispositif préconisé par l'ANAP et la CNSA, existe mais son rayonnement, et par conséquent, son efficacité, est limité.

2.3.3 Les structures hospitalières

Je retiens principalement deux types de service relevant du secteur sanitaire : les lits SAS et l'unité cognitivo-comportementale.

A) Les lits SAS

Une quinzaine de lits ont été ouverts en 2016, au sein de l'hôpital de Bourgoin Jallieu, à 15 kms de la commune. Les personnes qui peuvent en bénéficier sont des personnes âgées pour lesquelles le retour à domicile après l'hospitalisation n'est plus possible, et dont le projet est celui d'un hébergement permanent. Sont exclus de ce type de service, les personnes âgées avec troubles du comportement perturbateur et dérangeant, pour lesquelles il n'existe pas de réponse adaptée sur le TPA d'après les données issues du groupe de travail de novembre 2016. Le service est en lien avec les EHPAD du secteur, un mail récapitulatif des demandes est envoyé tous les quinze jours aux différentes structures. L'objectif de ce service est de préparer au mieux la personne âgée et son entourage à l'entrée en hébergement permanent, dans le difficile contexte qui suit l'hospitalisation non programmée et la perte d'autonomie de la personne. La durée de séjour ne peut excéder 3 mois. L'établissement « Pivoles » s'est engagé à travailler de façon concertée avec ce service, et accepte au moins annuellement, 3 résidents issus de ce service et ayant fait une demande d'admission dans l'établissement. Les informations collectées par le service et nécessaires à la prise en charge des personnes âgées sont transmises à l'EHPAD préalablement à l'admission, néanmoins, des améliorations en terme de coordination sont à rechercher.

B) L'unité Cognitivo-Comportementale (UCC)

Cette unité pouvant accueillir 12 personnes, se situe dans un des centres hospitaliers du GHND (à 30 kms des « Pivoles »). Sa mission est celle d'un lieu de soins pour les personnes valides et diagnostiquées malades Alzheimer ou apparentées, dont le comportement rend impossible son maintien dans le lieu de vie habituel. La durée de séjour ne peut excéder 4 semaines. En réalité, les demandes sont tellement nombreuses que l'unité ne répond plus aux demandes urgentes, ni à celles pour lesquelles le maintien

à domicile est impossible, car le délai d'attente pour intégrer un hébergement permanent est supérieur au temps possible d'hospitalisation. Il nous est arrivé de faire appel à cette unité pour quelques résidents présentant des troubles majeurs du comportement, en évitant le recours à une hospitalisation classique peu adaptée.

2.3.4 Les équipes mobiles

L'équipe d'EMOGEX : équipe mobile de gériatrie de l'hôpital est constituée d'un médecin gériatre, d'une infirmière, et d'un ergothérapeute a vocation à intervenir dans les EHPAD et au domicile. Ses missions sont multiples allant de l'évaluation clinique, à l'orientation des patients en lien avec les professionnels paramédicaux pour assurer la continuité des soins. L'équipe assure aussi une médiation à domicile et conseille sur les aides techniques et aménagement du domicile. L'équipe est cependant plus facilement sollicitée par les structures que par les professionnels du domicile. De plus, le délai d'attente pour un rendez-vous est assez long (entre 1 et 2 mois), freinant parfois sa sollicitation puisque la situation est souvent vécue comme appelant une réponse urgente.

L'équipe mobile de gérontopsychiatrie : EMGP, est une des équipes ambulatoires de l'établissement ESM Portes de l'Isère qui couvre la prise en charge psychiatrique du secteur. Elle intervient au domicile comme en structure, mais le délai de réponse est aussi un frein à son efficacité.

L'EHPAD fait parfois appel à ces équipes pour des situations difficiles de résidents dont la prise en charge devient peu compatible avec une vie en collectivité ou lorsque le résident se met en danger. Ce peut être pour des conseils de prise en charge comportementale, un avis médical, ou encore un avis d'ergothérapeute. L'intérêt est d'apporter un éclairage médical complémentaire, d'éviter une hospitalisation ou le déplacement des résidents, et de faire une observation in situ, souvent plus fine.

L'Hospitalisation A Domicile est un partenaire fort lorsqu'il s'agit d'accompagner des fins de vie requérant des soins complexes, que l'EHPAD ne peut mettre en place (absence d'infirmière la nuit, protocole de traitement à usage hospitalier). Sur demande du médecin généraliste du résident, ou demande du médecin coordonnateur, et après accord de l'HAD, ce partenaire met donc à disposition des compétences techniques, et médicales (permanence téléphonique d'un médecin 24h/24). L'intérêt majeur de ce partenariat est d'éviter une hospitalisation lors de la fin de vie, qui n'est souhaitée ni par le résident, ni par la famille, et d'assurer un accompagnement de qualité, se rapprochant des exigences hospitalières, avec une gestion adéquate des symptômes rebelles telles que douleur, angoisse...

2.3.5 Les offres de service d'hébergement

Sur la commune de La Verpillière (6700 habitants), la résidence les « Pivoles » est le seul EHPAD. Il existe 10 autres EHPAD sur le territoire Porte des Alpes.

Dans un rayon de 15 kms, il existe 6 EHPAD dont 4 sont privés et 2 sont publics. Le territoire a des possibilités d'accueil réelles et variées. La concurrence peut jouer en faveur des établissements publics qui présentent des tarifs d'hébergement moins élevés et proposent plus de places habilitées à l'aide sociale, mais là n'est pas le seul critère à prendre en compte pour pérenniser l'établissement dans une qualité de service rendu. Il existe un projet d'ouverture en 2020 d'une résidence autonomie sur la commune. Ce service vient compléter l'offre existante puisqu'elle s'adresse à des personnes âgées nécessitant une aide plus légère, et répond à l'accroissement prévisible des personnes âgées sur la commune.

2.3.6 L'hébergement temporaire

La filière gérontologique a mené un travail sur l'hébergement temporaire sur le TPA, en 2016. L'offre s'amenuise depuis la fermeture d'un service situé à Bourgoin et réservé exclusivement à ce type d'hébergement. Plusieurs types d'hébergement temporaire sont distingués : l'HT programmé, l'HT d'urgence en cas de maltraitance, de rupture brutale de l'aidant et en cas de logement inhabitable L'HT est également nécessaire pour préparer le retour à domicile après une hospitalisation classique ou un séjour en Soins de Suite et Réadaptation. Le groupe de travail juge cette dernière situation très courante et aucune réponse n'est possible actuellement. Il faut savoir que la moitié des séjours des SSR est effectuée par des personnes de plus de 70 ans, et elles sont 2/3 à réintégrer leur domicile ou une autre forme d'hébergement comme l'EHPAD. L'offre en SSR sur le territoire est inférieure aux demandes, et lorsque la demande relève plutôt de la préparation de retour, le service pourrait être assuré par de l'HT. Le service Autonomie du département a dénombré 24 situations annuelles d'urgence, le nombre est vraisemblablement plus important car les autres partenaires n'ont pas communiqué leurs chiffres. L'analyse du groupe fait ressortir la difficulté, voir, l'impossibilité d'accueillir des personnes désorientées dans ce type d'hébergement.

L'offre en hébergement temporaire est quasi inexistante sur le territoire de l'EHPAD. Des demandes régulières parviennent en direct à l'établissement, qui ne peuvent être satisfaites. D'autres types d'accueil existent en dehors de la commune : un accueil de jour porté par un établissement situé à 7 kms, un Pôle d'Activité et de soins adaptés (PASA) est rattaché à un EHPAD situé à 10 kms. Ces services répondent à la demande existante, et semblent suffisants, car des services identiques plus éloignés peuvent aussi répondre à des demandes du territoire.

A noter qu'il n'existe pas non plus d'accueil de nuit, ou d'accueil de jour itinérant sur le territoire.

2.4 L'admission aux « Pivotes » : un processus perfectible

Les personnes accueillies sont plus dépendantes et multi pathologiques, nécessitant une réflexion sur les modalités d'accueil qui sont de moins en moins en adéquation. Or, l'admission du résident est un point clé de la réussite de son hébergement ultérieur

Je propose d'examiner les conditions d'entrée afin de repérer des éléments de compréhension de cette insatisfaction. Ce processus débute bien en amont de l'admission dans l'établissement.

2.4.1 La demande d'admission

Une demande d'hébergement par dossier unique (depuis le 1^{er} juin 2012) est réalisée par un médecin traitant ou hospitalier, le plus souvent Via Trajectoire. Un moyen de faciliter la communication entre les partenaires est décliné par l'outil Via Trajectoire, en ligne et accessible depuis le portail du site du Département³². L'utilisation de cet outil se généralise, suite aux campagnes de sensibilisation de l'ensemble des professionnels libéraux et salariés. Il permet une lecture de la liste d'attente des places, dont celles dites d'hébergement temporaire. Le médecin coordonnateur et le secrétariat des « Pivotes » se sont appropriés cet outil qui sera indispensable dans le cadre d'un projet d'hébergement temporaire et de plateforme.

Au moment de la demande, la personne âgée est, soit chez elle, soit hospitalisée, soit dans les « Lits SAS ». Ces demandes sont visées par le médecin coordonnateur qui délivre un accord de principe. La notion d'urgence de la demande est prise en compte, dans la mesure du possible, pour fixer le deuxième temps : la visite dite de pré admission. Le secrétariat de la résidence propose à la personne et à son entourage une date de rendez-vous aux « Pivotes ». Dans certains cas, un professionnel accompagne la personne âgée à ce rendez-vous (gestionnaire de cas MAIA, assistante sociale, curateur...).

2.4.2 Le déroulement de la visite de pré admission

A) L'organisation de la visite

L'entretien a lieu avec le médecin coordonnateur, la psychologue et le cadre de santé. Cet entretien, en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles visant à améliorer la qualité d'un accueil ultérieur, vise à informer la

³² <https://www.isere.fr/>

personne et ses proches, à s'assurer de leur compréhension des informations, et à leur proposer une visite de l'établissement. L'objectif est d'établir un lien relationnel avec la personne et ses proches. Le consentement de la personne est systématiquement recherché, mais ses capacités cognitives ne le permettent pas toujours. Et il s'agit là d'un obstacle réel : les personnes âgées étant amenées à entrer de plus en plus tardivement en EHPAD, leur consentement est de moins en moins possible en raison des troubles cognitifs de plus en plus importants. Il est préconisé de rechercher des signes d'assentissement, ou tout au moins des signes d'absence de refus de la part de la personne âgée moins communicante. Cet aspect de l'entretien est parfois très subjectif car aucun des professionnels des « Pivoles » n'a une connaissance assez fine de la personne pour valider ce qu'elle a compris ou ce qu'elle souhaite communiquer lorsqu'elle est limitée dans ces compétences. Lorsqu'il existe un représentant légal, le consentement éclairé de ce dernier tend à faciliter le projet d'admission.

La parole des proches prend souvent le pas sur celle de la personne âgée. Ainsi, l'entretien individuel avec la personne âgée, recommandé par l'ANESM, n'est jamais réalisé dans la cadre de la visite de pré admission. Comme relaté plus haut, le contexte de la demande se fait le plus souvent dans un climat de tension et d'épuisement des aidants, ce qui compromet le consentement, ou du moins la participation, de la personne concernée à son propre projet et ravive la culpabilité des aidants qui ont initié cette démarche.

B) La visite en urgence

Une visite de pré admission effectuée en « urgence » ne peut remplir que partiellement ses objectifs en termes de préparation à la vie en institution. Les proches aidants peuvent être ambivalents lorsqu'une place libérée est proposée pour leur parent. Certains expriment leur soulagement, et estiment qu'ils peuvent encore tenir leur rôle un peu plus longtemps au domicile. Ils peuvent demander un report de l'admission, alors même qu'ils exprimaient un épuisement total lors de la visite de pré admission. La culpabilité de ne pouvoir continuer à endosser le rôle d'aidant les pousse parfois à se surpasser en acceptant la continuité du maintien au domicile de leur proche. Ces situations se sont presque toujours soldées par de grosses difficultés : soit la personne âgée était hospitalisée en urgence, soit parfois l'aidant lui-même était hospitalisé, ou encore, une place en urgence pour leur proche est sollicitée.

L'intérêt de la création de l'offre d'hébergement temporaire s'accroît si cela permet d'accueillir régulièrement, et de mieux connaître la personne âgée, lors d'un éventuel accueil ultérieur en hébergement définitif si tel est le projet par la suite. Ce peut être aussi l'espace privilégié pour aider les proches à exprimer leurs difficultés et leurs besoins

2.4.3 Le ressenti des familles

En entretien, les familles relatent fréquemment des conditions de maintien à domicile difficiles : des chutes à répétition qui conduisent à des interventions récurrentes de pompiers, ou des hospitalisations, dans les pires des cas. Les repas sont pris de façon aléatoire, ce qui augmente rapidement le risque de dénutrition de la personne âgée. Parfois, des errances de la personne âgée, hors de son domicile, la mettent en danger : elle imagine qu'elle va travailler, se perd, sort la nuit et déambule dans son quartier, les voisins alertent les secours, et interpellent parfois violemment la famille. La nuit est souvent un moment de la coordination au domicile difficile. Cette prestation est onéreuse et beaucoup de personnes âgées ne peuvent y avoir accès, or le maintien au domicile se fragilise souvent par la nuit. La personne âgée peut refuser les aides à domicile, quand elles existent : l'accès au domicile est impossible, la coordination des aides au domicile devient compliquée et fragilise le maintien au domicile. Les aidants que nous rencontrons expriment aussi leur souffrance et leur fatigue à gérer cette coordination et tous les aléas, ils se sentent prisonniers de leur parent, sans avoir la possibilité de sortir de leur quotidien ou de partir en vacances. Au final, la grande majorité des visites de pré admission est générée par un maintien au domicile ressenti comme insécure ou impossible à tenir dans la durée. La visite de pré admission permet alors de rechercher les positions de la personne âgée et celle de ses proches, d'encourager chaque partie à exprimer son ressenti, ses difficultés, afin d'élaborer un projet plus concerté. Notre rôle est toujours de comprendre la demande d'admission afin d'orienter, si nécessaire, vers d'autres solutions alternatives à l'entrée en EHPAD. Cet entretien est l'occasion de donner des informations complètes sur les différents lieux de ressource : consultations gériatriques, autres types d'accueil, services de soins à domicile, dispositifs d'aide aux aidants, informations sur les dispositifs de protection juridique. Les recommandations préconisent de proposer une inscription de sécurité (possibilité de refuser l'admission sans perdre l'inscription) ou des séjours d'accueil temporaire. Pour cette dernière alternative, les « Pivoles » n'a pas la possibilité de le proposer et les offres sur le territoire sont quasi inexistantes.

2.4.4 Les visites de pré admission : intérêt et limites

L'équipe effectue annuellement une quarantaine de visites de pré admission, qui n'aboutissent pas à une entrée aux « Pivoles » dans $\frac{3}{4}$ des cas, pour différentes raisons. La personne décède avant la possible admission, elle accepte une place dans un autre établissement (par préférence ou par urgence), la personne ne se sent pas prête à entrer

(« *c'est bien ici, mais je verrai quand je serai vieille !* »³³), ou encore, le maintien au domicile est réaménagé, à l'aune des conseils et des informations donnés en visite de pré admission. Une autre raison de non admission est l'impossibilité pour l'établissement de proposer des solutions autre que l'hébergement définitif. En effet, de plus en plus de familles et de personnes âgées questionnent sur les possibilités d'hébergement temporaire, qui leur paraît être une première approche de la vie en collectivité sans renoncer au bénéfice de leur vie actuelle.

J'analyse que la visite de préadmission ne remplit pas forcément son rôle versus établissement puisque le temps requis pour ces entretiens avec trois cadres de l'établissement n'est pas proportionnel aux admissions réellement faites. Cependant, son intérêt me semble tout à fait majeur du point de vue de la trajectoire de vie de la personne âgée en perte d'autonomie, qui va pouvoir s'approprier des informations réalistes sur les EHPAD, et d'autres solutions alternatives. Les professionnels de santé du territoire ne connaissent pas toujours très bien la structure et peuvent être en difficulté pour expliquer ce que représente la vie en EHPAD. Enfin, l'établissement n'est pas forcément un lieu de rencontre avec les autres professionnels, hormis ceux qui interviennent à l'EHPAD.

