



**Directeur d'Établissement Sanitaire,
Social et Médico-Social**

Promotion : **Suzanne Noël 2022 - 2023**
Date du Jury : **Novembre 2023**

*La prévention de la perte d'autonomie
et la promotion du « bien vieillir »*

*par le déploiement de ressources et d'expertises professionnelles :
la mise en place d'une équipe mobile territoriale
d'accompagnement et de prévention de la perte d'autonomie*

Florence Barbançon

Remerciements

Je remercie le Centre Hospitalier Universitaire de Reims et le Pôle EHPAD-USLD de m'avoir accueillie et notamment, Madame la Directrice Générale pour son accueil chaleureux et pour sa confiance dans l'opportunité de me recevoir.

Je remercie plus particulièrement, JUSTINE et KELVIN, respectivement Directrice Déléguée du Pôle EHPAD-USLD en charge de la filière gériatrique et Directeur Adjoint, pour leur accueil, leur disponibilité tout au long du stage, la confiance qu'ils m'ont accordée et la préservation de l'autonomie nécessaire à la réalisation de mes missions, leurs précieux conseils et la richesse de leurs enseignements.

Je remercie l'ensemble des directeurs adjoints, qui m'ont permis d'être intégrée très rapidement dans ce nouvel environnement, par la qualité et la richesse des échanges sur les plans organisationnels, techniques et humains et le partage d'expériences.

Cela m'a permis de prendre la mesure des actions et projets menés par le CHU de Reims tant en interne qu'auprès des autres acteurs de santé et partenaires, en tant qu'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire.

Je remercie sincèrement le corps médical et particulièrement la Cheffe de Pôle, pour son partage d'expérience, son soutien et son accompagnement médical dans la mise en place de différents projets ; L'Assistante de Direction pour sa disponibilité et sa serviabilité exemplaire tout au long du stage.

Je remercie également l'ensemble des cadres de santé et les équipes pour leur gentillesse, leur humanisme et pour leur assistance dans les réponses à mes (nombreuses) questions, pour avoir facilité la compréhension des organisations ainsi que pour leur patience, leur pragmatisme dans les différents projets qui nous ont unis durant plus de huit mois.

Je remercie Arnaud CAMPEON, enseignant-chercheur à l'EHESP, pour son écoute et son accompagnement et les échanges autour de ce mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
METHODOLOGIE	4
<i>Contexte</i>	<i>4</i>
<i>Genèse.....</i>	<i>5</i>
<i>Recueil de données.....</i>	<i>6</i>
1. L'HISTOIRE DE LA PREVENTION DANS LA POLITIQUE VIEILLESSE	7
1.1. De la notion de dépendance à la prévention de la perte d'autonomie	8
1.1.1. <i>De la notion de vieillesse à celle de la dépendance</i>	<i>9</i>
1.1.2. <i>D'une gestion basée sur la dépendance à une focale plus élargie, celle de la prévention de la perte d'autonomie</i>	<i>11</i>
1.2. Une approche holistique de la personne âgée	14
1.2.1 <i>La mobilisation de l'usager versus la mobilisation des professionnels</i>	<i>16</i>
1.2.2 <i>La mobilisation des tutelles et des structures de santé</i>	<i>19</i>
2. UNE EQUIPE MOBILE A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE, COMME REPONSE INNOVANTE A LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE LA PERSONNE AGEE	22
2.1 Une équipe mobile pas comme les autres : un regard centré sur l'accompagnement des professionnels dans une logique partenariale.....	23
2.1.1 <i>La nécessaire structuration du dispositif, comme vecteur de légitimité</i>	<i>25</i>
2.1.2 <i>Une dimension partenariale attendue, clé de réussite du dispositif.....</i>	<i>30</i>
2.2 Penser une stratégie de pérennisation et d'imbrication du dispositif parmi un ensemble de mesures, le rôle de la gouvernance	33
2.2.1 <i>L'ETAPPA, une référence sur le territoire pour déployer d'autres équipes mobiles : entre fragilités et facteurs de réussite</i>	<i>35</i>
2.2.2 <i>Un dispositif qui s'inscrit parmi un ensemble de mesures permettant de répondre au projet régional de santé</i>	<i>39</i>
CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE	45
LISTE DES ANNEXES	1
<i>Annexe N° 1 - Tableau des enquêtés.....</i>	<i>2</i>
<i>Annexe N° 2 - Guide d'entretien.....</i>	<i>3</i>
<i>Annexe N° 3 - Grille d'analyse des entretiens menés dans le cadre du mémoire</i>	<i>5</i>
<i>Annexe N° 4 - Les facteurs de risques de la perte d'autonomie</i>	<i>19</i>
<i>Annexe N° 5 - Historique des lois relatives aux personnes âgées</i>	<i>20</i>
<i>Annexe N° 6 - Fiche CPOM « ETAPPA ».....</i>	<i>21</i>
<i>Annexe N° 7 - Extrait du PRS - SRS Grand Est 2023 - 2028.....</i>	<i>23</i>
<i>Annexe N° 8 - Quelques chiffres clés du Grand Âge dans la Marne</i>	<i>25</i>

Liste des sigles utilisés

A

AMI	Appel à Manifestation d'Intérêt
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
ASPA	Allocation personnalisée de Solidarité aux Personnes Agées
ASSURE	Amélioration des Soins d'URgence en EHPAD et à domicile
ASV	Adaptation de la Société au Vieillissement

C

CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CNR	Crédit Non Reconductible
CNR	Conseil National de la Refondation
CPIAS	Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins
C POM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

D

DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DARI	Document d'Analyse du Risque Infectieux
DAMRI	Démarche d'Analyse et de Maîtrise du Risque Infectieux
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

E

EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMBD	Equipe Mobile Bucco-Dentaire
EMIG	Equipe Mobile d'Intervention Gériatrique
EMTH	Equipe Mobile Territoriale d'Hygiène
ESPRèvE	Equipe Spécialisée de PRévention inter EHPAD
ESSMS	Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social
ETAPPA	Equipe (mobile) Territoriale d'Accompagnement et de Prévention de la Perte d'Autonomie

G

GIR	Groupe Iso-Ressources
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GHUC	Groupement Hospitalier Universitaire de Champagne

I

INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRF	Institut Régional de Formation

M

MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie
------	--

O

OMS Organisation Mondiale de la Santé

P

PAERPA Parcours de santé des personnes âgées en Risque de Perte d'Autonomie

PARAF Plateforme d'Accompagnement et de Répit aux Aidants Familiaux

PMSP Projet Médico-Soignant Partagé

PRS Projet Régional de Santé

PSD Prestation Spécifique Dépendance

PTA Plateforme Territoriale d'Appui

R

RAC Reste A Charge

RéGéCAP Réseau de santé Gérontologie et Soins Palliatifs de Champagne-Ardenne

S

SSIAD Services de Soins et Infirmiers A Domicile

U

USLD Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

La part des personnes de plus de 65 ans résidant en France s'élève en janvier 2022 à près de 15 millions, soit 21 % de la population (**Portrait social, INSEE, 2022**) (dont 9,8 % ont plus de 75 ans et plus) et l'espérance de vie à la naissance atteint 79,4 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes. Elle devrait atteindre, d'ici 2070, 90 ans pour les femmes et 87 ans pour les hommes selon les projections de l'INSEE. La question du vieillissement est donc devenue un phénomène social et démographique important. En effet, si les tendances récentes se prolongeaient, la France compterait en 2070 plus de 76 millions d'habitants dont plus de 24 millions de personnes de plus de 60 ans (**INSEE, 2021**). La hausse de cette population dite « âgée », définie en France comme étant les personnes de 65 ans et plus, selon la publication du rapport LAROQUE de 1962 (**ENNUYER, 2011**), s'explique en grande partie par l'allongement de l'espérance de vie et les progrès médicaux (cependant le cadre normatif CASF fixe à 60 ans l'âge auquel les personnes commencent à relever de la politique « personnes âgées »).

À partir de ces quelques données, on comprend, qu'au cours de ces dernières années, les politiques publiques ont redéfini, comme enjeux majeurs, deux notions : **celle de la prévention et celle du « bien vieillir »**, dans le but, dès à présent, d'agir pour maintenir l'autonomie des personnes âgées et retarder au maximum le degré de dépendance. La prévention de la perte d'autonomie et la promotion du « **bien vieillir** » portent ainsi comme ambition d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé (**DREES, 2023**)¹ et l'espérance de vie à partir de 65 ans (**DREES, 2023**)².

« **Bien vivre son avancée en âge** » représente donc une dynamique devant permettre au plus grand nombre de personnes de bénéficier de la meilleure qualité de vie possible au cours de son vieillissement. Cette notion de qualité de vie et de satisfaction dans la vie quotidienne s'apprécie de manière très diverse selon chaque personne (*âge, capacités physiques et cognitives, environnement de vie, présence de l'entourage, etc.*). Pour y répondre, deux concepts entrent en jeu : **la dépendance et la perte d'autonomie !**

S'ils ne sont pas opposés, ces deux concepts ne disposent pas exactement de la même définition, apportant ainsi des notions légèrement différentes mais loin d'être antagonistes, qu'il paraît intéressant de rappeler en introduction de ce mémoire.

¹ En 2021, les femmes peuvent espérer vivre 67,0 ans sans incapacité et 78,6 ans sans incapacité forte ; les hommes 65,6 ans sans incapacité et 74,4 ans sans incapacité forte

² En 2021, l'espérance de vie à 65 ans pour les femmes est de 12,6 ans sans incapacité et de 18,8 ans sans incapacité forte ; l'espérance de vie à 65 ans pour les hommes est de 11,3 ans sans incapacité et de 16,2 ans sans incapacité forte

Une personne dépendante se définit comme une personne ayant besoin de l'aide totale ou partielle d'un tiers pour effectuer certains actes essentiels de la vie quotidienne (ex : s'habiller - manger... seul.e)³. Ces actes ne peuvent donc être réalisés sans une aide extérieure, qui dans la plupart des cas se traduit par une intervention d'aidants familiaux ou de professionnels de santé. L'autonomie quant à elle représente la capacité d'une personne à prendre elle-même des décisions concernant sa vie, à faire des choix favorables pour son bien-être et son équilibre. La notion de « perte d'autonomie » est généralement utilisée pour évoquer la situation des personnes qui deviennent dépendantes du fait du vieillissement, elle permet d'illustrer un processus, celui du cycle de la vie et de l'avancée en âge ! Cette nuance met en avant la capacité à décider versus la capacité à agir d'une personne. La distinction entre ces deux mots reste pourtant faible ; à juste titre, nombreuses sont les personnes qui considèrent que ces deux termes sont synonymes. En effet, plus la perte d'autonomie sera importante plus elle augmente le degré de dépendance de la personne, notamment chez le sujet âgé.

La perte d'autonomie et dépendance définies par les professionnels interrogés (Verbatim) :

E1, Ergothérapeute : « La perte d'autonomie, c'est la perte de certaines capacités motrices ou intellectuelles par rapport à un état initial ; c'est un début de dépendance mais à un stade où l'on peut encore se gérer seul pour tout ou partie de ses actes ; la dépendance nécessite une aide soit technique, soit du personnel ou d'un tiers. La dépendance est plus forte en termes de perte de capacités que la perte d'autonomie ».