Pour autant, l'intérêt de cette visite pourrait être majoré si elle était effectuée plus tôt dans la trajectoire de vie de la personne âgée et si elle était moins centrée sur la structure et plus sur les besoins des personnes, élargissant, de fait, le périmètre d'action des « Pivoles ».

2.4.5 L'admission aux « Pivoles »

L'admission des résidents est loin d'être satisfaisante. Elle a lieu souvent dans un délai de temps réduit entre le moment où la place est proposée à la personne âgée et le moment où elle doit rendre réponse, l'établissement étant contraint par un taux d'occupation à optimiser. Ce taux est relié directement au financement de l'établissement et à un grand nombre de candidatures en attente. Le taux d'occupation est autour de 98%, en cohérence avec celui des établissements publics selon une étude de la DREES publié en juillet 2017. L'admission se fait dans un délai très court, néfaste à un temps d'adaptation nécessaire à la personne âgée pour laquelle la vie prend un tournant qu'on peut qualifier de définitif. Les premiers jours du séjour sont souvent marqués par une baisse temporaire de l'autonomie, des troubles d'orientation majorés, de l'anxiété. Ces troubles régressent majoritairement sous l'effet conjugué de la prise en charge des soignants, voir une prise en charge médicamenteuse et le temps nécessaire à l'adaptation. Il me semble indispensable d'envisager l'offre d'hébergement temporaire comme un outil au service de

³³ Paroles d'une personne âgée de 95 ans, lors d'une visite de pré admission aux « Pivoles »

la préparation future de l'admission, afin de réduire les effets péjoratifs d'une admission rapide.

L'accueil des personnes âgées est de moins en moins satisfaisant : l'entrée représente souvent un moment difficile, tant pour le futur résident que pour ses proches aidants. Ceux-ci sont souvent dans un contexte d'épuisement. En tant que directrice de l'EHPAD, je pense que ce temps de pré admission devrait être un point d'appui pour l'élaboration du projet de vie de la personne âgée, qu'elle soit ou non admise ultérieurement en hébergement définitif. Cette visite devrait être un point d'étape proposé par la future plateforme.

2.5 Des aidants présents auprès de leur proche

Les familles se positionnent dans la vie de l'établissement et l'accompagnement de leur proche. C'est un des points forts de l'EHPAD qui se veut un établissement ouvert et transparent sur les prises en charge des résidents.

2.5.1 Les familles et la vie à l'EHPAD

L'implantation géographique concentre des familles majoritairement issues de la commune, et se connaissant déjà. Ainsi, une dynamique est pré existante du fait d'un groupe social qui a déjà des points communs, des repères communs ou des désaccords pré existants ! Une particularité de l'EHPAD est d'accueillir les familles le plus largement possible, il n'y a pas d'horaires de visite restrictif. Régulièrement, 1 à 2 proches de résidents assistent aux repas de leur parent ou aident à la prise de son repas, aussi bien le midi que le soir. Des liens se tissent ainsi au fil du temps, entre soignants et familles, rassurant souvent les familles qui ont ainsi une vision en temps réel du travail des soignants. La volonté de la Direction est d'être accessible aux résidents et à leur famille. Les rendez-vous peuvent être spontanés, des temps d'échange sont réels lors des fêtes d'été et de Noël, auxquelles toutes les familles sont conviées, elles partagent un moment hors du quotidien avec leur parent et les salariés. Les résidents peuvent inviter leur famille ou leurs amis à manger : la réception a lieu dans une petite salle à manger, ils peuvent aussi partir en famille le temps d'un repas, d'une journée ou plus, selon leur état de santé. Lors de l'accompagnement en fin de vie de leur proche, à leur demande, des membres de la famille peuvent coucher et manger sur place : on installe un lit d'appoint dans la chambre. Ce lien avec les familles se crée dès la visite de pré admission et doit continuer à se tisser tout au long du séjour de leur parent.

Néanmoins, toutes les familles ne peuvent être aussi présentes, du fait de leur activité professionnelle ou de leur éloignement géographique, ou encore du fait d'autres problématiques personnelles. Certaines de ces familles sont parfois éloignées de la réalité de leur parent, dont l'état évolue, et peuvent ressentir des craintes quant à la prise

en charge de leur parent, renforcé par la médiatisation massive des difficultés des EHPAD qui ressurgit depuis plusieurs mois.

2.5.2 Le regard des familles

Les difficultés existent car la vision des familles, qu'elles soient présentes régulièrement ou non, n'est pas celle de l'équipe soignante. Il peut exister des divergences, des demandes particulières parfois complexes. Une fille de résident refusait que son père soit recouché pour la sieste car il ne pouvait assister aux animations qui étaient primordiales pour elle. Malgré les explications sur l'état de santé de son père, et les souhaits clairement exprimés par le résident de se recoucher, la fille argumentait qu'il fallait stimuler son père, et que son père avait toujours aimé les animations. La fille venait vérifier tous les après-midis que son père était installé en salle à manger pour l'animation, refusant de voir que son père était mal installé, dormait dans son fauteuil et ne profitait pas des animations. Un travail d'accompagnement conséquent a été fait auprès de la fille, mais malheureusement pas à pas, car il fallait à la fois rassurer la fille et prodiguer des soins adaptés au résident, en tenant compte de son choix et de son état de santé. Un sentiment de culpabilité des familles peut être à l'origine de ces demandes inadaptées du point de vue soignant. Un autre exemple concerne l'alimentation mixée d'une résidente, prescrit par son médecin suite à un bilan orthophonique. La fille de la résidente explique que sa mère refuse l'alimentation mixée et qu'il faut lui donner une alimentation normale, ce à quoi nous n'accédons pas. La résidente n'émet pas de plainte particulière hors de la présence de sa fille, sauf en ce qui concerne quelques préparations mixées spécifiques, que la cuisine veille à remplacer pour elle. Au bout de quelques mois, un nouveau bilan orthophonique, à la demande de sa fille, vient confirmer le premier bilan. La fille ne l'accepte toujours pas, et après de multiples rencontres avec le médecin, la cadre de santé, et les infirmières, la fille et la résidente, nous convenons de ne pas prendre ce risque pour la résidente qui n'émet pas de refus net de l'alimentation mixée, après explication des risques qu'elle encourt. La fille développe alors un comportement particulier, en affirmant prendre la responsabilité pour sa mère lorsqu'elle lui donne une alimentation non mixée, que sa mère est plus heureuse de manger non mixé, et qu'elle ne s'étouffera pas. On voit dans cet exemple, que les demandes des proches reposent aussi sur d'autres éléments que sur des arguments soignants qui paraissent rationnels et sécurisants pour les personnes prises en charge. Mais derrière ces demandes, se profile souvent l'envie de rendre leur parent le plus heureux possible, en fonction de leur passé ou de leur propre idée du bonheur.

Des insatisfactions de familles sont régulières sur l'entretien du linge du résident ou l'entretien des chambres. Ces points sont importants, et doivent être pris en compte en

vue d'une amélioration. Un fort absentéisme des ASH explique ce phénomène mais appelle des explications aux familles et résidents, et des actions correctrices.

D'autres familles ont des exigences élevées qui ne peuvent trouver de réponse dans l'établissement tel qu'il est. En effet, beaucoup de familles constatent que le montant payé par leur parent ou elle-même est très élevé, et exigent une prestation maximale. Si les revendications sont à prendre en compte et à accompagner, il est nécessaire de clarifier les rôles et attentes de chacun tant pour les résidents que les soignants, les familles, et les aidants. Ceci afin d'éviter ou d'apaiser des situations de conflits pouvant entraver largement la qualité de la prise en charge du résident. Ces tensions se reflètent particulièrement dans le Conseil de Vie Sociale, qui m'apparaît bien vivant, en ce sens qu'il est un lieu d'expression privilégié de ces incompréhensions.

2.5.3 Le regard des salariés

Les salariés sont souvent en prise directe avec ces revendications familiales, issues d'un nombre restreint de familles mais régulièrement répétées. Ceci conduit à un agacement des salariés, qui se sentent déniés dans leur professionnalisme, non respectés, voir accusés. Un travail d'accompagnement et de compréhension doit être réalisé au quotidien par le cadre de santé pour rassurer, conforter et guider les salariés dans leur mission, sans refuser le regard des familles.

Je perçois combien la place des familles est primordiale en institution, et ce constat ne pourra que s'amplifier dans le futur, dans la mesure où les familles auront porté la prise en charge de leur parent plus longtemps au domicile. Elles se seront engagées dans un maintien à domicile qui nécessite un arrêt (qui peut être vécu comme un échec), à un moment de la trajectoire de vie de leur parent, ainsi que cela a été décrit plus haut dans ce travail. En tant que directrice, je vais conduire une réflexion sur la façon d'associer plus fortement les compétences des aidants aux compétences des salariés, au travers du projet de vie de la personne âgée, et ce même avant son admission en hébergement définitif. Il me semble que certaines pratiques professionnelles doivent être améliorées, à la lueur de cette nécessité.

2.5.4 De la prévention de la perte d'autonomie à l'accompagnement en soins palliatifs

Les recommandations de bonne pratique sous-tendent les pratiques des professionnels de l'EHPAD. La mission des soignants en EHPAD est de permettre aux personnes accueillies de vivre dans les meilleures conditions possibles, en soutenant le plus possible leur autonomie. L'évolution des profils des résidents, qui entrent en EHPAD, de façon plus tardive et nécessitent d'emblée des soins plus complexes va déboucher sur des soins plus complexes et visant à accompagner la fin de vie. L'accompagnement de fin de vie en

EHPAD³⁴ gagne en qualité si la stratégie d'accompagnement est définie au préalable, en tenant compte des ressources interne et externes. L'information des personnes âgées et le recueil de leurs souhaits, la qualité de l'évaluation des besoins en fin de vie et des réponses, le soutien aux proches jusqu'à la prise en charge du corps de la personne à son décès. Les professionnels doivent être soutenus dans cette évolution de leur pratique, d'autant qu'ils pourront aussi être sollicités comme ressource, dans le cadre du projet de la plateforme. Ce soutien aux professionnels passe par une formation régulière, des temps d'échange et d'analyse de la pratique, aussi bien en interne qu'en lien avec des équipes externes à l'établissement.

2.6 Le diagnostic de l'EHPAD

Je propose de considérer la situation de l'établissement en mettant en perspective ses forces et ses faiblesses, ainsi que les opportunités et les menaces inhérentes à son environnement géographique, politique et social. Je m'inspire de la matrice Strengths Weaknesses Opportunities Threats : SWOT.

2.6.1 L'environnement des « Pivotes » entre opportunités et menaces

L'établissement est reconnu et apprécié sur la commune et son territoire proche. Les liens sont réels et constructifs avec le conseil d'administration et l'équipe communale. Le président du conseil d'administration soutient fortement l'idée de l'extension de l'EHPAD, dans la perspective de renforcer la présence de l'établissement sur le territoire.

A) Les politiques publiques déclinées sur le territoire

Les politiques publiques déclinées sur la région et le territoire soutiennent fortement le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Or, nous avons vu que leur nombre, sur le TPA, va croître de manière assez sensible, conséquence de l'augmentation importante de la population qui a triplé en 50 ans. Une réflexion et l'engagement d'actions doit s'initier dès maintenant afin de proposer des réponses adaptées aux besoins plus nombreux qui vont apparaître. Si l'augmentation du nombre de places d'hébergement permanent n'est pas une priorité des pouvoirs publics sur le secteur, d'autres types de dispositifs ou de réponses sont possibles, voir encouragées. Ainsi, le SRS fait état d'un manque de places d'hébergement temporaire en préconisant la création de 56 places d'ici les années 2020. Le TPA n'offre que très peu de places de ce type, la plupart d'entre elles étant converties en places d'hébergement permanent, pour des raisons de rentabilité pour l'établissement (taux d'occupation plus faible que

³⁴ HAS, 2017, *synthèse des recommandations de bonnes pratiques*, accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD

l'hébergement permanent et charge de travail accrue pour les équipes inhérent au turn over de résidents, reste à charge important pour le résident concerné). Beaucoup d'établissements à proximité ont axé leur projet sur des créations de PASA ou d'accueil de jour, délaissant d'autres dispositifs, tels que l'hébergement temporaire programmé ou l'accueil de nuit. La création d'un tel service viendrait répondre à une demande réelle.

Un appel à projet de l'ARS ARA paru le 8 juillet 2019 concerne la création/pérennisation d'une présence infirmière la nuit en EHPAD. C'est l'opportunité d'engager l'établissement dans un projet de plateforme, qui pourra présenter plusieurs prestations.

B) La coordination sur le territoire

Lors de la signature du CPOM de l'EHPAD, les autorités de tarification ont fait la demande à la direction de l'établissement de s'engager dans un projet d'extension cohérent avec les besoins du territoire. Le projet peut trouver là une autre confortation.

Les politiques publiques favorisent des projets basés sur une logique de prestations à destination des personnes âgées en perte d'autonomie, au détriment d'une logique centrée sur l'établissement. Il me semble que cette vision doit présider à l'élaboration de projet pour l'EHPAD, pour préparer le futur des personnes âgées du territoire. La vieillesse devient créatrice d'emplois et de richesse. Cette vision positive tend à compenser celle plus péjorative d'une vieillesse à charge de la société. La situation financière précaire de l'établissement me pousse à considérer les évolutions à venir comme de véritables opportunités économiques, pour imaginer comment l'EHPAD va participer à soutenir les services (on parle même de bouquets de service) adaptés aux besoins et capacités de la personne âgée, à son environnement, au territoire. En effet, l'établissement a une bonne connaissance des acteurs de proximité, des besoins des personnes âgées et des ressources d'expertise. La diversité des partenaires peut les rendre moins accessibles aux personnes âgées ou à leurs aidants, une coordination/information manque souvent sur le territoire malgré des actions concrètes mises en place par le Département. La lisibilité des informations n'est pas forcément accessible pour ceux qui en ont le besoin.

C) La place de cet établissement public autonome vis-à-vis de ses partenaires

L'équilibre financier rompu de l'établissement appelle bien des actions correctrices rapides et pertinentes sur le long terme. En effet, son autonomie vis-à-vis d'autres établissements peut aussi être considérée comme une faiblesse, dans un contexte favorisant les mutualisations, coopérations et optimisations diverses. L'établissement doit grandir en taille et en impact pour survivre. L'impossibilité de conduire l'établissement vers un meilleur équilibre financier pourrait nécessiter son rattachement au groupement hospitalier du territoire porte des Alpes (GHND). Les groupements hospitaliers de

territoire, issus de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation, visent à mettre en œuvre des synergies de réponse, en mutualisant des fonctions ou des activités de soins, afin de renforcer les réponses du système de santé à l'ensemble de la population, tout en respectant les particularités du territoire. Les établissements médico sociaux peuvent être « parties » du GHT ou simplement « associés », ce qui représente une solution moins intégrative. Cette éventualité n'a nullement été abordée jusqu'à présent, ni par l'ARS, ni par le GHND, et le conseil d'administration n'y est pas favorable, or seule une délibération du dit conseil peut autoriser l'adhésion au GHT. Si l'adhésion de l'établissement au GHND n'est pas d'actualité, il me semble indispensable d'optimiser les liens avec tous les partenaires de la filière au travers de ce projet, afin qu'il puisse s'inscrire de façon cohérente dans les missions de l'EHPAD, associé ou non ultérieurement au GHND. Un rattachement éventuel ultérieur de l'établissement au GHND n'impacterait pas la viabilité du projet, tel que je le conçois, car il est une véritable plus-value au regard des besoins actuels et futurs non couverts. Je souhaite promouvoir la qualité de réponse que peut apporter un établissement de proximité, reconnu et apprécié sur la commune, ce qui me semble être la garantie de réponses adaptées et personnalisées en direction des personnes âgées, au cœur du territoire. Toutefois, l'élaboration de ce projet se fait aussi sur fond de concurrence. Les établissements publics et privés de la région commencent à s'orienter et à se réorganiser aux vues de l'évolution des demandes et des besoins. L'établissement les « Pivoles » pourrait se retrouver évincé par la concurrence s'il n'avance pas rapidement dans son projet de réorientation de ses missions.

D) La filière gériatrique du Nord Isère

L'inscription de l'établissement dans la filière constitue une de ses forces : les partenaires sont en place, recensés et favorables à l'interaction au sein du territoire. La mobilisation de l'EHPAD dans un projet pourrait être qualifiée d'« attendue », d'autant que ce projet contribuerait à offrir des réponses à des besoins non satisfaits pour l'instant, dont la diminution des hospitalisations. L'établissement appartient à la filière gériatrique de son territoire, en faisant appel à des compétences extérieures. Sa participation à la filière consiste à l'admission de quelques personnes âgées hospitalisées dans le service des lits SAS. Le fonctionnement de l'EHPAD reste centré sur un fonctionnement institutionnel, offrant peu de souplesse dans des réponses pour améliorer les parcours de vie des personnes âgées en perte d'autonomie.