E2, Encadrement : « Il n'y a pas vraiment de différence ; il s'agit d'un synonyme avec une vision positive si on parle d'autonomie, et une vision négative si on parle de dépendance ».

E3, Ergothérapeute : « Dépendance et autonomie ne sont pas exactement synonymes. La perte d'autonomie représente la perte des capacités motrices sur les activités de la vie quotidienne ; C'est la personne qui n'arrive plus sur le plan moteur, le plan physique, à réaliser la toilette, l'habillage, n'arrive plus à se lever, n'arrive plus à s'endormir, à manger [...] La dépendance, c'est une diminution des capacités cognitives, qui impacte la réalisation des activités de la vie quotidienne. C'est la personne qui n'arrive plus à élaborer et à réaliser un acte. On peut très bien avoir une personne qui arrive à agir sur un plan moteur, mais qui n'arrive plus à s'organiser, à planifier, à mémoriser ce qu'elle doit faire ».

E4, Diététicien(ne) : « La perte d'autonomie entraîne de la dépendance ».

E5, APA : « La dépendance, c'est le côté physique de l'acte ; il s'agit davantage de la réalisation de l'acte (ex : enfiler le gant de toilette, frotter soi-même...) ; l'autonomie représente plutôt l'unification et la planification de l'acte (versant plus cognitif). Généralement l'un ne va pas sans l'autre, c'est pour cela qu'il est vraiment difficile d'apporter des définitions précises ».

E6, Corps médical : « un psychiatre qui m'a dit un jour lors d'une conférence sur les droits des patients : « Etre autonome, c'est choisir ses dépendances » ! je trouve que c'est une belle formule ; on est autonome quand on accepte nos pertes, et qu'on vit avec ces pertes-là et qu'on vit encore ! ».

³ Valeur légale dans la Loi du 24 janvier 1997 « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière »

L'accroissement de la perte d'autonomie nécessite donc la mise en place de dispositifs adaptés à la personne au regard de son état physique et psychique tant au domicile qu'en institution, en tenant compte de ses souhaits (*participation et expression de l'utilisateur*).

Toutefois, qu'il s'agisse de dépendance ou de perte d'autonomie, ces deux situations peuvent apparaître à différents âges et/ou moments de la vie d'une personne (*maladie invalidante, accident, chute... ou s'installer progressivement notamment en lien avec l'âge*). La personne peut voir ses capacités physiques, sensorielles et/ou cognitives diminuer ; les conséquences sur sa vie quotidienne peuvent varier et ne pas conduire ainsi aux mêmes besoins d'accompagnement et de prise en charge.

La notion de prévention de la perte d'autonomie s'intègre pleinement dans les approches centrées sur la personne. La prévention de la perte d'autonomie et la diminution du risque de dépendance représentent donc un ensemble d'actions visant à anticiper (*prévenir*) et à accompagner les effets liés à l'âge et l'installation de pathologies principalement chroniques et/ou neurodégénératives. Ainsi, si vieillir ne signifie pas systématiquement être dépendant, on ne peut que constater que la probabilité d'être en situation de perte d'autonomie s'accroît avec l'avancée en âge.

Le risque de dépendance et de perte d'autonomie concerne de plus en plus d'individus à mesure que l'espérance de vie s'allonge et devient nécessairement une préoccupation de tous. La prévention voire la culture de prévention doit ainsi mobiliser, à la fois, chaque citoyen, mais également les professionnels, les aidants/proches... et l'ensemble des acteurs / politiques publiques. Les nombreux professionnels intervenant au domicile et/ou en institution auprès des personnes âgées ont donc un rôle essentiel à jouer : s'acculturer et essaimer une culture de prévention et de prise en charge de la perte d'autonomie à travers, par exemple, le partage (*retour*) d'expériences, la formation-sensibilisation, la modification des pratiques professionnelles... De fait, dans les pratiques professionnelles habituelles, la prévention est souvent le « *parent pauvre et éloigné du cœur de métier, à l'image de la place de la prévention dans le système de santé français* » (**AQUINO, CORDBIN, 2019**). Or, agir en amont permet à la fois de repérer le plus précocement possible les premières fragilités chez la personne âgée, d'adapter les pratiques et l'accompagnement au plus près des besoins de la personne, de réunir et de renforcer la coordination entre acteurs autour d'une problématique de santé publique d'ampleur liée au vieillissement de la population, fer de lance de nos politiques sociales actuelles.

Ainsi, il convient de se demander dans quelle(s) mesure(s) les EHPAD peuvent-ils contribuer, au regard des nouveaux enjeux de santé publique, à prévenir la perte d'autonomie des personnes accompagnées en institution ou au domicile, aux côtés d'autres acteurs du territoire ?

Il semble pertinent de s'interroger dans un premier temps sur les grandes évolutions des politiques publiques **(1)** permettant de démontrer que le concept de dépendance laisse aujourd'hui place à une focale plus élargie sur la prévention de la perte d'autonomie **(1.1)**, en se basant sur une approche holistique de la personne âgée **(1.2)**.

Secondairement d'illustrer comment l'EHPAD peut innover, sur son territoire, à travers la mise en place d'une équipe mobile de prévention de la perte d'autonomie **(2)**. Celle-ci sera centrée sur les professionnels de santé dans une logique partenariale **(2.1)**. Par ailleurs, nous verrons dans quelle mesure une stratégie de pérennisation et d'imbrication du dispositif doit être pensée parmi un ensemble de mesures, pour réponse aux besoins des personnes accompagnées en perte d'autonomie **(2.2)**. Cet angle d'approche vise à poser des jalons (*préconisations, points de vigilance...*) à mettre en place pour le bon déploiement de ce dispositif.

Méthodologie

Contexte

Dans le cadre de ma formation de directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social, j'ai effectué mon stage de professionnalisation au sein du Pôle EHPAD-USLD rattaché au Centre Hospitalier Universitaire de Reims.

Disposant de 942 lits et places (*807 lits d'EHPAD, 120 lits d'USLD et 15 places d'accueil de jour*), le Pôle EHPAD-USLD du CHU accueille et prend soin des personnes âgées dépendantes autour d'une offre diversifiée d'accompagnement (*hébergement permanent et temporaire y compris solvabilisé, accueil de nuit, accueil de jour, PASA de jour et de nuit en expérimentation*). Les quatre résidences du pôle sont structurées par filières (*EHPAD classique, USLD, filière psycho-gériatrique, unités de vie protégée et unité pour les déficients intellectuels vieillissants*) pour permettre un accompagnement individualisé et adapté aux besoins des résidents en perte d'autonomie. Il existe également une offre de répit structurée spécifiquement autour de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour, avec un grand nombre de services et/ou d'activités pour les aidants (*Plateforme d'accompagnement et de répit aux aidants familiaux - PARAF*). Les résidences du pôle sont situées au centre-ville et bénéficient d'une forte proximité géographique avec les services sanitaires du CHU. Le Pôle EHPAD-USLD constitue également l'établissement qui supporte et coordonne les projets partagés des établissements médico-sociaux du GHT et la filière gériatrique.

Genèse

La problématique traitée dans ce mémoire trouve son origine en grande partie dans l'une des missions principales du stage de professionnalisation. J'avais en effet pour mission principale de mener à bien la mise en place d'une Equipe (*mobile*) Territoriale d'Accompagnement et de Prévention de la Perte d'Autonomie (*ETAPPA*). Ce projet avait été initié avant mon arrivée mais par suite de l'épidémie COVID était resté en attente de mise en œuvre. Ce projet vient en réponse à un appel à projet de l'ARS Grand Est (*juin 2021*), pour lequel le Pôle EHPAD-USLD du CHU a été retenu sur la région pour expérimenter ce nouveau dispositif.

Comme évoqué, la prévention de la perte d'autonomie constitue un axe central de la politique nationale (*Plan National de 2015, CNR Bien Vieillir...*) mais également régionale Grand Âge et une préoccupation majeure des acteurs de proximité accompagnant les personnes âgées au domicile et en institution au quotidien.

- ✓ Prévenir les pertes d'autonomie évitables au cours de l'avancée en âge en accentuant le repérage des facteurs de risque de la fragilité et de la fragilité installée,
- ✓ Stabiliser des situations caractérisées par une incapacité en préservant et valorisant les capacités restantes et en évitant une aggravation lorsque la récupération n'est plus possible, en particulier dans les EHPAD,
- ✓ Promouvoir une alimentation favorable à la santé et développer la pratique d'activités physiques,
- ✓ Lutter contre l'isolement et favoriser le lien social, l'intergénération et les activités cognitives,

sont les objectifs opérationnels déclinés dans le Projet Régional de Santé Grand Est au travers de deux de ses axes stratégiques. Ainsi en cohérence avec les orientations décrites ci-dessus, le CHU, en partenariat avec RéGÉCAP (*co-portage du projet*), et en partenariat avec les établissements du GHUC, se sont associés pour porter un projet commun afin de renforcer la culture de la prévention de la perte d'autonomie au sein des structures du territoire. C'est sur ce constat que le projet de création d'une équipe mobile de prévention, disposant d'un rôle d'accompagnement dans le développement d'actions collectives et la diffusion de la culture prévention auprès des équipes soignantes des EHPAD et des SSIAD, a été proposé à l'Agence Régionale de Santé.

Cependant, il me tenait à cœur, au regard de mon parcours et de mon projet professionnel actuel, de pouvoir à la fois répondre à mes propres objectifs : *contribuer au bien-être et au bon état général des personnes notamment les plus vulnérables en contribuant à l'amélioration des prises en charge et des structures d'accueil et aider à la nécessaire prise de conscience qu'il faut accompagner les professionnels dans les changements organisationnels et technologiques en cours liés notamment au vieillissement de la population*. Ce projet s'inscrit également pour moi dans une logique de travail collaboratif et ce avec l'ensemble des acteurs du système de santé, tout en préservant des principes de proximité, de partenariats, les droits des usagers et des conditions les plus favorables possible à l'exercice des professionnels.

Recueil de données

Le recueil de données s'est effectué par plusieurs moyens.

La première étape de mon travail a été de réaliser un certain nombre de recherches documentaires sur le sujet, portant à la fois sur l'évolution des politiques publiques, les définitions pouvant être apportées aux notions de dépendance et perte d'autonomie, que sur la recherche d'actions spécifiques en matière de prévention de la perte d'autonomie ayant pu être menées en France. Sur ce dernier versant, la littérature n'était pas abondante, du fait que les dispositifs d'accompagnement de la prévention de la perte d'autonomie à destination des professionnels sont à ce jour peu connus et quasiment pas déployés sur le territoire national. Cependant, l'expérimentation menée par les Hauts de France (*ESPRèvE*) m'a aidée à poser un cadre et surtout à rendre effectif le projet qui m'était confiée. En complément, j'ai réalisé une analyse documentaire en interne. Les documents internes tels que le projet de pôle, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet d'établissement du CHU, les outils Loi-2002-2... m'ont permis de mieux comprendre les organisations, les partenariats, la place et rôle de chaque acteur. Couplée à une analyse des données externes recueillies, j'ai pu acquérir une vision plus large du sujet me permettant d'appréhender de manière sereine la mise en place du dispositif.

J'ai également réalisé des entretiens semi-directifs avec plusieurs professionnels (***tableau des enquêtés en Annexe N° 1***) sur le sujet afin d'objectiver certains éléments du mémoire et de pouvoir y insérer des verbatims. La conduite de ces entretiens a donc été une étape importante dans le cadre de ce travail de recherche. J'ai décidé de m'appuyer sur un guide d'entretien (***Guide en Annexe N° 2***), partagé avec chaque professionnel en début de séance (*rappel du contexte, objectifs du mémoire, choix du thème...*). Chaque entretien a duré en moyenne 1 heure 20 et a fait l'objet d'une retranscription. Ces entretiens ont permis de conduire une analyse inductive (***grille d'analyse en Annexe N° 3***) de ce matériau d'enquête (**CF. PARTIE 2**).

J'ai pu, grâce à mes différentes participations à certains temps du quotidien, observer les pratiques (*y compris managériales de ma tutrice de stage et son adjoint*), participer à des échanges notamment avec les autorités de tutelle, certains partenaires et/ou autres structures du territoire (*notamment dans le cadre de la direction commune et de projets territoriaux*). Durant la période de stage, j'ai eu la chance de pouvoir participer à un atelier citoyen, en présence de Mr COMBE, Ministre des Solidarités à cette période, dans le cadre du Conseil National de la Refondation sur le « **bien vieillir** ». Lors de ces ateliers, différents sujets ont pu être partagé : l'accès aux EHPAD et aux services à domicile, l'adaptation de la ville au vieillissement, les métiers du Grand Âge et les difficultés d'attractivité. Des thématiques comme le lien social, la citoyenneté et la place des aînés dans notre société ont également été au cœur de ces échanges. Ma participation à des réunions de travail avec le Département et certains acteurs du territoire (*SSIAD, CLIC...*) autour de la réécriture du Schéma Gérontologique Départemental a également été bénéfique.

Pour information dans le cadre de ce mémoire, par souci d'équilibre et transparence avec les membres de mon équipe, j'ai choisi d'utiliser la forme impersonnelle du « nous » pour qualifier le travail réalisé dans le cadre de mon stage de professionnalisation. Je considère que, même si j'étais impliquée en première ligne dans sa réalisation, il s'agit d'un travail collaboratif, qui a permis d'atteindre un objectif commun.

1. L'HISTOIRE DE LA PREVENTION DANS LA POLITIQUE VIEILLESSE

Le vieillissement normal (*ou sénescence*⁴) est une « période inévitable et naturelle de la vie humaine, caractérisée par une baisse des fonctions physiques, la perte du rôle social joué comme adulte, des changements dans l'apparence physique et un acheminement graduel vers une diminution des capacités (*MISHARA, RIEGEL, 1984*) » impactant notamment notre aptitude d'adaptation aux changements. Le vieillissement pathologique se caractérise ainsi par un vieillissement des fonctions neurologiques, physiologiques, physiques, sensorielles, psychomotrices et cognitives. Il associe pathologie, handicap et dépendance. Le vieillissement cognitif quant à lui renforce en particulier les difficultés à prendre des décisions et à s'adapter à une nouvelle situation.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit le vieillissement à travers à trois grandes catégories :

- ✓ *Celle du vieillissement dit « habituel » lié aux risques de développer des pathologies dues à l'âge et l'usure physique et/ou psychiques,*
- ✓ *Celle d'un vieillissement « réussi », pour lequel le maintien des capacités et de l'autonomie de la personne est effectif et contribue pleinement à préserver sa santé,*
- ✓ *Celle du vieillissement pathologique comportant souvent de manière précoce un grand nombre de facteurs de risques contribuant à une altération rapide et complexe de l'état général et de santé de la personne (divers troubles somatiques, affections cardio-vasculaires et psychiques, dépressions par exemple) (ZRIBI, 2017).*

La prise en compte du vieillissement de la population, ainsi défini, pousse à s'interroger sur les notions de dépendance et perte d'autonomie **(1.1)**, tout en prenant en compte le changement de regard relativement récent en France laissant peu à peu place à une approche holistique de la personne âgée **(1.2)**.

⁴ Autre nom du vieillissement normal, signifie les changements qui apparaissent avec le passage du temps dans les structures anatomiques, les changements physiologiques et psychologiques en l'absence de maladie, LAROUSSE

1.1. De la notion de dépendance à la prévention de la perte d'autonomie

Les Français (*comme la plupart des européens*) vivent en moyenne de plus en plus longtemps. Comme évoqué, l'allongement de l'espérance de vie résulte en grande partie d'une baisse de la mortalité, d'une amélioration des conditions de vie ainsi que du progrès médical et une meilleure prise en soins de nombreuses pathologies. Pourtant, cet allongement est synonyme pour de nombreuses personnes, notamment âgées, d'un risque ou d'une perte d'autonomie. Il n'existe pas un état unique de dépendance mais une multiplicité de situations parfois difficiles à repérer et à appréhender, qui sous-entendent d'apporter des réponses adaptées et individualisées sur le plan médical et social. Cela nécessite que les pouvoirs publics révisent périodiquement le cadre politique et législatif en faveur de nos aînés.

Pour mettre en place une politique sociale de prise en charge et d'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie, il est nécessaire à la fois de comprendre et d'étudier les facteurs de risque (**Annexe N° 4**) et de mesurer la sévérité de la dépendance. La grille nationale AGGIR est l'un des outils qui permet d'évaluer le degré de dépendance, en classant en 6 groupes dits "iso-ressources" (*GIR*) les personnes concernées. À chaque GIR correspond un niveau de besoin d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. La grille AGGIR s'intègre dans un référentiel d'évaluation qui permet de recueillir l'ensemble des informations nécessaires à l'élaboration du plan d'aide de la personne âgée. Ces points d'ancrage vont permettre d'apporter deux types de réponse en première intention : *le possible maintien à domicile ou l'institutionnalisation*.

Au-delà de l'aspect « facteurs de risques » et « mesure de la perte d'autonomie », l'intérêt de tels outils est de faire sens avec les politiques publiques et les enjeux en matière de santé publique. Ainsi, l'état a donc la responsabilité d'apporter des réponses en termes de prise en charge des personnes en perte d'autonomie (*on entend ici que les mesures prises peuvent concerner toute personne, qu'il s'agisse de la personne handicapée, de l'enfant ou de la personne âgée*) et la responsabilité d'organiser le parcours et la filière de soins (*ex : filière gériatrique*). Cette responsabilité porte à la fois sur l'offre socio-sanitaire territoriale (*dans la mesure où l'état lui-même est un acteur de l'offre*) que sur le volet de la prise en charge financière.

C'est pourquoi, la politique Grand Âge a dû évoluer et s'adapter pour répondre à une double problématique : *le vieillissement de la population en France et l'accroissement du niveau de dépendance, notamment des personnes âgées*, passant ainsi de la notion de vieillesse à celle de la dépendance pour, de nos jours, s'articuler prioritairement autour de la prévention de la perte d'autonomie.

1.1.1. De la notion de vieillesse à celle de la dépendance

Dans son ouvrage « *La Vieillesse* » (S. DE BEAUVOIR, 1970), Simone de Beauvoir dénonçait le regard négatif que la société française portait sur ses aînés : « *Les vieillards sont-ils des hommes ? A voir la manière dont notre société les traite, il est permis d'en douter ... La vieillesse est un secret honteux et un sujet interdit* ».

« *Le vieillissement est le fait de devenir vieux ; Ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort ; Affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge* » (LAROUSSE).

La vieillesse est souvent sujet tabou et synonyme de rupture : rupture avec le monde du travail, rupture dans les liens sociaux et familiaux, rupture due aux accidents de la vie, la maladie, parfois le deuil. Ce processus met en exergue un accroissement de la vulnérabilité et une réduction des capacités chez la personne, amenuisant les facultés physiques et/ou psychiques au détour de l'avancée en âge. Par le passé, la prise en charge des personnes vieillissantes (*vieillards*) relevait en 1^{ère} intention de la sphère privée et familiale ou parfois d'une solidarité de proximité (*notion d'assistance*). Les pouvoirs publics n'interféraient guère dans ce processus d'accompagnement dans l'âge. Cependant, les changements sociétaux et culturels (*fécondité, urbanisation, travail des femmes...*) ont significativement modifié les modes d'aide et de prise en charge des aînés dans la société, avec notamment la montée en puissance de l'action publique et l'intervention de l'état. Toutefois (*et encore aujourd'hui*) la famille continuera de jouer un rôle central (*de nos jours avec la place des aidants familiaux*). Ces changements ont poussé la société dans son ensemble et les pouvoirs publics à réviser la vision portée sur le vieillissement de la population et la réponse à apporter pour mieux prendre en charge la dépendance et plus largement aujourd'hui la lutte contre la perte d'autonomie.

Le regard des professionnels sur la place de la personne âgée dans la société (Verbatim) :

E2, Encadrement : « *La personne âgée a, socialement, à partir de l'âge de la retraite, une place prépondérante dans la société tant qu'elle est autonome, vivant chez elle, en tant que citoyen. A partir du moment où elle a besoin d'entrer en institution, la société ne lui laisse plus trop de place ; elle n'a plus une part assez active pour la société qui la considère à travers une vision négative (dépendance, perte de moyens... donc placement) ; elle devient un fardeau* ».

E3, Ergothérapeute : « *Des personnes qui ont vécu dans une époque avec des mœurs différentes, notamment sur l'hygiène, sur l'équilibre alimentaire... mais un changement s'opère, la nouvelle génération a des besoins différents (besoin de douche, alimentation différente, besoin davantage de lien social et d'activités...)* ».

E3, Ergothérapeute : « *La personne âgée participe davantage aujourd'hui (ex : monde associatif, investie dans le quotidien d'autres personnes de leur entourage, dans la vie dans la ville), elle se mobilise plus du fait de l'allongement de l'espérance de vie et certainement pour garder une certaine autonomie et un esprit 'jeune'* ».

Si les phénomènes de vieillissement et de dépendance ne sont pas nouveaux, ils deviennent de plus en plus préoccupants, obligeant les pouvoirs publics à réviser la politique Grand Âge, tant sur le volet prise en charge (*parcours de santé, de soins et de vie*) que sur le versant financier, la période de dépendance à prendre en charge étant de plus en plus longue. Cette dimension intègre donc aussi bien les ressources de la personne âgée (*et de son entourage*) que les conditions de vie (*ruralité, isolement...*). Réduire les inégalités entre individus face à ces phénomènes, préserver la santé et l'autonomie aussi longtemps que possible, accompagner voire anticiper le risque de perte d'autonomie et tenir compte de la transformation des liens sociaux intergénérationnels sont entre autres des objectifs que se sont fixés les politiques publiques en matière de Grand Âge.

Pour y parvenir, il faut tenir compte des évolutions de la société et des modifications profondes du besoin d'accompagnement, notamment au regard de la génération des babyboomers.

La génération des babyboomers, née juste après la Seconde Guerre mondiale, participe à l'accélération de cette transition démographique. Cette nouvelle génération de personnes âgées est précisément celle qui a eu 20 ans en Mai 68, se retrouvant à l'origine de mutations sociales radicales guidées par les idéaux de liberté et d'autonomie (*faire valoir ses droits*). Comment imaginer que cette génération puisse se résigner à vivre sa vieillesse à l'identique des générations qui l'ont précédée ? sans s'exprimer et affirmer ses choix, sans avoir le droit de définir son lieu de vie... un lieu de vie pas forcément traditionnel (*domicile*), mais où l'on se sent chez soi (*EHPAD de demain, habitat alternatif selon le degré de dépendance...*) ! (**Haut-Commissariat au plan ; Think Tank Matières Grises, 2023**)

Le regard des professionnels sur la place de la personne âgée dans la société (Verbatim) :

E5, APA : « Dire qu'à partir de 60 ans, on est considéré comme personne âgée, c'est un peu dur ! mais la représentation de la personne âgée dépend vraiment de ses conditions physiques et psychiques, ce qui vient modifier le regard des autres. Ce n'est pas toujours la réalité, parfois des personnes de plus de 95 ans sont très bien ».