2.6.2 L'établissement entre ses forces et ses fragilités

L'établissement implanté et reconnu depuis 1996 n'a pas connu de bouleversements profonds. Son évolution future représente un véritable challenge, qu'il va falloir accompagner tant auprès du conseil d'administration que des salariés.

A) L'admission et l'évolution des prises en charge

Nous avons décrit en quoi l'accueil des personnes âgées aux « Pivotes » est de moins en moins satisfaisant : la pré admission remplit partiellement son rôle de préalable à l'hébergement définitif, et ne s'inscrit pas comme un outil au service de la trajectoire de vie de la personne âgée. L'admission représente souvent un moment difficile, tant pour le futur résident que pour ses proches aidants. Ceux-ci sont souvent dans un contexte d'épuisement. La personne âgée arrive dans un état de dépendance plus grand, nécessitant une prise en charge plus médicalisée, et parfois un accompagnement de fin de vie rapidement après l'entrée en institution, phénomène qui peut contribuer à épuiser plus rapidement les soignants et renforcer la croyance médiatisée que l'EHPAD est un « mouvoir ». Lors de l'admission, le consentement de la personne âgée est également rendu aléatoire en raison des troubles cognitifs de plus en plus importants présents chez la personne âgée.

La nuit est souvent décrite comme le point crucial compromettant le maintien à domicile : il n'existe pas beaucoup de possibilités d'interventions et elles sont très onéreuses.

La place des aidants est insuffisamment accompagnée par les salariés : ces proches sont ressentis comme prenant trop de place ou pas assez de place. Il existe plus souvent une concurrence entre salariés et aidants au détriment d'une cohérence bénéfique à l'accompagnement de la personne âgée.

L'établissement n'est pas encore dans un processus d'évolution pour faire face à l'évolution des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie sur son territoire, et ne peut répondre actuellement aux demandes croissantes d'hébergement temporaire.

B) Les salariés

Les salariés, majoritairement anciens dans la structure sont à la fois une ressource et un risque pour un établissement dont les missions doivent évoluer en fonction de l'évolution des besoins des personnes âgées du territoire. Leur présence confère une stabilité à l'établissement, ils en sont en quelque sorte « la mémoire ». Mais le management de l'équipe de direction devra tenir compte de résistances certaines, inhérentes à l'accompagnement au changement. Cette hypothèse risque d'être d'autant plus valide, que le contexte national de crise des EHPAD est encore prégnant : pénurie de personnel, des difficultés de recrutement (moins d'attraction pour les métiers d'aide à la personne), des résidents multi pathologiques dont les prises en charge requièrent des compétences accrues et un meilleur accompagnement des aidants. Ces pratiques professionnelles à accompagner concernent aussi l'augmentation des prises en charge palliatives au sein de l'EHPAD. La prise en compte des difficultés de l'équipe, dans ce cadre-là, peut s'appuyer sur un management bienveillant, dans la conduite du changement à venir.

L'équipe présente donc une certaine fragilité, observable par l'augmentation sensible et régulière des arrêts maladie et accidents du travail. Les RPS sont des risques rencontrés dans le milieu professionnel et pouvant porter atteinte à la santé mentale et /ou physique des salariés. Ces risques sont réputés multifactoriels. Selon l'INRS (rapport Gollac), l'intensité du travail, le temps de travail et l'exigence émotionnelle, le manque d'autonomie, les rapports sociaux dégradés au travail, les conflits de valeurs et l'insécurité au travail sont des facteurs possibles, parfois interdépendants et dont les conséquences sont aussi liées à la fréquence d'exposition des salariés. C'est l'essence même du métier de soignant qui est le risque de leur propre souffrance. Les risques psychosociaux sont particulièrement avérés dans ce milieu où les soignants sont confrontés à la vieillesse, à la souffrance, à la mort. La pénibilité physique, associée à leur rythme de travail, les contraintes environnementales, la pression des familles sont des facteurs prédisposant aux RPS.

Ces risques impactent les salariés en réduisant leurs capacités au travail ou en favorisant l'absentéisme et les accidents du travail, la démotivation. On peut aisément comprendre en quoi ces constats peuvent expliquer le retentissement sur la qualité des prises en charge des résidents et sur la performance de l'établissement. Les conséquences sont donc nombreuses, pouvant provoquer une dégradation du climat social, et nuire à l'image de la structure, au risque de compromettre tout projet pour l'EHPAD.

Le DUERP faisant état de ces RPS a été remis à jour en 2018 selon un mode participatif, mais il semble que les salariés n'en voient pas l'intérêt : le lien entre ce document et leur pratique mérite d'être travaillé de façon collégiale.

L'élaboration d'un projet ambitieux pour l'EHPAD ne peut faire l'impasse d'un management attentif à ces risques, qui peuvent compromettre la réussite du projet. C'est aussi un moyen de redynamiser l'équipe autour d'un but commun, nouveau et indispensable. La perspective de varier l'offre de l'EHPAD est aussi la perspective de transformer les pratiques professionnelles des salariés. Si le maintien à domicile reste le principe phare de toutes les mesures et préconisations, le renforcement de la qualité de la prise en charge en EHPAD devrait faire l'objet de financements, dans la future loi. Un EHPAD dynamique, porteur de projets attirera plus de financements. Cela permettra aussi d'assurer une qualité dans les accompagnements de fin de vie qui risquent d'être plus nombreux dans les années à venir...

C) Le projet d'établissement

Le projet à réactualiser est le pilier de la stratégie du changement à conduire.

La création du service d'hébergement temporaire nécessite la construction d'un bâtiment dans le parc de l'EHPAD. Cela permet d'ajouter ce type d'offre dans le même lieu, donc d'offrir plus de lisibilité à la population du secteur, et d'optimiser les moyens techniques :

cuisine, lingerie, maintenance technique. Le conseil d'administration a déjà fait réaliser une étude préalable confirmant la possibilité de cette construction, sous forme d'une aile, rattachée au bâtiment existant. Elle est orientée vers l'entrée principale, ce qui permet un accès plus aisé et une vue sur le jardin de ville en face. La mairie, propriétaire des locaux et du parc d'implantation, prend en charge la réalisation du projet depuis son chiffrage, jusqu'à l'aspect architectural. L'objectif est à la fois d'intégrer cette extension de façon harmonieuse dans l'ensemble existant, et de permettre un accès simple aux diverses prestations ou aux différents professionnels de l'EHPAD : animations, le personnel paramédical et médical, restauration. La continuité architecturale doit être le reflet de la continuité domicile-EHPAD porté par le projet.

Le projet doit respecter les règles de sécurité ERP type J et les règles d'accessibilité visées par la loi du 11 février 2005. Il doit prévoir un local permettant le rafraîchissement de l'air conformément aux conditions fixées par l'article D. 312-161 du code de l'action sociale et des familles.

Conclusion :

En lien avec les politiques publiques déclinées depuis quelques années, les personnes âgées entrent à l'EHPAD des « Pivoles » dans un état de dépendance avancé, qui rend aussi leur consentement plus aléatoire. L'entrée intervient souvent dans un contexte de crise au domicile, sur impulsion des proches aidants, renforçant ainsi la souffrance ressentie à l'entrée en établissement, aussi bien par la personne âgée elle-même que par ses proches aidants. Il s'agit de contribuer à améliorer et/ou différer et/ou éviter l'entrée en EHPAD tout en conservant, voir en améliorant, une qualité de prise en charge auprès de personnes âgées plus dépendantes et médicalisées, sans omettre l'accompagnement des proches aidants qui sont fortement impliqués dans le maintien au domicile.

Face à la demande de l'ARS de repositionner l'établissement dans une dynamique de croissance, en lien avec les besoins et les services existants du Territoire Porte des Alpes, je fais le choix d'inscrire les « Pivoles » comme un acteur majeur dans la sécurisation du maintien au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie du territoire, en proposant de créer un accueil de type temporaire, associé à d'autres services tels que l'astreinte infirmière de nuit et la garde itinérante de nuit. Il me paraît primordial de permettre l'expression des besoins et du libre choix des seniors et de leurs familles avant d'apporter des réponses personnalisées et souples.

3 La Plateforme avec hébergement temporaire du territoire Porte des Alpes

En tant que directrice, il me semble que les futures missions de l'EHPAD doivent s'orienter au-delà d'une offre d'hébergement permanent. En effet, devant la demande des personnes âgées de rester au domicile le plus longtemps possible et l'augmentation de la dépendance et de l'âge de la population accueillie, l'EHPAD doit aussi pouvoir devenir un lieu d'aide aux aidants, permettant de limiter les hospitalisations et de sécuriser le maintien au domicile. Nous l'avons remarqué, les demandes et les besoins évoluent et demandent à être pris en compte au travers de multiples dimensions : physique, sanitaire, psychologique, environnementale, familiale, sociétale. Les réponses doivent combiner différents aspects : des soins à l'aide à la vie quotidienne. L'évaluation de l'état de santé et de dépendance des personnes âgées peut également relever des missions de l'EHPAD, et permettre une orientation vers des services les plus appropriés. Enfin, l'accompagnement de fin de vie des personnes très dépendantes et de leur famille prendra de plus en plus de place dans les rôles des soignants exerçant en EHPAD.

3.1 Le projet de diversification de l'EHPAD

Je souhaite que l'établissement puisse orienter ses missions en conformité avec les politiques publiques actuelles visant à renforcer le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. La demande émise par les autorités de tarification, dans le cadre du CPOM, d'envisager une extension de l'offre des « Pivoles » vient fonder ce projet, en conformité avec les préconisations du schéma régional de santé et le schéma autonomie de l'Isère. La force de ce projet est de positionner l'EHPAD au sein d'un dispositif élargi avec les partenaires du territoire.

Je rappelle donc les principaux objectifs :

- Eviter les ruptures de parcours et les hospitalisations non nécessaires des personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire
- Favoriser la socialisation des personnes âgées
- Soutenir et conseiller leurs proches aidants et par ces actions, diminuer le risque de maltraitance au domicile
- Rendre la coordination effective en initiant un projet de vie pour la personne âgée en perte d'autonomie, véritable outil de coordination des différents services et structures participant au maintien à domicile
- Participer aux actions de prévention et de repérage de perte d'autonomie de la personne âgée
- Renforcer la qualité des accompagnements en soins palliatifs des résidents hébergés

3.1.1 Le partenariat, la proximité et un accueil à taille humaine : les atouts de l'EHPAD

La filière gériatrique MAIA du Nord Isère ambitionne de pouvoir proposer des réponses coordonnées et adaptés aux besoins des personnes âgées du territoire. La charte liant tous ses acteurs formalise leur engagement à apporter des réponses en ce qui concerne la dépendance des personnes âgées. Le principe est de respecter le projet de chacun en évitant les ruptures de parcours lorsque c'est possible, telle l'hospitalisation des personnes âgées. Lorsque l'un des acteurs de la filière porte un projet, il est primordial de le faire à partir d'un diagnostic partagé, comme c'est le cas ici. Le projet s'inscrit alors, de fait, dans la filière, engageant ses partenaires, dont les rôles et missions de chacun sont connus et reconnus. Cela suppose de travailler plus étroitement avec d'autres EHPAD, proches géographiquement, et ne disposant pas toujours d'offre d'hébergement temporaire ni de places d'urgence. Les acteurs sanitaires comme les différents sites du GHND et les services de soins de suite et de rééducation sont des partenaires essentiels avec lesquels il faut apprendre à partager des logiques de travail et de réactivité. Des liens avec les services de soins à domicile doivent être renforcés. L'équipe d'encadrement de l'EHPAD doit donc concilier ces compétences d'ouverture aux autres types de fonctionnement de services, de réactivité en resituant la prise en charge effectuée par le service comme un passage dans le parcours de vie de la personne âgée, partagé au travers du projet de vie. La notion de proximité est majeure car elle permet une continuité dans les repères des personnes accueillies, le maintien des liens sociaux fait partie intégrante du projet, et inscrit l'EHPAD dans l'environnement de la personne âgée en perte d'autonomie. Associée à cette notion de proximité, la notion d'un accueil à taille humaine est favorisée par la taille limitée de ce service d'hébergement temporaire, et en cohérence avec le dimensionnement de l'établissement tel qu'il a été conçu. La petite taille d'un service d'hébergement temporaire est attractive car rassurante pour les usagers et leurs familles.

3.1.2 L'hébergement temporaire

Il s'adresse aux personnes de 60 ans et plus, en perte d'autonomie physique, pouvant aussi présenter des troubles cognitifs. Il propose 10 places dont 1 en hébergement d'urgence.

A) Les personnes accueillies

Les critères d'admission visent à accueillir au moins 10% des personnes âgées classées GIR 1 à 2, soit plus d'une personne au sein de ce service. La pertinence des procédures de préadmission permet de moduler les profils accueillis afin de favoriser la convivialité et les interactions, sans surplus de travail pour les salariés qui ont déjà une charge de travail

conséquence en lien avec la rotation des résidents. Une répartition autour de 10 à 20% de GIR 1-2, 70 à 80% de GIR 3-4 et le reste du groupe en GIR 5-6 pourrait présenter un certain équilibre. Il est nécessaire de réfléchir à une procédure de fonctionnement commune aux professionnels afin que la demande d'admission soit initiée selon un processus connu, en mobilisant l'outil Via Trajectoire. Ce processus favorise la programmation des séjours, hors urgence.

B) De la pré admission à la sortie

La préadmission vise, entr'autre, à s'assurer du motif de la demande, afin de discerner l'urgence ou d'examiner des demandes d'hébergement permanent par défaut. La rencontre et la visite de l'établissement sont des incontournables afin de préparer un accueil adéquat, et rassurant, en conformité avec les attentes et les besoins des personnes. La qualité de l'accompagnement au quotidien dépend de la qualité de ce temps d'accueil. Le projet organise le respect des droits des usagers, conformément à la loi 2002-2 et à la loi ASV. Ainsi le projet de vie élaborée ou réactualisé avec la personne âgée accueillie et, le cas échéant, avec son proche aidant, permet un accompagnement réactif, personnalisé et adapté aux besoins de la personne âgée. Ce projet est également l'ossature de la préparation du retour au domicile en lien avec les proches de la personne, les services d'aide à domicile et le médecin libéral. Ce projet personnalisé peut être initié à l'occasion de ce type d'hébergement et servira de fil conducteur dans le temps, et à destination de tous les professionnels intervenant au domicile comme à l'EHPAD.

Conformément à l'article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles, le projet d'hébergement temporaire des « Pivoles » devra fournir à chaque résident le socle de prestations d'hébergement prévu aux articles D. 312-159-2 et D. 342-3. Par ailleurs, les personnes en hébergement temporaire pourront bénéficier de soins médicaux et paramédicaux adaptés, d'actions de prévention et d'éducation à la santé, au même titre que les personnes accueillies en hébergement définitif.

C) La socialisation

L'ouverture du service sur l'extérieur et la socialisation sont portés plus particulièrement par l'animatrice. Les nombreuses activités et événements organisés tout au long de l'année pourront accueillir ces dix autres résidents : les fêtes d'anniversaire, les pique-niques, le groupe théâtre, les partenariats avec la crèche et les écoles, le club du 3eme âge de la commune, les fêtes d'été et de fin d'année. Au-delà d'activités occupationnelles, ces activités ont une visée socialisante et permettent de repérer les risques de perte d'autonomie et de favoriser l'autonomie, selon les cas. La musicothérapie et la zoothérapie sont également prévues pour les personnes de l'hébergement temporaire, après une rencontre avec les thérapeutes animant ces groupes. Les demandes d'activités de groupe ou individuelles sont des demandes fortes de la part des personnes âgées

mais aussi de leur famille. La diversité des activités existantes et à venir doit être une caractéristique forte de l'établissement car elle répond à des objectifs attendus de ce type d'hébergement comme la socialisation et le soutien aux aidants.