« On retrouve les personnes âgées dans différents groupes sociaux, des ateliers, des activités intergénérationnelles ; ils ont davantage la capacité à s'ouvrir sur la société qu'avant ».

« L'image de la personne âgée n'évolue pas beaucoup, on est toujours sur des clichés ; le regard n'a pas vraiment changé mais ce sont les personnes âgées qui modifient leurs habitudes et n'hésitent pas à aller chercher ce dont elles ont besoin (loisirs, culture...). En réalité, c'est la personne âgée qui fait la démarche de s'ouvrir et de s'inclure dans la société d'aujourd'hui ; à défaut, elle reste dans un cercle fermé, isolée ».

E6, Corps médical : « Si on est trivial, elle n'a plus sa place ; les plus de 75 ans sont considérés comme des éléments de la société qui n'apportent plus rien ; vous n'avez plus de statut social. [...] Vous êtes ce que la société n'a pas envie de voir, vous arrivez dans les EHPAD et c'est la double peine : vous avez mal vieilli et on vous regarde en disant : ah, les vieux des EHPAD !!

On renvoie une image qui signifie que ces personnes ne sont plus dignes et qu'économiquement elles sont un poids pour la société. Il y a quand même un changement qui s'opère ; les personnes âgées s'autorisent à être vieux, à sortir, à ne pas trop bien marcher mais à être dehors [...] ».

1.1.2. D'une gestion basée sur la dépendance à une focale plus élargie, celle de la prévention de la perte d'autonomie

Le rapport LAROQUE (1962)⁵ met en évidence l'accroissement de la population âgée dans la société. Sur cette période, la politique vieillesse se caractérise par des modifications profondes de la protection sociale, une assistance plus prononcée envers les plus démunis (*l'aide sociale*) et une garantie de ressources (*le minimum vieillesse*).

P. LAROQUE insiste sur l'importance de repenser la politique vieillesse en place pour aller davantage vers une politique plus globale, avec la nécessité de maintenir la personne âgée dans son lieu de vie aussi longtemps que possible, avec des moyens matériels et services adaptés (*aide à domicile, adaptation des logements...*) et ce avec déjà la notion de préserver / prévenir la perte d'autonomie. Ce n'est pourtant que dans les années 1990, que le développement d'une politique plus globale, attachée à faire apparaître la notion de dépendance, a été observé. Une **prestation spécifique dépendance (PSD)** a été mise en place dans le but de compenser la perte d'autonomie des personnes âgées (*décret d'application en 1997*). Cette première initiative a donné lieu, quelques années plus tard, en 2001, à la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), destinée à toute personne de plus de 60 ans, résidant en France et qui se trouve être dans l'incapacité d'assumer les conséquences liées au manque ou perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

La loi 2002-2 créant juridiquement les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et la loi du 29 décembre 2015 supprimant entre autres le reste à charge (RAC) pour les frais de prise en charge de la perte d'autonomie pour les personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ont été de réelles avancées. Elles ont pourtant été souvent jugées comme des mesures prises sous l'effet de l'urgence en réponse à des difficultés déjà existantes et connues par les pouvoirs publics. Ainsi, plusieurs projets de « grandes » lois ont été évoqués successivement (**Annexe N° 5**), devant venir modifier les politiques publiques en faveur des personnes âgées. Cependant, même s'il existait une prise de conscience quant à la nécessité d'augmenter l'effort public, de réelles modifications ne seront constatées qu'à partir de 2003, année de crise sanitaire due à la canicule et au nombre important de décès cette année-là (*renvoie à la création d'une journée de solidarité nationale en faveur des aînés*). Dans ce cadre, il est créé un **plan Solidarité Grand Âge** (*succède au plan vieillissement et solidarités*).

Dans les années 2000, la notion de dépendance commence à faire défaut et « résonne » comme un concept stigmatisant, faisant l'objet de vives critiques notamment par les professionnels. Les pouvoirs publics prennent conscience de ces critiques et transforment la notion de dépendance en notion d'autonomie, même si le terme « dépendance » reste encore régulièrement employé.

⁵ Rapport LAROQUE, *réédité en 2014*

Parallèlement, la maladie d'Alzheimer (*et maladies apparentées*) prend de l'ampleur et devient un réel sujet de santé publique (*plus de 800 000 personnes au début des années 2000*).

L'émergence de cette pathologie lourde de conséquences pour le quotidien des personnes et leur entourage va pousser les pouvoirs publics à publier un **plan spécifique Alzheimer**, qui sera suivi dès 2004 par de nouveaux plans (*plan 2004 - 2007 ; plan 2008 - 2012*).

Il faudra attendre 2012 pour qu'une annonce soit faite sur la réforme de la dépendance ; en effet, sous N. SARKOZY, différents groupes de travail seront mis en place pour repenser ces deux notions et faire évoluer les écrits vers une approche globale de la perte d'autonomie, les actions menées jusque-là restant très centrées (*voire limitées*) à l'activité physique et la nutrition.

La **Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement** (*dite ASV*) de 2012 (*votée en 2015*) a permis d'opter pour une approche plus globale du vieillissement de la population, notamment en mettant l'accent sur la nécessité de prévenir cette perte d'autonomie et la dépendance des personnes accompagnées, en considérant l'avancée en âge comme une étape à part entière de la vie d'une personne. La prise en compte des fragilités et le repérage anticipé des risques sont mis en exergue à travers ce nouveau texte réglementaire. La LOI ASV a également permis de mettre en avant (*au-delà de la mise en place des maisons départementales de l'autonomie et de la revalorisation de l'APA*) des actions en faveur du proche aidant (*reconnaissance juridique, droit au répit, plans d'aide - hébergement temporaire - aides à domicile supplémentaires...*), de nouvelles dispositions au regard de l'environnement (*logement*) et la mise en ligne d'un portail spécifique « personnes âgées »⁶ afin de renforcer le droit à l'information et de rendre plus lisible les typologies d'accompagnement possibles sur un plan national et local.

Un **plan national d'actions de prévention de la perte d'autonomie** se trouve ainsi rattaché à la Loi ASV, prônant un certain nombre d'axes de travail dont :

- 1. préserver l'autonomie (éduquer à la santé, développer une culture de l'autonomie tout au long de la vie),**
- 2. prévenir les pertes d'autonomie évitables au cours de l'avancée en âge (repérer les facteurs de risque de la fragilité et de la fragilité installée, à domicile ou en établissement),**
- 3. éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité,**
- 4. réduire les inégalités sociales et territoriales de santé,**
- 5. former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie.**

Ainsi dès 2015, la notion d'approche globale prend sens notamment par le renforcement de la prise en compte de la personne dans son ensemble, du lien social et de l'environnement dans lequel elle évolue.

⁶ Ce portail « Personnes âgées » met à disposition des personnes âgées et de leurs proches une palette d'informations pratiques concernant leurs droits et les solutions d'accompagnement pour faire face à une situation de perte d'autonomie (articles, annuaires, simulateur, vidéos...). Ce site est également utilisé quotidiennement par les professionnels qui les côtoient.

L'approche du vieillissement uniquement à travers la notion de dépendance commence à laisser place à la notion de prévention de la perte d'autonomie, avec une reconnaissance plus prononcée de la place des aidants. On y retrouve les notions d'anticiper, d'adapter et d'accompagner.

En 2019, à travers le **rapport LIBAULT (LIBAULT, 2019)**, issu d'une vaste concertation nationale ⁷, plus de 10 actions clés ont été formalisées pour passer d'une gestion de la dépendance au concept de soutien de l'autonomie (*changement de prisme sur le grand âge*). Ce rapport rappelle les recommandations de l'OMS : « vieillir en santé, c'est garder ses fonctions ⁸ et conserver son identité ». Au cœur de ces propositions, on retrouve celles de prévenir la perte d'autonomie (*prévention*) avec la nécessité d'un changement de regard sociétal sur le vieillissement.

Ainsi, l'objectif de renforcer l'espérance de vie en bonne santé en consolidant la prévention est devenu une priorité, avec la reconnaissance que toute action de prévention a nécessairement des effets positifs sur la condition physique et cognitive des personnes âgées (*priorité 8 du rapport*) : *modifier les regards, les préjugés, les pratiques professionnelles... afin de passer d'un système curatif vers un modèle davantage préventif.*

Dans l'introduction de son ouvrage, Dominique LIBAULT affirme « *qu'un nouveau regard sur le grand âge est indispensable : inclusion et autonomie doivent être les maîtres mots* ».

Mme Agnès BUZYN, dans l'édito du dossier de presse (**BUZYN, 2019**) consacré au rapport LIBAULT, disait : « *Le rapport met en lumière l'ampleur du défi que nous devons relever ensemble. La société française de 2050, dans laquelle près de 5 millions de Français auront plus de 85 ans et dans laquelle le nombre d'aînés en perte d'autonomie aura presque doublé, cette société se construit aujourd'hui. [...] Mon ambition, c'est de ne plus laisser les personnes âgées et leurs proches désemparés, et de ne plus les condamner à l'improvisation dans l'urgence. Mon ambition, c'est de faire des métiers du grand âge ce qu'ils doivent être : une filière d'avenir, reconnue pour son utilité sociale majeure. Mon ambition, c'est de faire du grand-âge ce qu'il doit être fondamentalement : un moment privilégié, serein et apaisé [...]* ».

Il en ressort entre autres que des thématiques telles que la nutrition, l'activité physique, la prévention des chutes, l'hygiène bucco-dentaire, le maintien de l'autonomie... demeurent et/ou deviennent prioritaires. Un renforcement de l'engagement et des actions menées par l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la personne âgée est prôné, sous l'égide que le « nouveau » système de santé doit pleinement intégrer la prévention sur l'ensemble de ses champs d'intervention et ainsi reconnaître la perte d'autonomie comme un risque de protection sociale à part entière.

⁷ 10 ateliers nationaux, 5 forums régionaux, une consultation citoyenne ayant recueillie plus de 1,7 million de votes pour 414 000 participants, 100 rencontres et des groupes d'expression de personnes âgées, professionnels et aidants

⁸ Fonctions qu'il identifie au nombre de 5 à préserver : la mobilité, la mémoire, les sens, les caractéristiques psychosociales et enfin l'état nutritionnel des âgés.

Dernièrement, le sujet de la perte d'autonomie a été inscrit à l'ordre du jour du **Conseil National de la Refondation** mis en place le 8 septembre 2022 par le Président de la République. Cette nouvelle méthode de concertation, intitulé « **La Fabrique du bien vieillir** », a pour objectif de co-construire avec les citoyens eux-mêmes, les professionnels et l'ensemble des acteurs du champ du Grand Âge, un nouveau plan d'actions, qui se veut concret et opérationnel. Il doit faire l'objet d'une communication à l'échelle nationale sur le 2^{ème} semestre 2023.