D) Les proches aidants

La place des aidants est un axe majeur du projet de service car ils ont à la fois une place de personnes ressources vis-à-vis de l'aidé et une place de bénéficiaire du service (soutien/répit). Des formations comme des actions spécifiques, ciblées et concrètes peuvent être instaurées vis-à-vis des aidants : prévention des chutes, prévention de la perte d'autonomie sous forme d'ateliers réunissant les aidants. Le service peut aussi accueillir des ateliers organisés par le département à destination des aidants comme le « café des aidants ». Ils peuvent bénéficier d'entretiens avec la psychologue de l'EHPAD, de moments plus informels de partage avec d'autres familles. La mise en place d'activités communes aidants/aidés est prévue afin d'accompagner des liens parfois devenus difficiles.

3.1.3 L'infirmière de nuit

Elle représente un autre service du projet plateforme. Conformément à l'appel à projet, elle est mutualisée entre les EHPAD partenaires, compris dans un rayon de 15 kms. Elle assure une réponse aux urgences présentées par les résidents de ces EHPAD, évitant une hospitalisation lorsque c'est possible ou en améliorant le recours au 15. Il s'agit d'une astreinte à domicile qui incombe aux infirmières en poste dans les différents établissements et que nous pouvons envisager d'étendre aux infirmières libérales volontaires. L'astreinte est organisée de 19h à 7h le matin, en relai des présences infirmières sur chacune des structures. L'objectif est d'améliorer la qualité de réponse à apporter la nuit, dont certaines sorties d'hospitalisation de personnes âgées très fragiles, en accompagnant mieux les compétences des équipes de nuit composées d'AS et d'ASH. Cette organisation est conforme à l'analyse de l'ARS ARA³⁵ car le dispositif prévoit une infirmière pour 300 à 500 places d'EHPAD et intervenant sur un rayon d'action de 30 mn maximum entre les établissements. Je veille à la solidité du mode d'organisation, prédicteur de la réussite de ce type de projet. Les établissements partenaires sont donc les EHPAD souhaitant adhérer au dispositif, le GHND, et les groupements d'infirmières libérales du secteur géographique.

³⁵ ARS ARA, 2019, *cahier des charges de l'appel à candidature pour le dispositif « présence d'un personnel infirmier de nuit en EHPAD »*

3.1.4 La garde de nuit itinérante

Elle est, dans un premier temps, proposée ou recommandée aux personnes ayant bénéficié de l'offre d'hébergement temporaire, et qui en ont le besoin. Cette garde s'adresse aussi aux personnes âgées de la commune qui en font la demande auprès du CCAS, des services d'aide au domicile. Elle permet de prévenir l'épuisement des aidants, de sécuriser le maintien à domicile de personnes nécessitant une aide la nuit. Elle intervient entre 20h et 6h au domicile tous les jours dimanche et jours fériés compris, afin d'effectuer des couchers tardifs ou des levers tôt, un accompagnement aux toilettes la nuit, une distribution de médicaments au coucher, un réconfort psychologique, une surveillance clinique pour les personnes âgées les plus instables. Je prévois une file de 10 personnes programmées. Cette assistance est connectée au téléphone de l'EHPAD qui assure une réponse 24h/24. Ce type de prestation illustre concrètement le lien entre l'intérieur et l'extérieur de l'institution.

3.1.5 Le renforcement de l'accompagnement en soins palliatifs et quelques perspectives

L'accompagnement de fin de vie sera au cœur des missions des professionnels des « Pivotes ». Ils devront être accompagnés dans cette évolution, afin de garantir une qualité de l'accompagnement et une qualité de vie au travail. L'astreinte infirmière de nuit favorise également la qualité de l'accompagnement en soins palliatifs, permettant de recourir à des techniques plus médicalisées, si nécessaire.

Il y a lieu de s'appuyer sur les missions élargies du médecin coordonnateur³⁶ à qui est dorénavant dévolu un rôle de coordination de l'évaluation gériatrique et de connaissance des acteurs de terrain pour fluidifier les parcours de santé des résidents. Dans ce cadre, la pertinence de sa présence au domicile en renfort des médecins libéraux sur des problématiques liées au maintien à domicile de personnes âgées peut également s'avérer réelle. Le partenariat avec la résidence seniors, qui ouvrira ses portes dans le courant de l'année 2020 sur la commune, peut s'établir rapidement, d'autant que les médecins libéraux ne pourront absorber cette nouvelle « patientèle ». De plus, la position géographique de la structure favorise le rapprochement avec l'EHPAD.

Entrer dans un processus de mutualisation des compétences avec les services à domicile est aussi un axe de travail qui pourrait se développer dans le cadre du rôle de l'EHPAD hors les murs.

Ces différents axes que je vais présenter au conseil d'administration et aux autorités de tarification ne seront pas développés dans un même temps. Dans un souci d'efficacité et

³⁶ Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

de réponse rapide aux besoins repérés au cours de ce travail, l'élargissement des missions du médecin coordonnateur et la mutualisation des compétences avec les services à domicile se feront dans un deuxième temps, que je ne développerai pas dans ce travail.

3.1.6 Les enjeux et les risques inhérents à ce projet de plateforme.

J'identifie un premier obstacle qui est l'absence de procédure d'appels à projet sur ce type de projet de plateforme : hébergement temporaire, garde itinérante de nuit. Dans la mesure où la création de plateforme relève plus d'innovation et d'expérimentation, la prise de risque apparaît plus prégnante.

Un autre frein consiste à développer ce projet en recherchant des financements, ou en tous cas, il me faut tenir compte de l'impact que l'hébergement temporaire peut avoir sur le budget hébergement du fait d'un taux d'occupation plus faible inhérent à ce type de service. La viabilité du projet tient à la nécessité d'un « turn over » assez rapide des personnes âgées.

Cet aspect peut aussi devenir un risque supplémentaire pour les salariés qui vont devoir assurer une charge de travail plus conséquente en lien avec cette rotation des personnes accueillies. J'identifie assez facilement un risque de non adhésion au projet de la part des salariés, et la nécessité d'engager un travail collaboratif au long cours sur les RPS.

L'enjeu principal est bien sûr d'associer, de convaincre et de dynamiser les différents partenaires dans ce projet, qui ne peut aboutir que dans le cadre d'une logique de partenariat. L'implication des professionnels des « Pivoles » dans le projet soutient la dynamique de changement inhérente à tout projet.

Tous ces éléments de risque sont à discuter et à évaluer avec les membres du conseil d'administration, afin de piloter au mieux ce projet.

3.2 Les préalables à la mise en place d'une plateforme de ressource

En engageant l'établissement dans la conduite d'un tel projet, je serai particulièrement vigilante à prendre ancrage sur les valeurs véhiculées par la structure, au travers de son projet d'établissement.

La plateforme ou centre de ressource est constituée des différents professionnels de l'EHPAD, de la filière MAIA, des personnes âgées et de leurs aidants, et de tous les professionnels pouvant intervenir sur le territoire.

L'annexe VI reprend l'échéancier du plan d'actions, tel que décliné ci-dessous.

3.2.1 L'identification des besoins des personnes âgées du territoire et de leurs proches aidants

A) Les bénéfices attendus

- Une analyse plus fine de la population, des proches aidants et de leurs besoins.
- Une prise en compte des attentes des partenaires et de leurs ressources et compétences.
- Une analyse validant ou non l'adéquation et la pertinence du projet.
- Un projet multi partenarial renforçant la légitimité et la réussite future du projet porté par l'EHPAD.

B) Les actions

L'équipe de direction s'engage dans la phase préalable au lancement du projet qui consiste à collecter les informations nécessaires. Une partie de cette étape est relatée dans la partie 2 de ce travail et se limite dans le temps à une durée de 1 mois. Des concertations s'élaborent avec les différents partenaires du territoire pour récolter les avis, soit par le biais de rencontres téléphoniques ou physiques, soit par le biais de questionnaires. Un recensement des différents rapports va permettre de compléter l'analyse : DREES, Département, filière MAIA du Nord Isère, le schéma régional de santé, le schéma départemental d'organisation sociale et médicosociale. Une recherche de recommandations de la HAS et d'appels à projet similaires (cadrés par la loi dite HPST) complètent l'étude.

C) Critères d'évaluation

La validation des besoins de la population du territoire, et le recensement des attentes des différents partenaires, marquent le démarrage du projet avec la notion de respect du délai prévu. L'évaluation de cette étape passe par d'éventuels réajustements du projet au vue des informations recueillies. Je peux alors présenter ces données au conseil d'administration. En accord avec celui-ci, j'initie alors le dialogue avec les autorités compétentes : ARS et Département. Pour rappel, l'absence d'appel à projets actuel n'est pas rédhibitoire à la présentation de ce projet puisque la demande d'un projet avait été formulée lors de la signature du CPOM de l'EHPAD.

3.2.2 L'inscription des professionnels ressources dans la plateforme

Cette étape peut être longue : de 3 à 6 mois, mais elle est essentielle à la conduite d'un projet en lien avec les besoins et attentes réels des partenaires, et par conséquent de ceux des personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire. Il s'agit à la fois de les informer du projet envisagé et de recueillir leur avis à ce propos.

A) Les bénéfices attendus

- La mobilisation effective des différents acteurs possibles sur le territoire, dont les salariés de l'EHPAD.
- La mise en place d'une coordination interne et externe appropriée.
- Un projet compatible avec un éventuel rattachement ultérieur de l'EHPAD au GHND, ce qui est une plus-value de l'EHPAD.

B) Les actions

Les actions décrites s'inscrivent dans un processus constant de remontée d'informations et de besoins des partenaires dès le début du projet.

Je garde le contact avec les autorités de tarification pour les informer de l'avancée régulière du projet de la plateforme. Je rencontre les différents partenaires concernés par le projet. Le GHND est un partenaire majeur de par la diversité de ses services : le service des lits SAS, l'UCC, les services de gériatrie, la plateforme de répit, l'équipe d'Emogex et le service des urgences en lien avec le projet d'infirmière mutualisée. Le SAMU est aussi un partenaire concourant à la réussite du projet de l'infirmière mutualisée de nuit. Des temps d'information et d'échanges seront prévus lors des réunions des équipes cadres du GHND. Je provoque des rencontres avec les six différents EHPAD les plus proches, les différents services à domicile : SSIAD, SAAD (CCAS de la commune) et l'EMGP. Les médecins libéraux et les infirmières libérales de la commune, ainsi que le responsable de la résidence seniors lorsque la structure ouvrira ses portes, sont aussi sollicités via un questionnaire.

L'engagement des différents partenaires est recherché au travers d'établissements de conventions de partenariats ; la charte de la filière gériatrique³⁷ peut être efficiente dans le cadre de ce projet.

La mise en place d'outils de liaison et de transmissions d'informations utilisables en interne et par les différents partenaires est à réfléchir : mail, visioconférence, Via trajectoire, recueil de données du logiciel de soins utilisé par la majorité des EHPAD du secteur.

La constitution du COPIL dont j'assure l'animation peut s'effectuer en réunissant des acteurs différents : un représentant de l'ARS, un représentant du Département (responsable de la filière MAIA), un représentant du Conseil d'administration (et membre du CCAS), un représentant de la filière gériatrique du GHND (issu de la PARAF), le cadre de santé, deux membres du personnel volontaires dont un représentant du personnel, le médecin coordonnateur et la psychologue des « Pivoles », ces deux derniers exerçant

³⁷ <https://www.isere.fr/Deliberations/CP/2011/T0H0U.pdf>

leurs fonctions dans d'autres établissements,. Le groupe définit les objectifs communs, les rôles et missions de chacun et détermine le rythme des rencontres.

C) Critères d'évaluation

Les critères d'évaluation à retenir sont :

- L'effectivité des rencontres ou informations de tous les partenaires recensés, dont les salariés des « Pivoles »
- Le retour des questionnaires aux professionnels libéraux et analyse : confirmation ou non des besoins repérés.
- L'accord de principe ou les réticences des partenaires, leur connaissance du dispositif, la signature des conventions idéalement co écrites avec les partenaires.
- La prise en compte de partenaires volontaires mais non prévus initialement.
- La définition, en commun, d'un mode de communication et de transmissions des données
- L'engagement des partenaires dans le groupe COPIL chargé de l'écriture du projet de la plateforme, lors des rencontres, par la production d'un compte rendu envoyé à tous les participants.

3.2.3 L'inscription des personnes âgées et des proches aidants dans le dispositif

Ce préalable est la reconnaissance et l'écoute du besoin exprimée par la personne âgée et ses proches aidants, et participe à l'élaboration du projet de vie. La prise en compte de la famille est constitutive de l'accompagnement, tant, dans ce qu'elle peut apporter pour faciliter la prise en charge que, dans ce que les soignants doivent apporter pour rassurer la famille ou gérer les conflits

A) Les bénéfices attendus

- La reconnaissance des compétences de la personne en perte d'autonomie et de son entourage
- Le respect du choix de la personne âgée
- La prise en compte des besoins des aidants

B) Les actions

La constitution d'un groupe de travail réunissant le conseil de vie sociale (CVS) des EHPAD partenaires permet de donner un avis sur l'offre de service prévu, ses conditions d'accès, ce qui peut limiter l'accès à ce dispositif et sur l'organisation possible de ce type de service. Ce groupe pourrait se réunir deux fois, en amont de la rédaction du projet et avant sa présentation aux autorités de tarification.

Le recueil de données exhaustif de la personne âgée, dans toutes les dimensions utiles à la prise en charge, peut prendre la forme du projet de vie, document évolutif partagé par

tous les partenaires. L'outil de référence peut s'appuyer sur le questionnaire du logiciel de soins utilisé, partageable par tous les partenaires. Le recueil concernant les proches aidants officialise leur présence au sein du dispositif. L'utilisation de l'échelle de Zarit, qui est une échelle d'auto-évaluation, me paraît pertinente. Elle évalue la charge émotionnelle, physique et financière que représente, pour un aidant, la prise en charge d'une personne en perte d'autonomie.

Il y a lieu de formaliser les conditions de mise en place d'espace permettant l'expression des besoins, comme lors de la visite de pré admission.

Les salariés des « Pivoles » continuent à être sensibilisés à l'importance de l'utilisation du projet de vie, véritable fil conducteur de la prise en charge et à la façon de rendre la formation accessible aux autres professionnels.

Il est essentiel de repérer les modes de communication mobilisables entre tous afin de faciliter l'expression, tout en donnant des points de repère pour permettre un accompagnement de qualité.

C) Critères d'évaluation

- L'effectivité des réunions du groupe CVS et la prise en compte de leurs remarques dans l'écriture du projet.
- L'utilisation des outils pour les transmissions d'informations et les recueils de données.
- La pertinence des informations transmises pour l'accompagnement de la personne âgée et ses proches.
- La participation de la personne âgée et des proches, dans le projet de vie personnalisé, à hauteur de leurs souhaits et compétences.
- L'utilisation du projet de vie de la personne âgée pour garantir la qualité de l'accompagnement et fédérer les professionnels autour des réponses à mettre en place.

3.2.4 L'écriture du dispositif ressource

A) Les bénéfices attendus

La compréhension de la place et du rôle de chacun des partenaires pour améliorer l'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie et offrir le service le plus ajusté aux besoins exprimés et repérés.

B) Les actions

La rédaction du projet relève des attributions du COPIL et s'effectue sur une durée de 2 mois. L'écriture du projet de la plateforme met en lumière les objectifs poursuivis qui

pourront être atteints au travers de l'instauration des différentes mesures : hébergement temporaire dont une place d'accueil en urgence, astreinte d'infirmière de nuit mutualisée sur le secteur, garde itinérante de nuit sur le secteur. La déclinaison des mesures constituant la plateforme doit rendre compte de la cohérence du projet appuyé sur les valeurs de l'établissement et partagé par les partenaires.

C) Critères d'évaluation

- L'évaluation de cette phase se base sur l'effectivité des rencontres et des missions du groupe.
- Les réajustements et négociations inhérents au travail de co écriture afin d'aboutir à un projet consensuel. Les engagements et responsabilités de tous sont précisées, la coordination est détaillée dans tous ses aspects.
- Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour sont prévus dans les missions de ce groupe.
- La validation se fait par le COPIL à partir de l'accord des différentes directions engagées.
- La présentation du projet finalisé au conseil d'administration, aux instances représentatives du personnel, au conseil technique d'établissement, et au CVS.
- Le dépôt du dossier et promotion auprès des autorités de tarification.
- Les réajustements si besoin, dans le cadre du COPIL.
- Les procédures effectives, conventions ou chartes signées.

3.2.5 La coordination : un rouage indispensable sur le territoire

Le parcours de la personne âgée est complexifié par la diversité des professionnels requis, le cloisonnement des réponses construites au fur et à mesure du temps et des politiques publiques, et l'étendue du territoire. Malgré tous ces temps dédiés à la coordination par les différents acteurs, les partenaires font remonter une insuffisance de coordination.

A) Les bénéfices attendus

L'ambition est de faire reconnaître l'EHPAD comme un centre de ressource sur son territoire, pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs aidants, sans ajouter de complexité de coordination.

B) Les actions

La possibilité d'attribuer la fonction de coordination à chacun des partenaires en identifiant un référent coordonnateur par partenaire permet une meilleure coordination. Chaque référent coordonnateur peut alors superviser la qualité de la prise en charge réalisée par son employeur et s'assurer du passage des informations nécessaires à cette prise en

charge et à sa continuité. L'EHPAD doit coordonner, centraliser les informations dans le cadre de son rôle de pôle de référence ressource sur son territoire, tout en les mettant à disposition des partenaires.

Les gestionnaires de cas MAIA sont les seuls professionnels pour lesquels la coordination est leur cœur métier. Pour les autres professionnels, la fonction de coordination est intégrée à leur mission.

C) Les critères d'évaluation

- L'utilisation des outils de coordination
- L'appropriation de leur fonction étendue de coordination par le cadre de santé et les infirmières des « Pivoles » et augmentation du temps infirmier de 0,20 ETP pour tenir compte de la réalité de cette mission.
- Les temps de relève et transmissions réalisées avec des partenaires extérieurs lorsqu'il existe un besoin
- La formation et/ou sensibilisation des professionnels des différentes structures à leur fonction de coordination
- Le renforcement des partenariats

3.3 L'élaboration du projet de service, dans le cadre du projet d'établissement

Le projet d'établissement, généralisé par la loi n°2002-2, articles L.311.7 et L.311-8, du CASF a pour vocation de rendre lisible le positionnement institutionnel vis-à-vis des partenaires, autorités, collectivités publiques, et de servir de point de repère aux professionnels. J'avertis les IRP dès la phase d'évaluation des besoins du territoire afin de les associer le plus rapidement possible à une démarche constructive et pouvoir prendre en compte leur avis et d'éventuelles informations de leur part. Le dialogue avec les IRP se poursuit tout au long de l'avancée du projet, la qualité du dialogue engageant aussi la qualité du projet. La réactualisation du projet d'établissement des « Pivoles » va intégrer l'écriture du projet de plateforme et va donner une orientation plus ferme et plus concrète de l'ouverture de l'EHPAD sur son environnement. L'évaluation étant un processus continu (principe de l'évaluation interne, ANESM), je choisis de présenter au fur et à mesure les critères correspondant à l'avancée du projet.

3.3.1 Les bénéfices attendus

La conduite du changement doit être menée avec la conscience de tous les freins et faiblesses identifiés. Je souhaite m'appuyer sur le projet d'établissement pour mobiliser les équipes et les aider à se projeter plus loin que la situation actuelle particulièrement tendue.

Le projet d'établissement devrait être révisé depuis un an. L'entrée dans cette démarche signe un regain de dynamisme.

Cet outil peut et doit participer à l'expression du projet et de ses objectifs, afin de fédérer les professionnels et les partenaires autour de l'offre de service en direction des personnes âgées.

3.3.2 Les actions

Je souhaite, conformément aux recommandations de l'ANESM, que ce projet d'établissement soit élaboré sous la direction d'un groupe de travail dont j'assure la conduite, en concertation avec les usagers, les familles (CVS), et les principaux partenaires impliqués dans le projet plateforme. Des groupes de travail seront constitués pour conduire ce travail de façon efficiente. Le démarrage de l'écriture a lieu aussitôt que le projet plateforme a reçu validation par les autorités. Il devrait être finalisé dans un délai de 6 mois, compte tenu de la participation de différents acteurs dont la disponibilité peut varier.

Le projet rend lisible et compréhensible l'évolution de l'établissement au sein de son territoire et se construit à partir des points ci-après :

- Les objectifs opérationnels
- Les modalités d'admission, de séjour, d'organisation de la sortie et du retour à domicile
- Le projet d'accompagnement personnalisé.
- La prévention et l'éducation à la santé
- Le programme d'actions de soutien des aidants.
- L'organisation interne au sein de la structure
- L'équipe et son dimensionnement
- L'inscription dans le dispositif de la filière MAIA et dans le réseau des partenaires locaux (sociaux, médico-sociaux et sanitaires)
- Le plan de communication externe sur le territoire
- La partie projective du projet reprend l'intégralité du projet de la plateforme : hébergement temporaire, place d'urgence, mutualisation de l'astreinte de nuit infirmière et garde itinérante de nuit, en déclinant le suivi et l'évaluation nécessaire (efficacité, pertinence, temporalité...). Le développement prévisible de la plateforme est également abordé sous la forme de la mutualisation des compétences avec les services à domicile et l'élargissement des missions du médecin coordonnateur.

3.3.3 Les critères d'évaluation

- L'effectivité de la co écriture du projet d'établissement décrivant les différentes activités : hébergement permanent et temporaire, infirmière mutualisée et garde de nuit itinérante, et en conformité aux attendus
- Le réajustement effectif en fonction des contraintes ou souhaits des divers partenaires
- La consultation effective des usagers et des familles (participation du CVS)
- La finalisation et validation par les instances officielles
- La diffusion du projet en interne et en externe
- Le niveau d'adhésion des équipes en interne

3.4 Le financement prévisionnel

Le financement s'inscrit dans les trois directions : ARS, Département et usager. Le principe d'accessibilité me conduit à limiter les charges d'exploitation et à recourir à des subventions d'investissements, voire à des prêts bancaires en dernière intention. La somme correspond aux frais d'agencement et d'installation des locaux, ainsi que le mobilier et l'équipement, le système d'information, le matériel de bureau et le matériel informatique, soit 70 000 euros. Le véhicule utilisé pour la nuit est celui de l'EHPAD, qui a été renouvelé l'année dernière.

3.4.1 Les bénéfices attendus

- Un retour à l'équilibre du bilan financier de l'EHPAD
- Le financement des nouveaux services envisagés

3.4.2 Les actions

Je prévois d'engager un dialogue avec l'ARS, afin de prévoir le financement du projet. Cette dotation annuelle financera l'hébergement temporaire, la rémunération de la garde de nuit itinérante et de l'infirmière de nuit, à hauteur de la mutualisation engagée avec les autres EHPAD. La demande de prise en charge des temps de coordination peut également être adressée à l'ARS. La prise en charge des temps de formation assorti du remplacement du personnel en formation peut être faite par l'organisme collecteur de fonds de formation pour la fonction publique hospitalière : l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

A) L'Hébergement Temporaire

Le Groupe de Réflexion et Réseau pour l'Accueil Temporaire des personnes en situation de Handicap valorise les charges supplémentaires en lien avec l'hébergement temporaire à hauteur de 10 à 15% par rapport à l'hébergement permanent³⁸ : temps de médecin coordonnateur, de coordination, de logistique, d'administration et d'encadrement. Les tarifs des sections hébergement et dépendance sont fixés à hauteur de ceux pratiqués en hébergement définitif, afin de garantir une égalité de traitement et permettre l'accès à ce service au plus grand nombre, dans le respect des missions du service public. La mutualisation des fonctions de lingerie, de la maintenance et des cuisines contribue à limiter les charges liées à la section hébergement.

L'Hébergement Temporaire repose sur un coût forfaitaire à la place³⁹. Ce coût à la place se situe à hauteur de 11500 euros. Le taux d'occupation moyen en hébergement temporaire est compris entre 65 et 80%, selon la CNSA, ce qui correspond à un accueil de 5 à 8 personnes par an et par place. A terme, l'activité prévisible est comprise entre 70 et 80 hébergements temporaires par an.

J'envisage de rencontrer l'Assurance Maladie pour négocier un financement limité à 30 jours de ce type d'hébergement dans les suites d'une hospitalisation, laissant un reste à charge à la personne âgée équivalent au forfait journalier : soit 20 euros journalier, au lieu des 70 pour une place d'hébergement permanent. Il est calculé ainsi : le coût journalier de 50 euros x 365 jours x 0,80 (taux d'occupation) =14600 euros par place, soit 146 000 euros annuels. Ce financement pourrait être accordé pendant les 2 premières années de fonctionnement du service, et donnerait lieu à une évaluation chiffrée pour objectiver le réel gain financier et envisager la reconduction de la mesure dans un deuxième temps.

J'instaure un système de veille sur les appels à projet émanant de fondations, mutuelles, assurances ; en vue de financer des projets d'animation/activités en adéquation avec les objectifs déclinés dans le projet.

B) L'infirmière mutualisée de nuit

Ce type de dispositif est financé par des fonds versés depuis l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) relatif aux personnes âgées et est versé à l'établissement porteur qui sera l'EHPAD les « Pivoles ». Pour rappel, « *Une astreinte est une période pendant laquelle l'agent, sans être sur son lieu de travail, doit pouvoir intervenir si son administration lui demande. La période d'astreinte peut donner lieu à*

³⁸ CNSA, 2011, état des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées, p 47

³⁹ Ibid, p 12

indemnisation ou récupération sous la forme d'un temps de repos compensateur »⁴⁰. Il y a lieu de prévoir une convention entre le porteur (les « Pivoles ») et chacun des employeurs (autres EHPAD, groupement d'infirmières libérales). Cette convention prévoit le montant et les modalités de versement, les modalités d'exécution de l'action, les obligations du contractant, le suivi et le contrôle de l'action. Le financement d'une astreinte de nuit infirmière est évalué entre 80 et 120 euros par place d'hébergement permanent et par an⁴¹. Le besoin financier précis du projet va donc être estimé selon les besoins évalués des résidents des différents EHPAD (soins palliatifs, recours aux hospitalisations évitables...), selon le nombre d'établissements partenaires concernés par le projet et le nombre de lits d'EHPAD.

C) La garde itinérante de nuit

La garde itinérante peut être envisagé comme un SSIAD adossé à l'EHPAD. Le financement pourrait relever d'une tarification tripartite globale afin de permettre une plus grande souplesse des interventions du personnel de l'EHPAD hors de l'EHPAD.

3.4.3 Les critères d'évaluation

- L'extension fonctionnelle pour l'accueil des résidents en hébergement temporaire
- Un avenant au CPOM fixera ces conditions tripartites : l'EHPAD, l'ARS et le Département.
- Un accord de financement des temps de coordination
- Un accord du financement limité à 30 jours de l'hébergement temporaire dans les suites d'une hospitalisation
- L'équilibre du résultat d'exercice

3.5 Le déploiement de la plateforme

Le lancement opérationnel du projet s'effectue donc après la réception des travaux, la remise des clés, et la visite de conformité. Cette phase importante n'est pas détaillée dans le cadre de ce travail dont l'objet est la déclinaison de l'ouverture des missions de l'EHPAD.

⁴⁰ Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), *Astreintes dans la fonction publique*

⁴¹ Appel à projet 2019 : présence d'un personnel infirmier la nuit en EHPAD, ARS ARA.

3.5.1 Le lancement opérationnel

A) Les bénéfices attendus

La participation à la diversification de réponses pour les personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire Porte des Alpes.

B) Les actions

- Le déploiement des places d'hébergement temporaire, avec une montée en charge progressive sur 2 ans, permettant une adaptation graduelle des équipes et un accompagnement des professionnels sur de nouveaux postes
- L'occupation de la place d'urgence en fonction des demandes
- Le déploiement des places pour la garde de nuit itinérante pour obtenir la file active attendue en 6 mois.
- L'astreinte infirmière de nuit 7j/7, mutualisée entre les 6 EHPAD du secteur
- La communication en interne et en externe en continue
- Un partenariat opérationnel

C) Critères d'évaluation

- L'effectivité du déploiement des places d'hébergement temporaire dans le délai attendu par le calcul du taux de remplissage qui doit être proche des 80% au bout de deux ans
- Le calcul de la durée moyenne de séjour
- L'occupation de la place d'urgence en fonction de demande justifiée et calcul du ratio des demandes acceptées par rapport au nombre total des demandes
- Le profil des personnes accueillies et motifs des demandes
- La destination de sortie des personnes âgées
- Le taux de participation des proches aidants
- Le nombre de demandes non abouties et analyse pour envisager d'éventuels correctifs
- Le nombre de journées programmées
- Le nombre de personnes adressées par les différents partenaires : filière, plateforme de répit, GHND. Ce critère permet de rendre compte de la qualité du partenariat engagé et de sa viabilité.
- L'identification de la provenance des autres demandes (autres partenaires non identifiés, demande en directe de la personne âgée et/ou de sa famille) permet d'objectiver la connaissance de la plateforme par les personnes du territoire.
- La reconnaissance du dispositif par les partenaires territoriaux s'évalue par la fréquence, la qualité d'échange entre les partenaires engagés dans le projet.

- Le déploiement de l'outil partagé entre les partenaires : via trajectoire et le logiciel de soins
- La gestion des demandes par le dispositif Via trajectoire
- Le questionnaire de satisfaction en direction des usagers et des partenaires
- L'analyse du recours à l'astreinte infirmière de nuit : nombre des infirmières participant, fonctionnement 365j/an, missions des infirmières, nombre de sollicitations par établissement appelant, motifs, heure, données liées au résident. Les réponses apportées par l'IDE, nombre d'hospitalisations de nuit, décès au sein des EHPAD ou à l'extérieur
- Le questionnaire de satisfaction aux EHPAD mutualisant l'astreinte infirmière
- Le nombre de personnes âgées prises en charge par le dispositif de nuit, le nombre d'interventions programmées par nuit et nombre d'hospitalisations de nuit
- L'enquête de satisfaction auprès des personnes âgées et de leur famille

3.5.2 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

La qualité de l'accompagnement est liée à celles des pratiques professionnelles, influencées par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS. Cette qualité exige une évolution permanente et un accompagnement des salariés dans le développement de leurs compétences. Dans le cadre du projet, il faudra viser à l'harmonisation des pratiques et garantir la qualité des prises en charge. Il me paraît nécessaire d'officialiser une démarche type Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, en informant préalablement les IRP. C'est l'occasion d'offrir un espace d'expression à l'ensemble du personnel sur les objectifs de chacun, au sein de l'évolution de la structure.

A) Les bénéfices attendus

- Un personnel impliqué, mobile
- Des compétences adaptées à l'évolution des services de l'EHPAD

B) Les actions

Le groupe de travail, dont j'assure l'animation avec le cadre de santé, se charge du déroulé de cette démarche en établissant un plan d'action opérationnel intégrant les délais de réalisation et la communication des avancées du groupe au fur et à mesure.

Les entretiens annuels d'évaluation des salariés permettent de savoir comment chacun se situe par rapport au projet, de répondre aux questions soulevées par la nature du projet, d'entendre les souhaits et les besoins en formation, les souhaits d'évolution de chacun des professionnels.

Les révisions des fiches de poste, voire la création de fiche de poste pour l'infirmière d'astreinte et la garde itinérante de nuit, sont réalisés par le groupe de travail auquel s'associent des membres de l'équipe et représentant du personnel. Elles sont ensuite soumises à la validation de l'équipe de direction, et au CTE.

L'affectation sur les nouveaux services se fera sur la base du volontariat pour les AVS, AS, AMP. Certains professionnels actuellement à temps partiel peuvent faire le choix d'augmenter leur temps de travail. Puis le recrutement sera effectué en fonction de ces premières prévisions, 3 mois en amont de l'ouverture du service d'hébergement temporaire. Ce recrutement est progressif pour tenir compte de la montée en charge progressive de remplissage, avec une projection de deux ans pour obtenir un fonctionnement optimal en « turn over ».

Je m'assure de l'adhésion des professionnels dont les missions vont être mutualisées sur le service hébergement temporaire et vérifie leur bonne appropriation de ces nouvelles missions. Le cadre de santé assure la fonction de référent de coordination. Cependant, les infirmières, à qui incombe une partie des fonctions de coordination et les temps d'astreinte, sont particulièrement accompagnées : temps de réunion plus nombreux, afin qu'elles puissent évaluer leurs possibilités d'adaptation à ces nouvelles fonctions. Le recrutement ou l'augmentation de leur temps de travail prend en compte l'équivalent de 0,2 ETP libéré du fait de la mise en place de la PDA.