Ces futures dispositions ont vocation à améliorer la vie de nos aînés par une approche globale (*vision holistique de la personne âgée*) en adaptant la ville et les territoires (*actions sur l'habitat, les transports...*), en mobilisant l'ensemble des acteurs autour d'un sujet de santé publique d'ampleur à travers une vision partagée et des actions communes (*détection des fragilités, harmonisation des pratiques...*). Modifier le regard porté sur le vieillissement et l'injonction du « **bien vieillir** » parfois caractérisée (*âgisme versus jeunisme*), maintenir à domicile le plus longtemps possible (*recul du placement en institution*) sont les objectifs qu'il convient de poursuivre.

1.2. Une approche holistique de la personne âgée

Le rapport LIBAULT a pour objectif de changer le regard sur le grand âge en réaffirmant notamment la citoyenneté, la dignité et le droit au libre choix de la personne âgée sur son devenir et l'expression de ses besoins (*5 grandes orientations et 145 propositions*). Ainsi placé au cœur des débats, le principe de recentrer la personne au centre des décisions et du choix des priorités d'actions à mener, semble être un concept nouveau sur lequel les usagers et les professionnels s'accordent à reconnaître l'utilité. L'autonomie de la personne devient le sujet d'une nouvelle stratégie nationale, territoriale et locale.

Pour rappel, la notion d'autonomie renvoie à l'étymologie autos : « soi-même » et « lois » et désigne la capacité, la liberté, le droit d'établir ses propres lois ainsi que la capacité de se gouverner soi-même. Elle englobe les capacités intellectuelles, cognitives et motrices, elle suppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir, de choisir et la liberté et capacité d'agir, d'accepter ou refuser en fonction de son jugement (**WARCHOL, 2012**). Même si le sujet de mémoire est centré sur la personne âgée, il paraît intéressant de souligner que la perte d'autonomie ne concerne pas uniquement nos aînés ; en effet, la dimension de la perte d'autonomie est bien plus globale et doit être prise en compte dès le plus jeune âge. Etre jeune n'est pas toujours synonyme de bonne santé et de bien-être. Maladies et handicaps peuvent interférer tout au long de la vie.

Ainsi, la prévention de la perte d'autonomie est une dimension qui doit être pensée dans le cadre d'une démarche holistique, adaptée à tout âge de la vie (*pallier*), à travers la prise en compte d'un ensemble de facteurs qu'ils soient sanitaires, sociaux, médico-sociaux ou environnementaux et ce dans une démarche transversale qui implique l'ensemble des acteurs publics. « Prévenir » revient à intégrer la notion de santé globale « *One Health* », à tout âge de la vie et bien en amont de l'avancée en âge (**CESE, 2023**).

Cette conception holistique regroupe la santé physique, la nutrition, les émotions, le mieux-être social, la spiritualité, la curiosité intellectuelle, l'autonomie financière et l'environnement de la personne. Cela sous-entend qu'il devient nécessaire de ne plus raisonner en silo mais de prendre dans leurs dimensions globales l'ensemble des **déterminants** (*sociaux, culturels, comportementaux, économiques...*) ainsi que le regard des autres et la notion de diminution de soi. Cette approche nécessite que l'ensemble des politiques publiques se coordonnent et puissent collectivement apporter des réponses pour prévenir la perte d'autonomie (*Politique de santé publique, Politique du logement, Politique de l'emploi...*).

L'approche holistique de la personne âgée selon les professionnels interrogés (*Verbatim*) :

E3, Ergothérapeute : « Il s'agit de voir la personne âgée dans son ensemble et dans différents environnements, pas que celui de l'EHPAD ; être l'ami de quelqu'un, une personne qui est accompagnée et qui accompagne ; une personne avec un parcours de vie, riche, des activités, des hobbies... et qu'il faut prendre en compte dans sa prise en charge ».

E2, Encadrement : « Aujourd'hui, on prend en charge la personne de façon « saucissonnée » lié au fait que l'on réagit et prend en charge avec une vision encore trop sanitaire. On oublie son environnement premier, son passé, son entourage... C'est encore loin de nos pratiques quotidiennes, même si l'intention est là ».

E5, APA : « J'entends ce terme, mais j'ai du mal à le définir en réalité ; Je pense qu'il s'agit de la vision globale de la prise en charge ; Mes pratiques, à ce jour, me pousse à m'interroger sur le ressenti de la personne, j'essaie de me mettre à sa place ; il ne faut pas que chaque professionnel résonne uniquement à travers son champ de compétence et d'intervention mais d'une manière globale, en tenant compte du social, de l'environnement, du moral du jour de la personne accompagnée.... s'intéresser à son passé... toutes ces informations nous permettent d'adapter au plus près nos pratiques. On ne peut pas prendre en charge une personne (âgée ou non) comme si c'était un numéro, mais au contraire prendre le temps d'établir une relation de confiance, prendre le temps d'échanger, d'expliquer nos actions/soins, de recueillir ses besoins.... C'est parfois ce qui manque aux équipes souvent par manque de temps ».

E1, Ergothérapeute : « Une vision globale ! on a souvent tendance à se concentrer sur le côté fonctionnel, et ne pas prendre en compte le côté social, environnemental... de la personne. On parle souvent par exemple de l'isolement des personnes au domicile mais rarement de l'isolement des personnes en institution, or c'est un réel problème. Sans rentrer dans l'intimité de la personne, c'est pouvoir bénéficier d'un maximum d'informations sur son vécu, ses habitudes, ses envies, ses besoins, ses liens sociaux... pour mieux répondre à ses besoins de demain ».

Pour garder à l'esprit et mettre en œuvre cette approche holistique, plusieurs outils se mettent en place ces dernières années, outils qui peuvent selon leur nature ou leur orientation, impacter directement la personne âgée, son entourage et les acteurs engagés dans ce domaine.

Il semble difficile d'établir une liste exhaustive, mais certaines actions plus prégnantes méritent d'être mises en exergue. Ces actions peuvent être regroupées comme suit :

- ✓ celles mobilisant directement la personne âgée (*son entourage*) et celles mobilisant les professionnels de santé,
- ✓ celles mobilisant les tutelles et les structures d'accueil (*ou services à la personne*).

1.2.1 La mobilisation de l'utilisateur versus la mobilisation des professionnels

Concernant la **personne âgée et son entourage** dans la prévention de la perte d'autonomie, on peut souligner en premier lieu l'impulsion par les pouvoirs publics de donner davantage d'importance à la participation active et expression de l'utilisateur. On peut ici évoquer en particulier le **renforcement du rôle du Conseil de la Vie Sociale** (*décret du 25 et 28 avril 2022*) et faire état de toutes les démarches entreprises pour faciliter l'expression et la participation des usagers (*accueil personnalisé, participation effective au projet personnalisé individualisé, dispositifs de recueil d'opinion... et l'animation*).

Il semble intéressant de porter notre regard sur la notion d'**empowerment** (*pouvoir d'agir ou autonomisation*⁹), processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action, de s'émanciper, d'accroître le contrôle sur sa vie. L'empowerment peut revêtir plusieurs formes : individuelle (*construction d'une estime de soi et d'une conscience critique ; acquisition de compétences*), collective (*reconnaissance de groupe*) et politique (*action sociale qui permet de modifier les attitudes et guide les pratiques*). Cette notion était déjà présente au début des années 1970 dans certains mouvements sociaux d'autres pays, notamment chez les féministes engagés contre les violences faites aux femmes et la pauvreté (*États-Unis, Asie du Sud*). Ce processus est vu comme une prise de conscience des femmes et comme un pouvoir d'agir collectivement pour modifier (*transformer*) une problématique pensée individuelle en problématique collective.

C. BIEWENER et MH. BACQUE notent dans leur ouvrage (**BACQUE, BIEWENER, 2013**) que la notion d'empowerment apparaît au cours des années 2000 en France comme « modèle-type de démocratie participative ».

Ce processus a tout d'abord été utilisé en France à travers l'intervention des travailleurs sociaux, impliquant une transformation de la relation entre le professionnel et l'utilisateur. Elle a permis de redéfinir le rôle du travailleur social auprès de la personne aidée non pas comme « bienfaiteur - décideur » mais comme un « collaborateur » voire un « partenaire » dans les décisions et l'accompagnement au quotidien.

⁹ Terme recommandé par l'Office québécois de la langue française (OQLF) depuis 1998 et par la Commission d'enrichissement de la langue française en France depuis 2005

La participation de l'individu suppose donc un engagement individuel, mobilisant ses compétences, ses connaissances et surtout ses aptitudes (*aptitude à penser, aptitude à décider...*), tout en laissant la possibilité d'être accompagné (*aidant, personne de confiance, tuteur...*). Aujourd'hui, ce concept s'étend davantage et touche la sphère des soins et l'accompagnement en santé, permettant de questionner les interactions (*par exemple entre médecin, paramédicaux, tuteur, proche aidant et la personne accompagnée*) et d'adapter ainsi les prises en charge/soins avec plus de singularité (*centrée sur la personne*).

Bien que les causes soient multifactorielles, la dépendance notamment liée à la perte d'autonomie, conjuguée avec l'avancée en âge, semble être perçue comme un déterminant que l'on pourrait qualifier de « *perte de contrôle* ». En ce sens, le soutien et la promotion de l'empowerment permet de renforcer un cadre de référence de l'accompagnement des aînées en situation de dépendance, en rappelant fermement les droits de l'utilisateur en tant que personne à part entière et en tant que citoyen. Les politiques s'approprient en France ce concept surtout depuis la Loi 2002-2 et la Loi ASV de 2015, renforçant ainsi l'ensemble des principes autour de la démocratie en santé.

On peut également faire référence ici à la notion de **littératie en santé**. Les personnes âgées sont confrontées à des besoins en santé grandissants avec, en moyenne, des difficultés plus importantes que le reste de la population pour accéder aux informations de santé, pour les comprendre, les évaluer et les utiliser (*fracture numérique et isolement social*). En Belgique, un travail autour de plusieurs fiches, dont la fiche N° 6 LISA (*diminutif de Littératie en SAnté*) (**Culture et santé, 2019**), a été initié pour permettre d'apporter un éclairage sur les enjeux spécifiques, les leviers et les freins de la littératie en santé chez le sujet âgé. Cette fiche a pour objectif de sensibiliser et soutenir les professionnels du social et médico-social aux particularités qu'ils rencontrent aux côtés des aînés. Elle propose également des pistes d'actions qui valorisent l'approche collective et participative.

En France, la littératie en santé est définie comme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé. Le niveau de littératie en santé est défini par Santé Publique France comme préoccupant et serait donc un axe majeur de santé publique. Selon la dernière étude menée par la DREES (**DREES, 2023**) (*à partir d'une enquête santé européenne de 2019*), 11 % des personnes rencontrent des difficultés en littératie en santé, ces dernières étant majoritairement répandues parmi les seniors de plus de 75 ans, les personnes modestes et les moins diplômées.

La proportion de personnes ayant des difficultés augmente significativement pour les adultes dès 65 ans. Les compétences cognitives ou psychosociales font parties des premiers facteurs de risque, au même titre que le niveau d'études, le statut social et la maîtrise de la langue (*Cf. portail personnes âgées mis en place par le gouvernement*).