En considérant le taux actuel d'encadrement, l'hébergement temporaire requiert 7,8 ETP + 10% soit : 8,60 ETP. Je m'appuie sur l'organisation du travail au CANTOU (nombre de places similaires, nécessité de présence soignante plus longue). Je prévois donc 6,5 ETP en AS, AMP, ASH. Les 2,1 ETP sont répartis comme suit selon les métiers :

+ 0,40 animatrice

+ 0,40 psychologue

+ 0,20 médecin coordonnateur

+ 0,50 secrétaire

+ 0,60 infirmière.

L'organigramme sera réajusté en conséquence.

J'organise le plan de formation pluriannuel prévisible sur 5 ans autour de formations spécifiques à l'accueil temporaire, formation sur des thématiques soignantes récurrentes : hygiène, douleur, prise en charge de résidents à comportement difficile. D'autres formations sont planifiées pour permettre aux soignants d'acquérir des compétences sur le repérage de risque de perte d'autonomie des personnes âgées : risque de chute, isolement social, dénutrition, iatrogénie médicamenteuse, souffrance physique, souffrance

psychique, troubles du comportement, risque sur la santé des aidants⁴². Des formations spécifiques sur l'accompagnement des familles sont indispensables.

La formation accompagnement fin de vie peut être établie en partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatifs du GHND. Elle permet, au-delà des aspects techniques à maîtriser par les soignants, de leur permettre d'entrer dans une analyse professionnelle redonnant sens à ces pratiques, et renforcer un partenariat avec les interventions de l'équipe mobile et de l'HAD autour des prises en charge les plus complexes.

Je demande au groupe de travail de prévoir l'organisation et la planification de temps de supervision de pratique professionnelle.

C) Critères d'évaluation

- Le nombre de salariés participant au groupe pilote
- Les fiches de poste à jour
- Le nombre d'entretiens annuels réalisés et leur qualité
- Le « turn over » du personnel
- Les départs en retraite
- Le recrutement effectif ou augmentation de temps de travail
- La mobilité en interne (entre les services) et en mutation
- Le taux d'encadrement
- Les besoins en formation : synthèse
- Le nombre de journées de formations, la nature des formations effectuées et le nombre de salariés ayant bénéficié d'une formation
- Le nombre de Validation des Acquis de l'Expérience
- L'accord de prise en charge par l'ANFH de la formation
- La stabilité du climat social
- L'enquête de satisfaction à destination des salariés

3.5.3 L'approche des Risques Psycho Sociaux par la démarche qualité de vie au travail

Les RPS constituent des risques majeurs pour les salariés des « Pivoles », ainsi que j'en ai porté le diagnostic. Les RPS sont potentiellement majorés par la perspective d'un projet conséquent, pouvant induire une charge de travail importante et par les évolutions professionnelles en écho aux évolutions de l'état de santé des personnes âgées résidant aux « Pivoles ».

⁴² HAS, 2016, volet EHPAD, recommandations de bonnes pratiques sur le dépistage des risques de perte d'autonomie pour les personnes âgées

A) Les bénéfices attendus

- Limiter les résistances et les inquiétudes des salariés inhérentes à tout changement, en favorisant l'épanouissement et l'implication des équipes.
- Accompagner les salariés afin de leur fournir des points de repère, des outils, ce qui va contribuer à sécuriser leur réflexion.

B) Les actions

Le DUERP des « Pivoles », est réactualisé annuellement, avec l'ensemble des acteurs concernés. Je souhaite continuer à confier ce travail d'accompagnement au cabinet conseil qui suit l'établissement depuis 5 ans et qui connaît bien la structure et une partie des salariés. Le CHSCT, la médecine du travail et un salarié du service concerné font partie de ces groupes de travail. J'organise la formation du cadre de santé et des membres du CHSCT à la prévention des RPS, et à la démarche de l'amélioration de la Qualité de Vie au Travail.

Je souhaite soutenir le plan d'action qui doit résulter d'une démarche collective et participative, et en faire un véritable outil de dialogue social : la démarche QVT. Il est essentiel que les salariés se positionnent et jouissent d'une marge d'autodétermination car ils détiennent une expertise de leur quotidien. Cette démarche vise à constituer des groupes de discussion sur des situations professionnelles, à accompagner le personnel dans la projection du changement à venir, en repérant ce qui fonctionne, ce qu'il faudrait améliorer, à avoir une appréciation sur la qualité des soins et de l'accompagnement dispensé. Les solutions retenues sont alors présentées aux différentes instances de l'établissement afin d'être validées et officialisées. La dernière phase se centre sur l'évaluation de la solution retenue et les réajustements nécessaires.

C) Critères d'évaluation

- La révision du DUERP en tenant compte des RPS, avec la participation des salariés
- Les plans d'actions issus du DUERP trouvent une continuité et une application au quotidien des professionnels des « Pivoles »
- La prise en compte de critères proposés par l'ANAP, l'INRS : l'absentéisme, l'augmentation des accidents du travail, le « turn over » de personnel
- La qualité du climat social peut au travers du nombre de jours de grève, et de la qualité du dialogue avec les IRP
- Un questionnaire enquête de satisfaction à destination des salariés pour recueillir l'expression des salariés au lancement du projet et à 1 an après l'ouverture des services.

3.6 Etablissement d'un plan de communication interne et externe

La communication est une action intégrée au changement. Elle doit favoriser l'adhésion afin de vaincre ou d'amoinrir les résistances. Elle permet de sensibiliser et d'inciter chacun à mieux communiquer pour améliorer le travail en commun. La communication est influente : elle permet de donner du sens au projet et d'écouter. Sans dénier l'importance de la communication informelle, qui permet de réguler, d'observer au quotidien les incompréhensions et les plaintes, je m'attache à vous présenter la communication que je souhaite organiser, de façon participative, en cohérence avec le déroulé du projet. Elle se fait en interne : auprès des salariés, des personnes âgées, de leurs aidants, du conseil d'administration, et en externe : auprès des autorités de tarification, et des nombreux partenaires du territoire.

3.6.1 La communication en interne

A) Le comité de pilotage :

A chaque réunion mensuelle, un point est fait sur l'avancée du projet. Son évaluation mobilise les indicateurs prédéfinis à chaque étape du projet. Toutes les étapes de validation sont effectuées par le COPIL.

B) Le conseil d'administration

Il continue à se réunir au rythme trimestriel habituel. La présentation de l'avancée du projet plateforme est prévue, assortie des étapes de validation nécessaires : l'écriture du projet.... Une communication de qualité est à rechercher car il faut articuler ce projet au projet d'extension de bâtiment géré par la mairie.

C) Les salariés

Le projet, validé par le comité de pilotage, est présenté à l'ensemble des équipes lors d'une réunion institutionnelle organisée de façon festive.

Au fur et à mesure de l'avancée du projet, et de l'avancée des groupes de travail, des notes d'informations sont affichées et des réunions institutionnelles plus brèves seront organisées à l'intention des salariés. Les entretiens d'évaluation sont l'occasion d'une communication plus personnelle, complétant ainsi les modes de communication groupales. Les instances officielles CHSCT et CTE sont informées à chaque réunion et peuvent relayer également les informations et les questions.

D) Les personnes âgées et les familles

L'instance principale de communication est le CVS dont le rôle consultatif s'applique aussi sur le projet plateforme. En dehors des deux réunions en lien avec l'écriture du projet, les

réunions sont organisées habituellement trois fois par an et sont l'occasion de faire part de l'avancée du projet de façon officielle, et de continuer à recueillir leurs avis et remarques.

E) Les partenaires

Je choisis de considérer l'internalité de la communication quand elle lie les partenaires de proximité sur les temps de la prise en charge de la personne âgée en perte d'autonomie. Elle repose donc sur des outils tels que Via trajectoire, mails, rencontres physiques, logiciel de soins.

3.6.2 La communication en externe

Cette communication est d'autant plus essentielle que l'on sait que le manque de communication est un des freins au développement de l'hébergement temporaire.

A) Les autorités de tarification

La dialogue avec l'ARS et le Conseil Départemental s'intensifie dès l'écriture du projet, et jusqu'à l'ouverture officielle de la plateforme. Ces rencontres ou échanges d'informations peuvent avoir lieu de façon physique, par visioconférence, par mail, ou téléphone. Un rythme d'échanges tous les 2 mois est proposé hors besoin particulier.

B) Les partenaires

La communication avec ces partenaires est partie prenante de la qualité du projet lui-même, elle a commencé dès la recherche d'un diagnostic sur le territoire et se veut continue puisqu'elle est vitale pour le projet. Les professionnels libéraux ont été sollicités via un questionnaire en amont du projet. Les outils utilisés sont divers : réunions, mail, téléphone.

C) La médecine du travail

Ce partenaire membre du CHSCT est sollicité plus particulièrement dans cette phase de projet, dans le cadre d'un travail sur les RPS et QVT.

D) Le territoire

La réussite du projet est liée au fait que la plateforme soit connue des usagers (potentiels) et de tous les partenaires, même ceux qui sont moins dans la proximité. Ainsi, chaque étape du projet sera relayée par les médias : journal local : le Dauphiné libéré, journal trimestriel du département : IsèreMag. Je veillerai à ce que la plateforme soit référencée sur le portail national d'information pour les personnes âgées, afin d'assurer une lisibilité depuis l'extérieur. Je veille à ce que les places du dispositif soient visibles de l'extérieur en temps réel, grâce à l'utilisation de l'outil Via Trajectoire.

L'élaboration de supports type plaquettes d'informations est confiée à un groupe de travail, puis validée par le COPIL. Ces plaquettes sont largement diffusées auprès des adresseurs potentiels : médecins généralistes, gériatres, PARAF, services de gériatrie du GHND, SAAD, SSIAD, CCAS, résidence sénior, service autonomie du Département, rencontres organisées par la filière, gestionnaires de cas MAIA...

J'envisage d'organiser une cérémonie d'inauguration à l'occasion de l'ouverture officielle, afin de promouvoir la notoriété de ce service, en y associant tous les partenaires. Des portes ouvertes sont prévues, lors des deux fêtes de l'EHPAD en fin d'année et à l'été conviant toutes les familles des résidents en hébergement permanent.

Conclusion

La société française connaît des tensions fortes en ce qui concerne la place des personnes âgées en perte d'autonomie et les réponses à leur apporter. Les grèves de 2017/2018 ont mis en exergue les difficultés des salariés des EHPAD et ont montré des établissements en grand déséquilibre. Les politiques publiques orientent fortement les réponses à apporter vers le maintien à domicile des personnes âgées et l'aide aux aidants, même si des réponses financières concernent les EHPAD.

L'EHPAD les « Pivoles » connaît ces difficultés et se trouve dans une situation financière fragile.

Les évolutions à venir ne peuvent s'appuyer que sur un changement de paradigme, nous incitant à sortir d'une logique d'établissement, qui plus est, centré sur lui-même.

Je souhaite insuffler à l'ensemble de l'équipe la vision d'un établissement ouvert à son environnement, dans le sens où l'établissement fait partie d'un réseau, d'une filière active, à laquelle il amène des solutions, et à l'inverse, l'EHPAD a besoin de ses partenaires pour améliorer la qualité de ses réponses et de ses services envers les personnes âgées en perte d'autonomie. Je suis persuadée que l'avenir des établissements passe par des formes de coopération, de contractualisation et de mutualisation, que je vais rechercher ou élaborer en tant que directrice.

Cet engagement n'a de sens que si les usagers et leurs proches aidants sont au cœur de nos préoccupations professionnelles. Ainsi, l'idée de parcours de vie, inscrit dans un projet de vie peut réellement devenir la pierre angulaire de tous ces dispositifs existants ou à créer, moyennant la déclinaison de partage d'informations en temps réel et de façon adaptée.

Le projet que je défends n'est pas sans risque car l'hébergement temporaire présente des risques financiers et organisationnels, pour un établissement qui présente déjà des difficultés ou fragilités au quotidien. Néanmoins, l'absence de stratégie équivaut à voir périr cet établissement, qui présente des forces certaines sur lesquelles je vais m'appuyer : sa position de proximité avec la population, sa notoriété, sa taille humaine, ses nombreux partenaires potentiels, la confiance du conseil d'administration et la demande des autorités de tarification.

Après étude de faisabilité et concertation avec les différents partenaires, ce projet de plateforme devient légitime au regard des réponses qu'il peut amener. L'implication de l'équipe professionnelle de l'EHPAD est certes à rechercher, encourager, guider. L'accompagnement de l'équipe passe par un développement de ses compétences inhérentes à l'évolution des services proposés par l'EHPAD. Ce développement des compétences de « demain » peut être un facteur important et positif de qualité de vie au travail en favorisant la mobilité des salariés.

Le projet de plateforme présenté ici est axé sur la création de l'offre d'hébergement temporaire, sur la mutualisation d'une astreinte infirmière et sur une garde de nuit itinérante. Ce n'est qu'une partie des possibilités, le développement futur se centrera sur l'EHPAD en tant que centre de ressources. Par exemple, pourront se développer un SSIAD, des actions de formation à l'intention des services d'aide à domicile existant, et des proches aidants. L'expertise des soignants est à promouvoir hors les murs de l'EHPAD par le biais d'actions/formations en direction des services à domicile.

La justesse des réponses à apporter vis-à-vis des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs aidants, dans un environnement économique contraint, est corollée à la pertinence de l'expertise concernant ces besoins. Il m'incombe de garantir le droit à l'expression et le respect des personnes âgées au quotidien au travers de ce projet, en soutenant l'engagement des salariés dans leurs missions au service des plus vulnérables.

Bibliographie

OUVRAGES

- BANDURET J-F, 2017, *De l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, Paris, Editions Dunod, 333 pages.
- BILLE M, BONICEL MF, MARTZ D, 2014, *Dépendance, quand tu nous tiens*, Toulouse, Editions Erès, 264 pages.
- BLANCHET M, 2017, *Atlas des séniors et du grand âge en France*, Rennes, Presses de l'EHESP, 118 pages.
- ENNUYER B, 2006, *Repenser le maintien à domicile*, Paris, Editions Dunod, 278 pages
- GUERIN C, et al, 2016, *Le vieillissement au cœur des politiques publiques, méthodologie pour une approche transversale*, Voiron, Territorial éditions, 82 pages.
- MIRAMON J-M, 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, 3^{ème} édition, Rennes, Presses de l'EHESP, 150 pages.
- MISPELBLOM BEYER F, 2015, *Encadrer, un métier impossible ?* Paris, Ed Armand Colin, 300 pages
- UNIORPA, 2009, *Choisit-on d'entrer en établissement pour personnes âgées ? Enjeux éthiques et pratiques*, Paris, L'Harmattan, 191 pages.

REVUES

- DONNIO I, 2005, « L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Gérontologie et société*, vol. 28, n°112, pages 73 à 92.
- ENNUYER B, 2013, « Enjeux de sens et enjeux politiques de la notion de dépendance », *Gérontologie et Société*, vol 36, n° 145, pages 25 à 35.
- ENNUYER B, 2013, « Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse », *Sociographe* 2013/5, hors-série 6, pages 139 à 157.
- GRARADJI N, 2018, « Le soutien aux proches aidants. Les dispositifs de répit », *ASH numéros juridiques*, 28 août 2018, n°3072.
- LEBIHAN B, 2013, « La politique en matière de dépendance. En France et en Europe : des enjeux multiples », *Gérontologie et Société*, vol 36, n°145, pages 13 à 24.