Sur le **versant professionnels de santé**, les éléments majeurs en la matière se centrent essentiellement sur trois aspects :

- ✓ la **formation** des professionnels pour répondre efficacement aux besoins individuels et collectifs,
- ✓ le questionnement au long court des **pratiques professionnelles**, l'adaptation entre théorie et pratique,
- ✓ le **déploiement de coopération sur le territoire** pour rendre les approches et les prises en charge cohérentes et partagées.

La formation, l'analyse des pratiques et l'échange entre pairs permettent d'accompagner les professionnels dans le repérage des fragilités et la prise en charge de la perte d'autonomie. Distinguer le soin curatif du préventif, estimer l'impact sur le quotidien de la personne âgée, savoir faire remonter les informations vers d'autres intervenants (*famille, médecins, acteurs du domicile, aidant, tuteur...*) et participer pleinement au projet de vie et de soins, sont des objectifs à atteindre dans nos institutions. Ainsi, les compétences des professionnels doivent régulièrement être développées, ajustées et évaluées afin de faire face ; les professionnels sont souvent démunis et se reposent sur la base d'apports théoriques, parfois datant de leur formation initiale. La mise en situation, à travers l'étude de situations vécues au travail et à partir de différentes expérimentations, permet bien souvent aux professionnels de dédramatiser, de prendre conscience de manière plus concrète des difficultés de la personne âgée (*ses limites*) et d'adapter au plus proche l'accompagnement ou le soin pour répondre à un besoin personnalisé.

On retrouve de manière prégnante cet enjeu de formation dans l'axe 5 « *Former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie* » (enjeu n°9 : « *Faire de la formation des professionnels un levier transversal pour la mise en œuvre des autres mesures du plan de prévention* ») du plan national de prévention de la perte d'autonomie de 2015.

Le niveau et besoin de formation selon les professionnels interrogés (Verbatim) :

E1, Ergothérapeute : « *La question du « temps » ressort en permanence ; le personnel dans l'ensemble est formé mais pas spécialisé. J'entends par là qu'ils ont une multitude de connaissances de par leur formation initiale mais que celles-ci restent trop générales et ne sont pas adaptées au type de population prise en charge* ».

« *Les professionnels arrivent dans un EHPAD avec un socle de formation trop généraliste, or un EHPAD n'est pas un secteur comme un autre* ».

E5, APA : « *La culture de prévention représente l'intégration de la prévention dans la pratique au quotidien ; en amont d'un risque, c'est aider le professionnel à intégrer cette dimension dans les actes courants, de manière naturelle. Faire connaître les principes pour mieux agir et accompagner ; être capable de dépasser les acquis issus de la formation initiale pour adapter les prises en charge. Ce principe se rapproche de la protection* ».

E6, Corps médical : « *La culture de prévention, c'est un vrai point positif ; on prévient sans attendre que la personne soit âgée, malade, dépendante ; on prévient en mettant en amont des actions qui vont permettre de repousser la dégradation (même si elle est inéluctable). C'est prolonger le « bien vieillir » ou le « pas mal vieillir » [...]. La culture de prévention entre pairs passe par la formation, mais une formation au sein d'une équipe dans sa globalité ; il faut que ça devienne une philosophie ; le soignant a appris à réaliser des actes, et si cela ne va pas assez vite, il fait à la place de... c'est ça qui doit changer ! [...]* ».

On peut aussi souligner que l'acquisition de bons réflexes, personnalisés dans la prise en charge au quotidien des personnes, est vecteur d'une organisation plus performante (*planification et déroulement des actions nécessaires, adaptation du temps au regard du projet de vie, apprendre à laisser faire la personne plutôt que de faire à sa place...*).

La culture de prévention selon les professionnels interrogés (Verbatim) :

E4, Diététicien : « C'est toute une démarche que les professionnels doivent s'approprier pour en assurer une large diffusion ; la difficulté réside dans le fait de voir le résultat sur le moyen ou long terme ; par exemple, lorsqu'on met en place des évaluations de lever du résident, on constate que les équipes partent du principe que le résident peut faire ou non (raisonnement assez binaire) il n'y a pas d'entre deux et la mise en place d'aide intermédiaire.

Les équipes ont l'impression que ça va leur prendre beaucoup de temps. Elles n'arrivent pas à évaluer le bénéfice si elles changent leurs pratiques au quotidien. Le plus compliqué, c'est de leur expliquer que ça va prendre peut-être un petit peu de temps au début, mais pour finir, on va gagner en termes d'autonomie.

Ça tend toutefois à évoluer dans le bon sens ».

« Il faut davantage de travail en équipe, une pluridisciplinarité et que chacun puisse faire connaître son champ de compétences et d'intervention à l'autre. Il faut comprendre, accepter et véhiculer la nécessaire complémentarité de nos métiers dans la prévention de la perte d'autonomie (lien Kiné, ergo, APA, soignants...) ».

E3, Ergothérapeute : « Les professionnels sont en demande de solutions, de connaissances... pour améliorer les PEC ; ont besoin d'être éclairé sur certaines pathologies ou techniques pour mieux aborder le vieillissement et la perte d'autonomie. Mais le temps nécessaire à la culture de prévention n'est pas assez formalisé et ne s'inscrit pas dans le quotidien des professionnels ; on fait d'abord l'acte de soins et si on a le temps, on peut envisager de faire de la prévention ».

Ainsi même si le temps nécessaire à consacrer à l'évaluation des pratiques et le partage entre pairs est, encore de nos jours, sous-estimé et que peu de marges de manœuvre s'offrent aux agents pour intégrer ces dispositifs au quotidien, il est important de renforcer les actions en faveur des professionnels. C'est d'ailleurs sur la base des rapports de Dominique Libault et de Myriam El Khomri, qu'un **plan de 37 actions pour les métiers du grand âge et de l'autonomie (BORNE, BOURGUIGNON, 2021)** a été initié s'articulant entre autres autour de la formation, la réduction de la pénibilité au travail, le renforcement de moyens humains et l'attractivité des métiers du Grand Âge.

1.2.2 La mobilisation des tutelles et des structures de santé

Les **acteurs** participant, sous une forme ou sous une autre, à la prise en charge de la prévention de la perte d'autonomie sont très nombreux (*conseils départementaux, caisses de retraite, agences régionales de santé, caisses primaires d'assurance maladie, agence nationale de l'habitat, communes et départements, conseils régionaux, bailleurs sociaux, mutuelles, associations nombreuses...*) et la coordination n'est pas si évidente laissant souvent les personnes âgées, leurs proches et les professionnels confrontés à une multitude d'interlocuteurs.

Pourtant des sujets consensuels, tels que la prévention des chutes, le maintien à domicile ou la lutte contre l'isolement sont au cœur des orientations menées par ces acteurs. A titre d'exemple, la Cour des Comptes, dans son rapport de novembre 2021, évoque que les chutes sont la cause de plus de 10 000 décès par an de personnes de plus de 65 ans (*Entités et Politiques Publiques, 2021*).

Pour répondre efficacement aux besoins en matière de prévention de la perte d'autonomie et de réadaptation, dans ce même rapport, la Cour des Comptes évoque, malgré toutes les avancées majeures qui ont pu émergées ces dernières années, que l'offre de prévention reste cependant inégalitaire et dispersée selon les territoires. Dans ce cadre, elle préconise de graduer cette offre sur 3 niveaux :

- ✓ Une information plus générale grand public avec des campagnes nationales et territoriales et la possibilité pour les usagers d'avoir recours à des plateformes téléphoniques d'information,
- ✓ La mise en œuvre d'une politique « d'aller vers », avec une intervention privilégiée de professionnels formés à la prévention directement au domicile,
- ✓ La mise en place d'un plan d'aide renforcé pour les personnes les plus isolées.

Pour illustrer l'intervention des pouvoirs publics, on peut ici faire référence, à travers la Loi de Financement Sécurité Sociale 2023, à la mise en place de « **rendez-vous de la prévention aux âges clés de la vie** ». Ces rendez-vous ont pour objectif de renforcer l'accès à des consultations de prévention et/ou des séances d'information, d'éducation pour la santé, de promotion de la santé et de prévention (*APM NEWS, 2023*). Ces consultations permettront de mieux repérer les situations critiques (*isolement, absence de prise en soins et d'accompagnement...*) pour la personne (*dès 40-45 ans et durant l'avancée en âge*) mais également de repérer les risques liés à la situation de proche aidant. « *Le contenu du rendez-vous doit être adapté à l'âge de la personne et à ses priorités, et prendre en compte les habitudes de vie comme l'activité physique, l'alimentation, les addictions, la santé mentale, l'environnement personnel. Il est souhaitable de mettre en place une gouvernance territoriale pour la mise en œuvre d'amont et d'aval du dispositif de prévention ainsi qu'un comité de pilotage associant des acteurs nationaux, des acteurs territoriaux, et des usagers afin de structurer le système d'information et l'évaluation du dispositif et des actions de prévention* » (*Haut Conseil de la Santé Publique, 2023*).

Ainsi, les thématiques comme la pratique d'une activité physique de manière régulière, la lutte contre la sédentarité et la promotion d'une alimentation équilibrée seront des points d'ancrage aux échanges entre professionnels et personne accompagnée lors de ces consultations (*facteur de prévention de la perte d'autonomie et développement des maladies chroniques et neurodégénératives*). Le renforcement d'actions autour de ces sujets nécessite forcément que les professionnels de santé eux-mêmes soient parties prenantes et que leur participation effective pour lutter contre la perte d'autonomie soit également cadrée et accompagnée par des mesures gouvernementales.

Quant aux **structures de santé** (EHPAD...), plusieurs alternatives s'offrent à elles. Un certain nombre de méthodes, d'outils et de labellisation ont vu le jour ces dernières années. Là aussi il semble difficile d'être exhaustif tant les différentes mesures prises peuvent être à géométrie variable. On peut toutefois aborder dans ce cadre, la possibilité pour les établissements, de **contractualiser** avec les tutelles autour de **sujets innovants et porteurs d'alternatives** à une prise en charge dite traditionnelle.

Pour rester dans l'esprit d'une prise en charge centrée sur la personne (*modèle holistique*), on peut, à titre d'exemple, évoquer la méthode **Montessori**. Cette méthode basée sur le repérage et la prise en compte des besoins fondamentaux de la personne est conçue pour adapter les pratiques à la personne âgée et non l'inverse. Elle permet d'améliorer la qualité des soins et mettre en avant le bien-être de la personne accueillie. A travers une vision positive, valorisant l'autonomie et l'utilité sociale, cette approche permet aux professionnels de l'institution d'avoir une meilleure compréhension de la maladie, d'adapter les différentes approches de soins et d'avoir recours à d'autres alternatives, comme les **interventions non médicamenteuses**.

Ainsi par le déploiement d'outils / projets en interne, l'établissement contribue à la prévention de la perte d'autonomie comme : développer des projets autour du manger-mains (*le résident peut s'auto-alimenter sans dépendre de l'assistance d'un soignant*) ou être porteur d'une stratégie autour du projet personnalisé (*tant sur la quantité de projets réalisés que sur la qualité des informations contenues dans ce dernier*) ...

Le **projet personnalisé** est un outil qui allie l'expertise de l'ensemble des professionnels et qui permet de fédérer les acteurs autour d'un accompagnement individualisé et adapté, ainsi « soigner et prendre soin » prend tout son sens.