LOIS

Code de l'action sociale et des familles, art D312-9

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002, page 124

Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, pages 4118

Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, JORF n°190 du 17 août 2004 page 14545

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, JORF n°0301 du 29 décembre 2015 page 24268

Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, JORF n°0299 du 24 décembre 2016

Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, JORF n°0305 du 31 décembre 2017

DECRETS, CIRCULAIRES, INSTRUCTIONS

Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile

DGAS/2A Instruction n°2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance

DHOS/02 circulaire no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

DGOS/RH3 circulaire n°2011-491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière

DGOS/RH3/DGCS/4B/2014/321 Instruction du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques

Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

PLANS

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, 2007, *Le plan national bien vieillir 2007-2009*, [consulté le 2 mars 2019], disponibilité : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf

MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, juin 2006, *Le plan solidarité grand âge 2007-2012*, [consulté le 10 janvier 2019], disponibilité : https://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf

MINISTERE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA SANTE, 2008, *Le plan Alzheimer 2008-2012*, [consulté le 15 janvier 2019], disponibilité : https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf

GUIDES, RECOMMANDATIONS

ANAP, 2016, *repères organisationnels et de dimensionnement en surface en EHPAD* [consulte le 05 mai 2019], disponibilité : <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/reperes-organisationnels-et-de-dimensionnement-en-surface-en-ehpad/>

ANAP, 2011, *les parcours des personnes âgées sur un territoire : retours d'expérience*, [consulté le 01 juin 2019], disponibilité : <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/les-parcours-de-personnes-agees-sur-un-territoire-retours-dexperience/>

ANAP, 2019, *mutualisation d'ide de nuit en EHPAD* disponibilité : https://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Accompagner_le_secteur_medico-social/Organisation/IDE_de_nuit_ehpad/Mutualisation_IDE_de_nuit_en_ehpad_publication.pdf

ANESM, 2009, *élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, [consulté le 20 février 2019], disponibilité : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet_etablissement_service_anesm.pdf

ANESM, 2009, *Les pratiques spécifiques à l'accueil séquentiel-*, Extrait des recommandations de bonne pratique sur « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », [consulté le 17 janvier 2019], disponibilité : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/accueil_sequentiel_extrait.pdf

ANESM, 2010, Qualité de vie en EHPAD (volet 1), *De l'accueil de la personne à son accompagnement* [consulté le 01 12 2018] disponibilité : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835485/fr/programme-qualite-de-vie-en-ehpad

ANESM, 2016, *repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées*, [consulté le 15 01 2019] disponibilité : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-rbpbp_reperage_des_risques_personnes_agees-ehpad-pdf_interactif.pdf

ANESM, 2018, *le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD)* [consulté le 10 03 2019] disponibilité : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf

HAS, 2010, *synthèse des recommandations de bonnes pratiques, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, suivi médical des aidants naturels*, [consulté le 29 janvier 2019], disponibilité : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels_-_synthese.pdf

HAS, 2017, *synthèse des recommandations de bonnes pratiques, accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD*, [consulté le 20 janvier 2019], disponibilité : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_synthese_findevie_ehpad.pdf

RAPPORTS, ETUDE

ARS AUVERGNE RHONE ALPES, 2018, *Département de l'Isère, état des lieux et évolution de l'offre médicosociale, volet personnes âgées*, [consulté le 15 octobre 2018], disponibilité : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-01/38%20-%20Etat%20des%20lieux%20PA.pdf>

ARS AUVERGNE RHONE ALPES, Janvier 2018, *Schéma régional de santé 2018-2023*, [consulté le 17 février 2019], disponibilité : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-01/2018_PRS_SRSProjet.pdf

ARS, 2019, *La qualité de vie au travail des professionnels de santé*, [consulté le 10 décembre 2018], disponibilité : <https://www.ars.sante.fr/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante>

BRUNEL M, CARRERE A, avril 2019, n°34, les dossiers de la DREES, *La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile*, [consulté le 20 octobre 2018], disponibilité : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd34.pdf>

CNSA, 2017, *La situation des EHPAD en 2016, analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD*, [consulté le 19 mai 2018], disponibilité : <https://www.cnsa.fr/node/3701>

CNSA, 2019, *les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, [consulté le 13 juillet 2019], disponibilité : https://www.cnsa.fr/documentation/chiffres_cles_2019_cnsa.pdf

COQUELET F, DREES, Etudes et résultats, Décembre 2015, n°0943, *soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans et plus effectuent la moitié des séjours*, [consulté le 13 octobre 2018], disponibilité : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er943.pdf>

DREES SOCIAL, 2015, *L'hébergement des personnes âgées en établissement, les chiffres clés*, [consulté le 12 01 2019], disponibilité : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/infographie_ehpa_08.pdf

DREES, rapport d'activité 2017, [consulté le 26 mars 2018], disponibilité : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ra2017.pdf>

FONDATION DE FRANCE, 2017, *vivre ses choix, prendre des risques*, [consulté le 29 06 2019], disponibilité : https://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/dfd_personnes.agees-30.05.17_bd_page_simple_0.pdf

GIMBERT V, MALOCHET G, 2011, *Les défis de l'accompagnement du grand âge* Perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance, centre d'analyse stratégique, DREES, rapport n°39, 186 pages

HAS, 2015, *Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie*, [consulté le 18 mars 2019], disponibilité : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/rapport_evaluation_art_70_perte_autonomie_2015-07-16_12-17-35_601.pdf

HAS, 2017, *la qualité de vie au travail au service de la qualité des soins, du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médicosociaux et sociaux*, [consulté le 20 décembre 2018] disponibilité : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201709/guide_demarche_qvt_2017.pdf

INSEE, Rhône Alpes, la lettre analyse n°100, décembre 2008, [consulté le 10 janvier 2019], disponibilité : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1290265>

LAROQUE P, 1962, rapport du Haut Comité Consultatif de la Population et de la Famille

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Grand Age et autonomie : les chiffres clés*, [consulté le 12 janvier 2019], disponibilité : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/grand-age-et-autonomie-les-chiffres-cles>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE, 2016, *GHT, Vademecum*, [consulté le 20 juin 2019] disponibilité : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght_vademecum.pdf

MINISTERE DU TRAVAIL, *Rapport GOLLAC*, 2011, [consulté le 02 août 2019], disponibilité :

https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

MINISTERE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS, le portail de la fonction publique, mars 2015, *le DUERP*, [consulté le 26 juin 2019], disponibilité : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/document-unique-devaluation-des-risques-professionnels-duerp>

MULLER M, les dossiers de la DRESS, septembre 2017, n°20, *L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre, enquête ehpa, 2015*, [consulté le 12 01 2019], disponibilité : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd20_resultats_ehpa_2015.pdf

MULLER M, DREES, Etudes et résultats Juillet 2017, n°1015, *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, premiers résultats de l'enquête ehpa 2015*, [consulté le 26 juillet 2018], disponibilité : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

NAIDITCH M, (IRDES), questions d'économie de la santé n°176, mai 2012, *Comment pérenniser une ressource en voie de raréfaction ? Enseignement d'une comparaison des politiques d'aide aux aidants des personnes âgées dépendantes en Europe*, [consulté le 05 12 2018], disponibilité : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes176.pdf>

OBSERVATOIRE DES TERRITOIRES, 2018, *Le vieillissement de la population et ses enjeux*, [consulté le 13 01 2019], disponibilité :

<http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux>

CHARTES

COMMISSION EUROPEENNE, 2010, *Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée*, [consulté le 20 avril 2019], disponibilité https://www.age-platform.eu/sites/default/files/EU%20Charter%20-%20Accompanying%20Guide_FR.pdf, 52 p

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2009, *charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*, [consulté le 25 octobre 2018], disponibilité : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/charte-des-droits-et-des-libertes-de-la-personne-agee-en-situation-de-handicap>

SITOGRAPHIE

ACTION SOCIALE, [consulté le 25 novembre 2018], disponibilité : <https://annuaire.action-sociale.org/>

ALMA ALLO MALTRAITANCE, [consulté le 13 décembre 2018], disponibilité : <http://www.le3977.info/notre-reseau-national/>

ARS AUVERGNE RHONE ALPES, [consulté le 20 janvier 2019], disponibilité : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/>

ARS AUVERGNE RHONE ALPES, 2018, *cahier des charges de l'appel à candidature, dispositif présence d'un personnel infirmier la nuit en EHPAD*, [consulté le 25 juillet 2019], disponibilité : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-07/IDE_de_nuit_Cahier_des_Charges_2018_V3.pdf

ASSOCIATION FRANÇAISE DES AIDANTS, [consulté le 15 décembre 2018], disponibilité : <https://www.aidants.fr/>

BULLE D'AIR, [consulté le 20 septembre 2018], disponibilité : <https://www.repit-bulledair.fr/>

COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE, [consulté le 20 février 2019], disponibilité : <https://www.ccne-ethique.fr/>

CNRTL, [consulté le 20 novembre 2018], disponibilité : <https://www.cnrtl.fr/>

GHND, Charte de l'inter filière gériatrique du Nord Isère, [consulté le 15 septembre 2018], disponibilité : <https://www.isere.fr/Deliberations/CP/2011/T0H0U.pdf>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Pour les personnes âgées, portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches*, [consulté le 15 septembre 2018], disponibilité : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>

SITE DU DEPARTEMENT ISERE, [consulté le 15 septembre 2018], disponibilité : <https://www.isere.fr/>

SOINS ET SANTE, [consulté le 25 mars 2019], disponibilité : <http://www.soinsetsante.org/>

Liste des annexes

ANNEXE I : département isérois et territoires (site Isère)

ANNEXE II : architecture sectorielle, institutionnelle et territoriale des politiques de la vieillesse (BLANCHET M, 2017, *Atlas des séniors et du grand âge en France*)

ANNEXE III : principales lois favorisant la territorialisation de l'action gérontologique (BLANCHET M, 2017, *Atlas des séniors et du grand âge en France*)

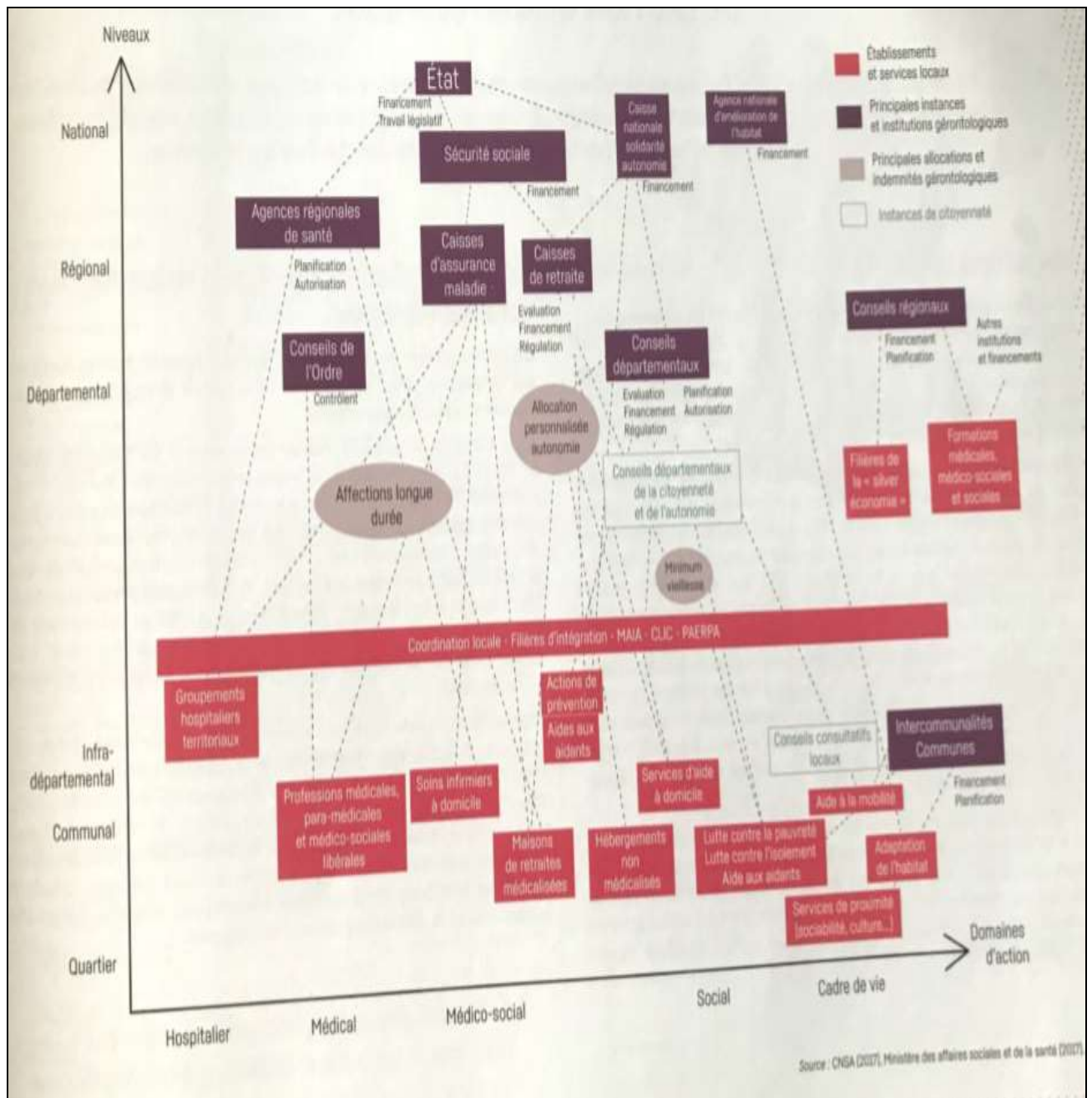
ANNEXE IV : organigramme des « Pivoles »

ANNEXE V : hébergement permanent médicalisé et services à domicile (ARS, 2017, Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale, Volet Personnes Agées)

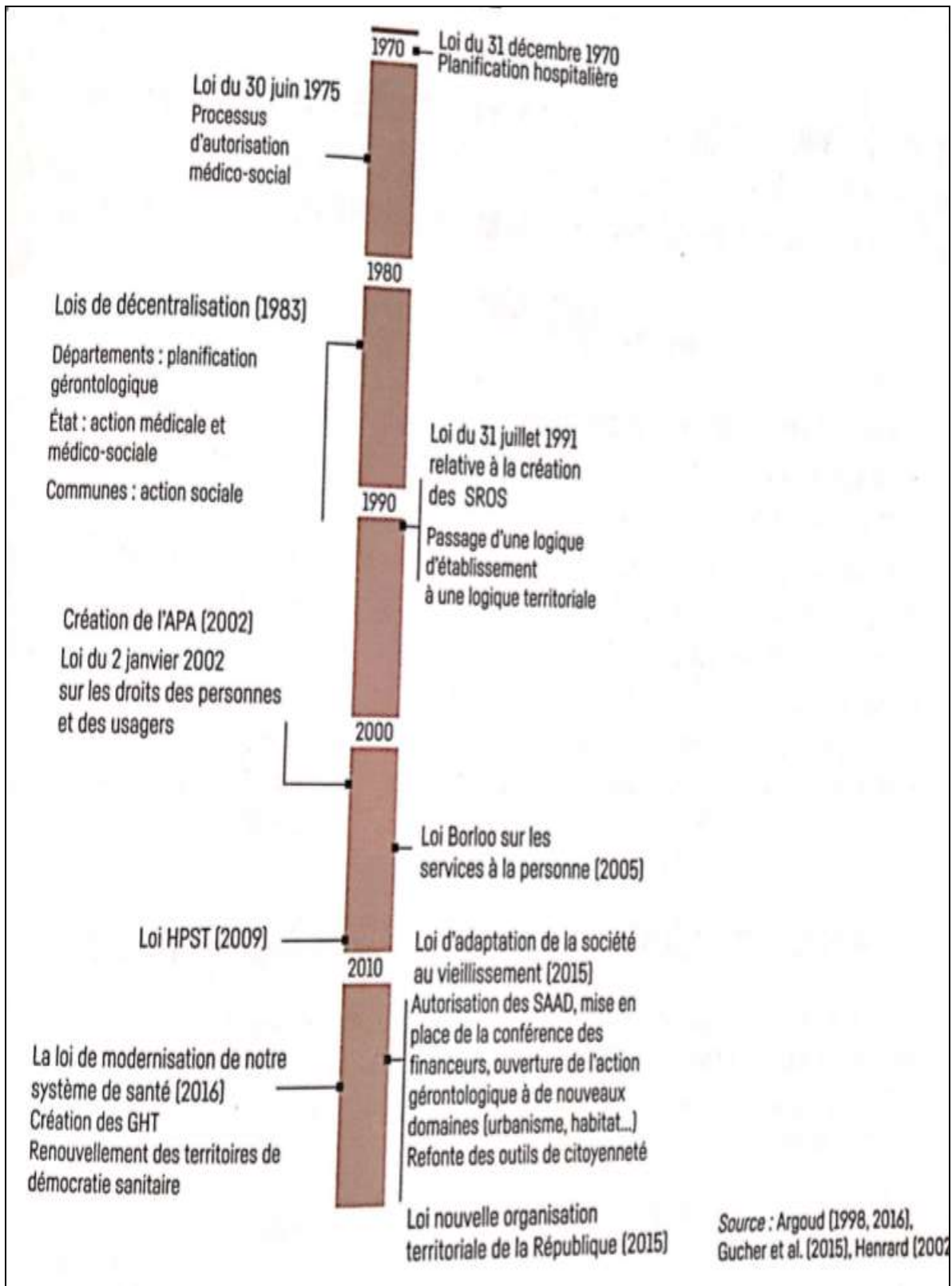
ANNEXE VI : plan d'action : synthèse



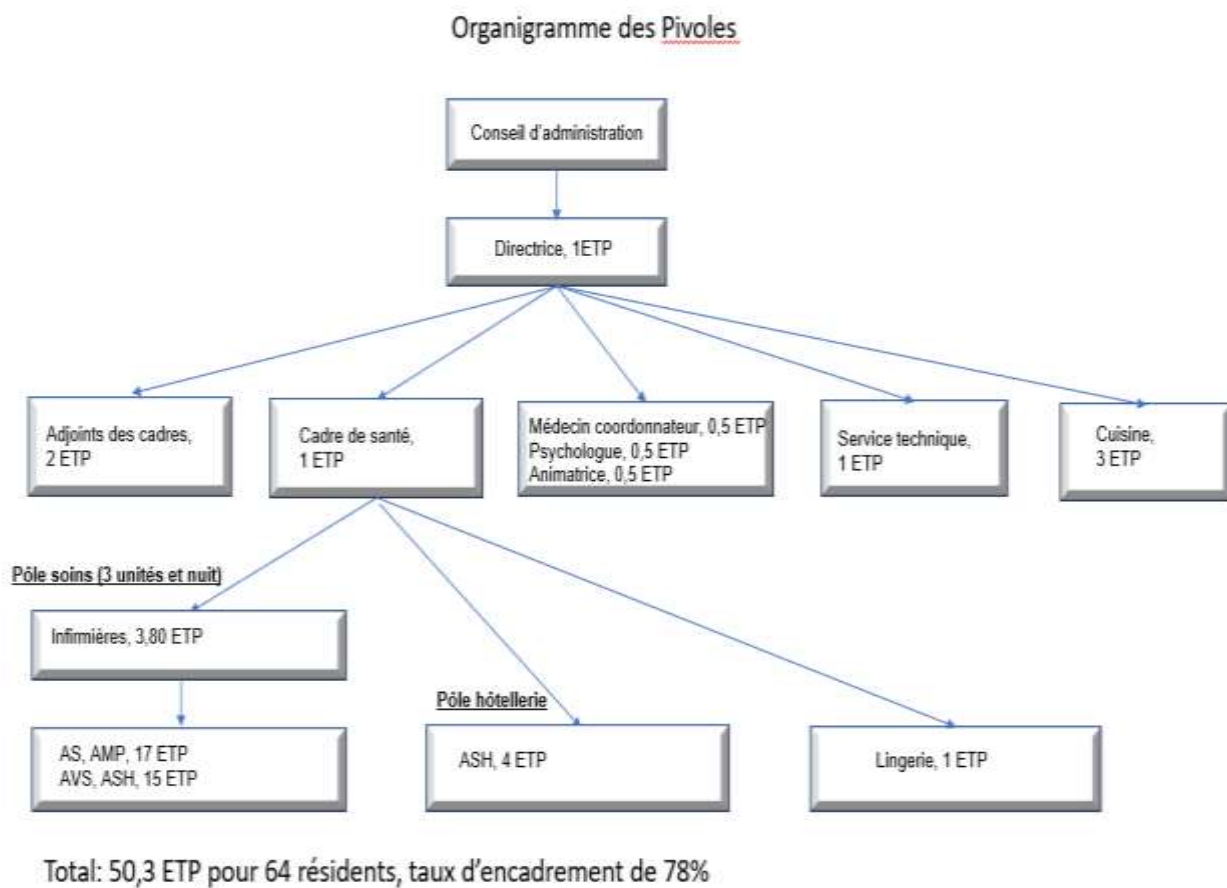
ANNEXE II : architecture sectorielle, institutionnelle et territoriale des politiques de la vieillesse



ANNEXE III : principales lois favorisant la territorialisation de l'action gériatrique

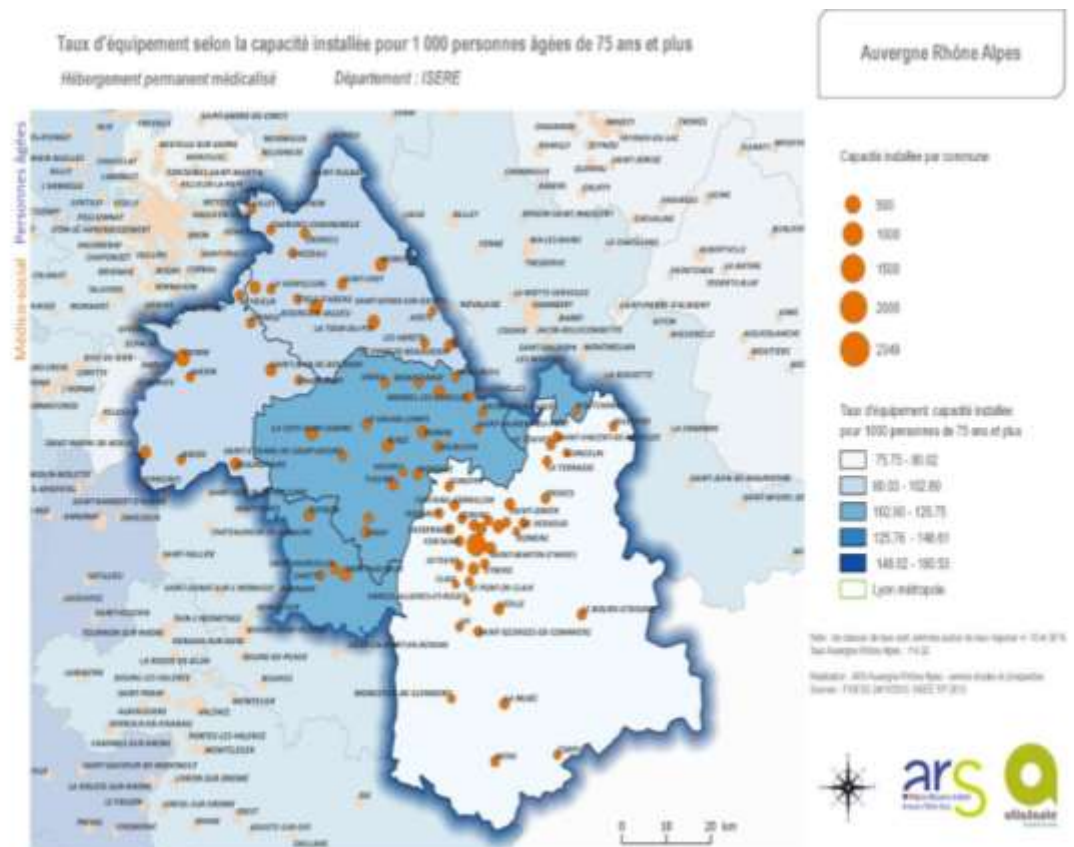


ANNEXE IV : organigramme des « Pivoles »



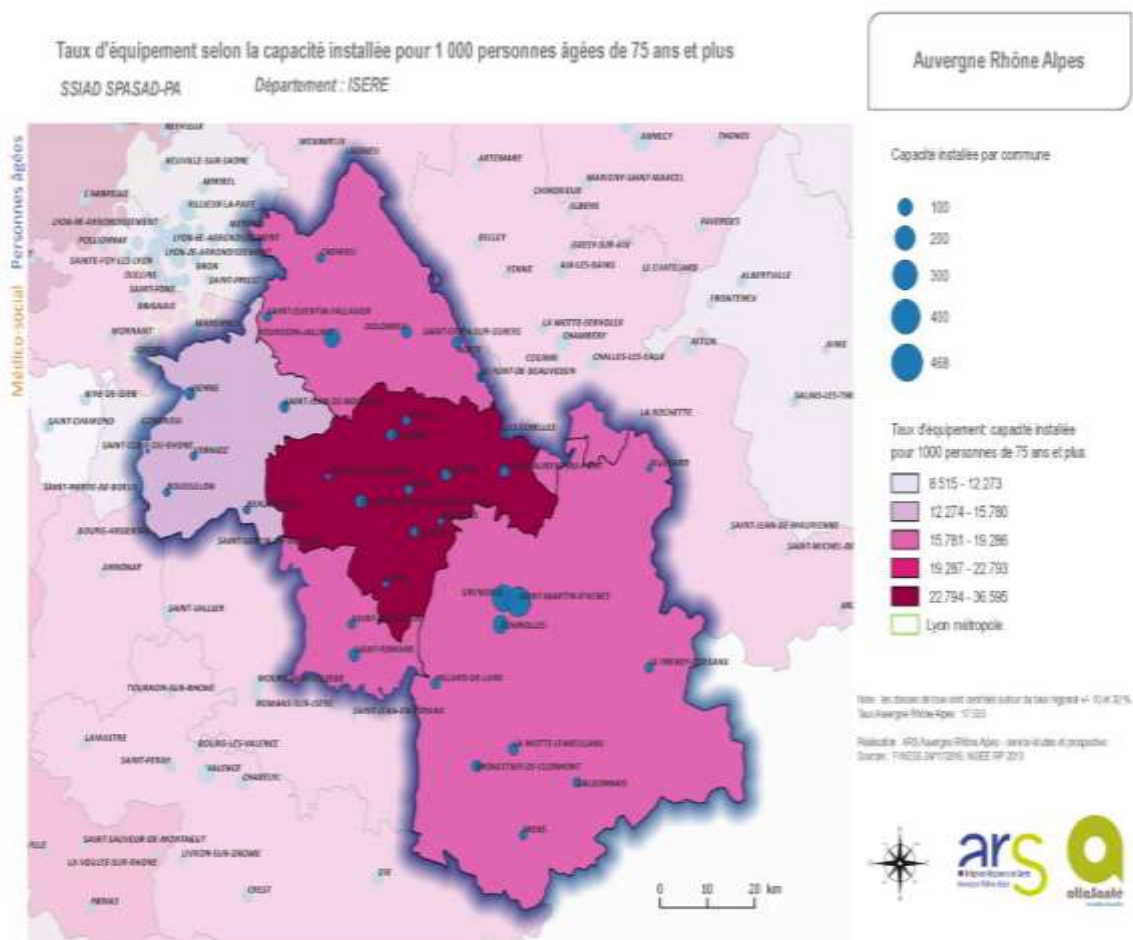
ANNEXE V : implantation en Isère.

Hébergement permanent médicalisé

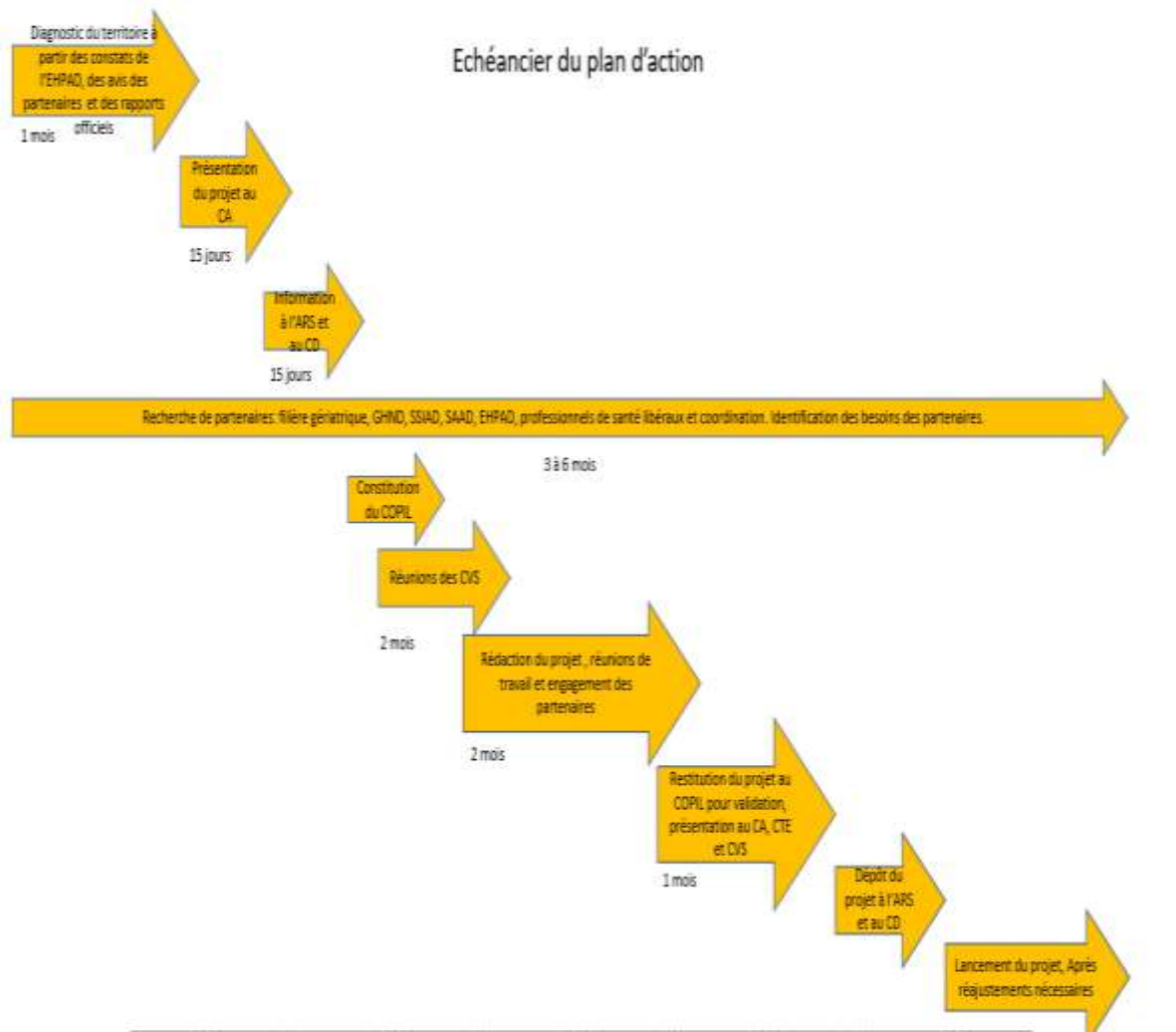


ANNEXE V : suite :

Services à domicile



ANNEXE VI : plan d'action : synthèse



TOMAS CWIDAK	Ingrid	Novembre 2019
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ETABLISSEMENT DE FORMATION : IFTS Echirolles		
DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICE D'UN EHPAD EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES SOUHAITANT RESTER A DOMICILE MALGRE LEUR PERTE D'AUTONOMIE		
<p>Résumé :</p> <p>Le maintien au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est, dans la majorité des cas, le choix prioritaire de celles-ci. C'est aussi autour de cet objectif que se construisent les politiques publiques du grand âge, en France, comme en Europe, en réponse à l'accroissement prévisible de la population âgée.</p> <p>Au sein du territoire Porte des Alpes, l'EHPAD « les Pivoles » s'engage dans une réflexion pour diversifier les réponses à apporter aux personnes âgées en perte d'autonomie. En effet, il ne sera pas possible de répondre à une augmentation des demandes d'hébergement permanent. Les professionnels seront amenés à accueillir des personnes âgées de plus en plus âgées et requérant des soins complexes et d'accompagnement de fin de vie plus fréquents. Les missions de l'établissement vont s'étendre en visant à sécuriser le maintien au domicile des personnes âgées et à offrir du soutien aux proches aidants. Il s'agit d'une mutation profonde de la mission de l'EHPAD, afin d'envisager prioritairement les réponses à apporter aux personnes âgées par une réelle mobilisation du projet de vie de la personne tout en se décentrant d'une logique d'établissement. Ce projet rentre en résonnance avec l'attente des autorités de tarification d'un projet d'extension visant à dynamiser l'établissement.</p> <p>La stratégie développée vise à la création d'un dispositif s'apparentant à une plateforme de service, en partenariat fort avec la filière gériatrique et les différents partenaires du territoire. Le projet de plateforme débute par la création de 10 places d'hébergement temporaire, dont une place d'urgence, de la mise en place d'une astreinte infirmière mutualisée de nuit et de garde itinérante de nuit. L'enjeu se situe autour de l'engagement de tous les partenaires, de la coordination et de la mutualisation des moyens et de la reconnaissance de ce dispositif par tous les acteurs du territoire.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>EHPAD, maintien à domicile, perte d'autonomie, répit des aidants, plateforme de service, hébergement temporaire, astreinte infirmière de nuit, garde itinérante de nuit, projet de vie, réseau, mutualisation, soins palliatifs</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		