Le regard des professionnels interrogés (Verbatim) :

E5, APA : « On ne devrait pas avoir besoin de mettre en place des concepts / outils du type Humanitude, Montessori ; ces pratiques devraient être naturelles et incluses directement dans nos modes de prise en charge. On voit que les formations sont trop orientées sur les actes de soins, n'intègrent pas assez les notions plus large type prévention, maintien de l'autonomie d'une personne (âgée ou non). »

« Ces concepts sont un plus pour éclairer les professionnels mais sont difficilement applicables au quotidien et surtout à maintenir dans le temps ; souvent faute de temps et de ressources humaines, les pratiques classiques reviennent ; ça génère souvent des frustrations chez les professionnels qui ont eu à cœur de découvrir et mettre en place de nouveaux dispositifs. Peut-être faudrait-il agir davantage sur le contenu des formations initiales ».

D'autres mesures telles que la mise en place d'une politique de lutte contre la **maltraitance**, une **diversification de l'offre d'hébergement** (*hospitalisation temporaire, accueil de jour, accueil de nuit*), la mise en place de **services à destination des aidants** (*plateforme de répit*) sont autant d'actions que l'institution se doit de mener et d'intégrer dans son projet d'établissement (*projet de pôle / service*).

Il est entendu que l'ensemble de ces mesures doit s'inscrire dans une logique territoriale et prendre naissance à travers un diagnostic territorial partagé (*analyse des besoins sociaux en lien avec les tutelles et les acteurs locaux*).

Elle peut aussi au-delà du processus classique d'évaluation interne / externe (*certification*) rentrer dans des dispositifs de **labellisation** (*type Humanitude*), bien que parfois ces concepts soient discutés.

D'une manière générale, la structure d'accueil doit être porteuse de projets et pour cela assurer une veille concernant les appels à projets émanant de l'ARS ou du Département. C'est dans ce cadre, que l'ARS Grand Est a lancé un appel à projet, proposant aux établissements médico-sociaux qui le souhaitent, d'être porteur d'un **projet innovant et fédérateur**, permettant de répondre aux objectifs nationaux et territoriaux en matière de prévention de perte d'autonomie.

C'est dans ce contexte que la modélisation d'une équipe territoriale d'accompagnement des professionnels, dite « *ressource experte* » en matière de prévention de la perte d'autonomie et la promotion du « **bien vieillir** » a été pensée.

2. UNE EQUIPE MOBILE A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE, COMME REPOSE INNOVANTE A LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE LA PERSONNE AGEE

« Les personnes vulnérables sont celles dont l'autonomie, la dignité, et l'intégrité sont menacées ». « Sur la base de cette définition éthique de la vulnérabilité, on peut considérer que les personnes âgées, notamment en raison de leur état de santé (*confrontées aux maladies chroniques invalidantes, au déclin fonctionnel et à la perte de rôle social*), sont à risque de devenir vulnérables » (**KEMP, RENDTORFF, MATTSSON, BIOETHICS AND BIOLAW, 2000**). Cet état peut s'altérer rapidement du fait d'événements aigus liés à leur santé physique ou psychique, à des complications à la suite de maladies chroniques et/ou du fait de l'évolution naturelle de celui-ci. L'état de santé peut également être fragilisé par des événements liés à l'environnement : rupture des relations avec les proches (*déménagement, décès*), relation difficile ou mal vécue au sein de la famille, annonce d'un événement perturbant, cohabitation avec des résidents ayant des troubles graves du comportement et potentiellement dérangeants, problèmes financiers, etc.

L'ensemble de ces éléments contribuent pleinement au risque ou perte d'autonomie. Dans ce cadre, la prévention de la perte d'autonomie constitue, comme évoqué en amont, un axe central des politiques publiques mais également une préoccupation majeure des acteurs de proximité.

Elle a donc été réaffirmée au coeur du projet régional de santé, à travers deux axes stratégiques : réorienter la politique de santé vers davantage de prévention dans une démarche de promotion de la santé et améliorer l'accès aux soins et à l'autonomie des personnes âgées dans une logique inclusive. Cette analyse a conduit l'ARS à orienter certains appels à projets autour de deux thématiques jugées prioritaires sur le département :

- ✓ celle du renforcement de la promotion de la santé bucco-dentaire afin de prévenir les risques de dénutrition et de déshydratation, facteurs de perte d'autonomie ;

Cet axe a permis le déploiement d'une équipe mobile bucco-dentaire sur le GHT 2¹⁰, qui à ce jour, a réussi à déployer ses actions sur l'ensemble du territoire (**intervention sur plus de 17 établissements**),

- ✓ la nécessité de déployer des **ressources et des expertises** contribuant à la prévention de la perte d'autonomie de la personne âgée.

Ainsi dans le cadre d'un appel à projet « **Prévention en EHPAD** » en juin 2021, le Pôle EHPAD-USLD a proposé plusieurs pistes d'actions pour répondre aux enjeux identifiés en matière de prévention de la perte d'autonomie.

Celles-ci s'articulent autour de différents projets, tout d'abord celui de porter une équipe mobile de ressources et d'expertises (**2.1**) ayant pour mission de contribuer à la formation et au développement d'actions auprès des professionnels de santé. La mise en place de ce dispositif innovant s'inscrit parmi un ensemble de mesures (**2.2.**) permettant d'adapter au mieux les parcours de santé et renforcer la qualité des prises en charge des personnes accompagnées en perte d'autonomie.

2.1 Une équipe mobile pas comme les autres : un regard centré sur l'accompagnement des professionnels dans une logique partenariale

La prévention en établissement nécessite d'être accompagnée pour permettre un renforcement efficace et pertinent des actions de prévention en faveur des résidents et ce à travers les pratiques professionnelles et la qualité des prises en charge.

L'identification de « **services ressources** » à même de développer ces accompagnements est donc apparu naturellement comme une priorité pour le Pôle EHPAD-USLD, qui rappelons-le est l'établissement qui supporte et coordonne les projets partagés des ESSMS du GHT et de la filière gériatrique.

¹⁰ GHT 2 (GHT de Champagne) comprenant : Groupe hospitalier Sud Ardennes - CHRU Reims - CH Châlons-en-Champagne - CH Auban Moët à Epernay - CH Sainte Menehould - Etablissement public de santé mentale de la Marne - Hôpital de Fismes - Hôpital de Montmirail - Ehpads d'Ay - Ehpads de Château-Porcien - Ehpads de Saint-Germainmont - Ehpads de Vertus - Ehpads de Verzenay - Ehpads de Vienne-le-Château

Ainsi, la question du déploiement d'une **Equipe mobile Territoriale d'Accompagnement et de Prévention de la Perte d'Autonomie, dite ETAPPA**, s'est naturellement imposée dans le cadre de la stratégie territoriale !

L'objectif du projet est d'accompagner les EHPAD et SSIAD publics et privés dans le repérage et le développement d'actions collectives de prévention et la diffusion de la culture de prévention par la création d'une équipe d'experts disposant d'un rôle d'accompagnement et de formation des équipes soignantes en place (*repérage de situations à risques et/ou difficultés des résidents ; orientation vers les bonnes pratiques professionnelles et apporter un nouveau regard à travers des ateliers, simulations... ; co-construction d'un plan d'action spécifique à la structure ; mise en place d'ateliers autour des aides techniques...*). D'une manière générale, l'ETAPPA :

- ne réalise pas de soins, ne délivrera pas d'avis individuels, mais pourra prendre appui sur une situation ayant posé problème à la structure partenaire pour mettre en place un atelier d'éducation à la santé et/ou une sensibilisation en rapport avec celle-ci.
- n'intervient pas dans l'accompagnement d'un résident mais peut être sollicitée dans ce cadre pour revoir avec la structure partenaire des principes d'intervention de prévention adaptés,
- **Intervient en appui des professionnels** de la structure partenaire mais ne s'y substitue jamais.

Ainsi, il convient de bien noter ici la particularité de cette équipe mobile ; en effet, la plupart des équipes mobiles déployées sur le territoire national, ont pour mission d'intervenir directement auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques, assurer leur prise en charge globale et leur orientation en allant à leur rencontre sur leur milieu de vie habituel, y compris dans les établissements sociaux et médico-sociaux (*principe actuel du « Aller vers »*).

Un décret précise leurs missions en termes de santé et d'accompagnement social des personnes, notamment les plus précaires : *proposer et dispenser aux personnes des soins médicaux et paramédicaux, réaliser des bilans de santé, participer à l'éducation à la santé et thérapeutique...*

Si en France, ces équipes mobiles apparaissent à la fin des années 1980, via la médecine palliative, on ne peut que constater que ces dernières se sont déployées autour de l'usager/patient/résident, pour répondre à d'autres types de prise en charge (**CASTRA, SAINSAULIEU, 2020**).

A titre d'exemple, on peut citer le déploiement des équipes mobiles de gériatrie à partir des années 1990, pour des raisons principalement liées à l'allongement de la durée de vie, l'isolement des personnes âgées au domicile ou l'émergence des équipes mobiles bucco-dentaires pour répondre à un besoin de santé publique (*le manque d'hygiène bucco-dentaire entraîne inconfort, douleur, mastication entravée, dégradation de la santé générale et du bien-être social...*).

La majeure partie de leurs actions a pour objectif d'apporter, au-delà de soulager le patient, une expertise de soins envers l'utilisateur, même si parfois, des actions ponctuelles de formation des professionnels en service peuvent être envisagées.

L'ETAPPA, elle, a vocation à s'adresser uniquement aux professionnels de santé et non directement à l'utilisateur ; elle s'inscrit dans une logique de transmission et de formation. En effet, ces interventions sont censées modifier à terme les pratiques dans une logique transdisciplinaire de diffusion d'un savoir profitable à tous les services en institution comme au domicile. L'objectif est donc d'instaurer une culture de la prévention adaptée et individualisée dans chaque EHPAD et/ou en SSIAD auprès de tous les professionnels et ainsi intégrer davantage la prévention dans les projets de soins ou d'établissement (*actions d'éducation pour la santé, ressources documentaires, recommandations, outils...*) et ce pour le besoin commun de plusieurs structures d'un même territoire. En ce sens, le projet répond aux besoins de conforter l'approche globale dans l'accompagnement social/médico-social, domicile/institution.

Ce nouveau dispositif a nécessité la mise en œuvre d'une démarche projet et d'une démarche partenariale dès sa mise en route, afin de pouvoir affirmer sa légitimité à intervenir en sa qualité d'expert en prévention de la perte d'autonomie.

2.1.1 La nécessaire structuration du dispositif, comme vecteur de légitimité

Un état des lieux, dans le cadre de l'appel à projet, avait été réalisé, en mai 2021, afin de disposer d'éléments de diagnostic et d'identifier les besoins d'actions de prévention. Dans le cadre de cette enquête adressée aux établissements du territoire, des thématiques prioritaires ont pu être identifiées : **l'accompagnement au maintien ou à la récupération de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, la prévention des chutes et la dénutrition - déshydratation.**

En raison de l'épidémie COVID et des différentes vagues successives, le projet n'a pas pu réellement débuter si ce n'est qu'à travers un 1^{er} échange, en juillet 2022, avec le Coordonnateur de l'ESPRèvE (*Equipe Spécialisée de Prévention en EHPAD du groupe Hospitalier de Loos-Haubourdin*) et la directrice du même Centre hospitalier.

En 2019, l'ARS Hauts-de-France a bénéficié d'une enveloppe de plus de 2 millions d'euros pour le financement d'actions de prévention. Dans ce cadre, l'ARS a proposé un dispositif innovant auprès des EHPAD, des acteurs de la prévention, des représentants d'utilisateurs et des experts de la gériatrie : **les ESPRèvEs**. Après 4 ans d'exercice, ces équipes sont actuellement au nombre de 13, réparties sur toute la région pour accompagner les 585 EHPAD.

Elles sont composées d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, de diététiciens et de professionnels en activité physique adaptée (APA). Elles viennent en renfort des professionnels en poste ¹¹. L'objectif de ce primo-échange était de pouvoir bénéficier d'un retour d'expérience sur la mise en place d'un tel dispositif :

- ✓ Modalités opérationnelles d'organisation et de fonctionnement, avec une immersion d'un ergothérapeute du Pôle EHPAD-USLD de quelques jours au sein du réseau des ESPrèvEs,
- ✓ Modalités concrètes d'accompagnement des établissements (*grille d'évaluation, questionnaire...*),
- ✓ Principaux points de vigilance...

Lors de cet échange, un point relatif à la méthodologie d'évaluation des pratiques des établissements bénéficiaires en lien avec l'existence et l'utilisation d'une grille d'auto-évaluation a longuement été abordé et identifié comme un gage de réussite du projet. Sur ce point, il est à préciser que les outils méthodologiques ont été fournis par l'ARS Hauts de France aux ESPrèvEs déployées sur leur territoire.

Dans ce cadre, la direction de l'autonomie de la DT-51 a été sollicitée par le Pôle EHPAD-USLD du CHU, dès juillet 2022, afin d'évaluer les possibilités d'accès aux outils déployés par l'ARS Hauts de France. Un échange entre les deux tutelles a permis de valider ce principe fin 2022 (*accès aux outils de référence des Hauts de France*).

Le projet a pu être relancé à compter de novembre 2022. Toutefois, même si l'état des lieux initial et la rencontre avec les ESPrèvEs a permis d'obtenir un certain nombre d'éléments structurants, le projet a nécessité la mise en œuvre d'une réelle démarche de gestion de projet pour laquelle il a fallu :

- ✓ s'interroger sur la **constitution de l'équipe** (*dans le cadre du financement octroyé ¹² - crédits non pérennes*) et **procéder aux recrutements** à partir de fiches de postes établies dans ce contexte spécifique ; Dans ce cadre, l'ETAPPA a été constituée début décembre 2022, *sur la base des ressources suivantes : 1 ETP d'ergothérapeute, 0.5 ETP de diététicien, 0.5 ETP APA, 0.3 ETP de coordination administrative,*
- ✓ formaliser un **cahier des charges** et un **règlement de fonctionnement**,
- ✓ créer un support de "**structuration de la démarche**" et différents supports de suivi (*GANTT*),
- ✓ créer un carnet d'adresse des EHPAD et SSIAD du territoire, un primo-questionnaire sur les structures,

¹¹ 13 équipes spécialisées en prévention pour accompagner les EHPAD des Hauts-de-France | Agence régionale de santé Hauts-de-France (*sante.fr*)

¹² Conditions de versement d'une subvention d'un montant total de 150 000 € (dont un peu plus de 26 000 € pour consolider le recrutement d'un assistant dentaire à 50 % sur le volet EMBD et 123 430 € pour l'ETAPPA - Expérimentation Art. 51

- ✓ créer les premiers **supports de communication** (*diaporama, flyer, affiche*),
- ✓ créer **deux outils d'autodiagnostic** spécifiques (*EHPAD et SSIAD*), accompagnés d'un guide ; le remplissage de l'autodiagnostic étant un prérequis au lancement de l'accompagnement,
- ✓ formaliser une **convention type de partenariat** (*signature de la convention comme prérequis au lancement de l'accompagnement*),
- ✓ créer un **questionnaire type de satisfaction** en vue des différentes interventions de l'ETAPPA,
- ✓ **prendre contact** avec l'ensemble des établissements concernés, prioritairement les 10 structures qui avaient adressées une lettre d'engagement dans le cadre de l'appel à projet en juin 2021, et étendre les partenariats à l'ensemble de la zone géographique à couvrir ...

En parallèle, plusieurs autres actions ont été menées telles que la constitution d'un dossier de demande de financement en investissement (*AMI*) auprès de la Région Grand Est (*financement véhicule, matériel de formation...*), malheureusement non retenu ou bien une réflexion autour d'un programme de formation pour l'ETAPPA (*Excel, Word, "Manger bouger avec plaisir en EHPAD", Salon Autonomic 2023 à Paris...*).

Le périmètre d'intervention initial de l'ETAPPA est celui du département de la Marne ¹³. Néanmoins, il a été convenu avec l'ARS que, dans un 1^{er} temps, le déploiement ne toucherait qu'une partie des structures du territoire, à savoir les EHPAD et SSIAD (*publics et privés*) situés sur le territoire d'intervention du Groupement Hospitalier Universitaire de Champagne (**GHT 2, soit 15 établissements**), dépourvus de compétences ou de ressources en prévention de l'autonomie ou nécessitant un appui spécifique. L'objectif reste néanmoins d'assurer, à terme, une couverture départementale des besoins des structures en matière d'accompagnement de la prévention de la perte d'autonomie, ce qui à ce jour, justifie le besoin de pérennisation et de déploiement de nouvelles équipes à l'instar des Hauts de France.

Un calendrier de mise en œuvre a été défini et réajusté autant que nécessaire en cours de projet démontrant d'une avancée régulière et structurée du dispositif. En effet, à compter de l'effectivité des recrutements (*Novembre et décembre 2022*), une phase de structuration de l'équipe (*comme évoqué ci-dessus*) et la production de documents socles indispensables pour la bonne conduite du projet, ont mobilisé les ressources et les énergies en interne sur le 1^{er} trimestre 2023. Il était important de laisser place à la construction d'une structuration solide et efficace, permettant de prouver auprès des structures partenaires, la légitimité de cette équipe à intervenir en sa qualité d'expert.

¹³ Le département de la Marne compte 17 SSIAD et plus de 83 EHPAD / résidences autonomie (*publics et privés*) soit un total d'environ une centaine de structures concernées

Ainsi, la direction du Pôle EHPAD-USLD, consciente de la nécessité d'asseoir une stratégie de mise en œuvre, n'a pas remis en cause le temps nécessaire à cette phase de structuration et à renforcer son soutien par sa présence lors des différentes étapes, notamment celles touchant la communication du dispositif en interne et en externe.

Dans ce cadre, plusieurs réunions d'information, en présence de la direction, de la cheffe de pôle et de l'encadrement, au côté de l'équipe, ont été menées collectivement auprès des structures (9 mars, 17 juillet 2023) permettant de **sensibiliser plus de 24 structures du territoire (au-delà du GHT 2)** ; ce dispositif a été complété par des actions de communication plus individualisées auprès des établissements demandeurs en amont de leur engagement.

Dès le mois d'avril 2023, l'équipe a pu lancer les **premiers accompagnements** (*phase d'expérimentation du dispositif*), ciblés en 1^{ère} intention auprès des établissements ayant formalisés une lettre d'engagement, soit au total **9 structures**. Mais très vite, une phase d'extension est apparue nécessaire. En effet, comme un effet boule de neige, les premières structures partenaires ont été vecteur d'un message extrêmement positif auprès d'autres acteurs du territoire, en identifiant l'ETAPPA comme un réel soutien et une ressource experte pour accompagner les professionnels des structures dans la mise en œuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

Cette phase d'expérimentation constitue le point central de la démarche ; elle s'articule autour d'une 1^{ère} rencontre entre les professionnels de la structure et l'ETAPPA ayant pour objectifs :

- ✓ Présenter l'ETAPPA et ses missions d'accompagnement, visiter le site et observer d'une manière globale les organisations, les locaux et les matériels,
- ✓ Expliquer et fournir l'autodiagnostic adéquat,
- ✓ Définir conjointement un calendrier de travail pour co-construire à terme un plan d'actions et d'intervention de l'ETAPPA..., et envisager les conditions d'accompagnement et de déploiement des interventions à partir d'une thématique jugée prioritaire de manière consensuelle.

En fonction des besoins identifiés, l'accompagnement de la structure partenaire par l'ETAPPA pourra revêtir différentes formes : *l'aide à l'autodiagnostic de la structure partenaire, le cas échéant, l'aide à l'identification, priorisation et mise en œuvre d'un plan d'actions, la diffusion de la culture de prévention à travers des actions de sensibilisation des professionnels (actions de sensibilisation collectives, actions flash, ateliers pratique, jeux de rôle...), l'aide à la construction et la mise en place d'outils pour favoriser l'inclusion de la prévention au quotidien dans les pratiques professionnelles, l'accompagnement dans la démarche de communication des établissements bénéficiaires...* Ces actions d'accompagnement, de soutien et de sensibilisation permettront d'essayer la culture de prévention de la perte d'autonomie au sein des établissements sociaux et médico-sociaux du territoire. In fine, de répondre aux objectifs locaux et nationaux en matière de maintien de l'autonomie des personnes âgées à domicile et/ou en institution, de repérage des fragilités, de prévention renforcée de la dénutrition et du risque de chute.

Le Pôle EHPAD-USLD, porteur du projet, s'est engagé à définir et suivre certains indicateurs permettant à l'ARS d'évaluer l'impact de la mise en place de cette équipe mobile. Il est prévu, à travers son 1^{er} bilan, que l'action soit évaluée au regard des indicateurs (*non exhaustifs*) tels que *le nombre d'établissements bénéficiaires, le nombre d'heures de formations réalisées, le nombre et typologie de professionnels ayant bénéficié d'une information à la prévention de la perte d'autonomie, le nombre d'ateliers d'éducation à la santé réalisés, le nombre de participation retour d'expérience (participation à l'analyse d'une situation ayant posé problème).*

Dans le cadre de son suivi, l'ARS nous a toutefois demandé de renseigner un **bilan exécutoire intermédiaire à 6 mois** ; Un cadre opérationnel a été fourni en ce sens (*comprenant également les actions menées par l'équipe mobile bucco-dentaire*). Ce bilan provisoire nous a permis de faire remonter l'ensemble des démarches engagées et de poser des perspectives pour un futur déploiement à plus grande échelle :

- ✓ Nombre de réunions d'information : **2 réunions collectives et 9 Interventions individuelles réalisées entre mai et juillet 2023** dans les structures en présence d'un représentant de la direction, cadre de santé et/ou IDEC, ergothérapeute...
- ✓ Nombre total d'établissements contactés,
- ✓ Nombre de structures engagées dans la démarche (*signature de la convention de partenariat*)
- ✓ Etc.

Des actions complémentaires ont permis de faire connaître et mettre en avant les missions de l'ETAPPA par d'autres vecteurs. En effet, 5 interventions à travers la mise en place d'ateliers de sensibilisation dans le cadre de la semaine du « **Bien Manger Seniors** » en juin 2023 (*appel à projet du Département*) ont permis de sensibiliser **65 professionnels autour de la thématique « Prévention de la dénutrition chez le sujet âgé » sur 5 ateliers**. Ces actions ont intégré le bilan exécutoire intermédiaire de l'ARS.

Le dispositif fait en sus l'objet d'un suivi particulier dans le cadre du **Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens**. Dans ce cadre, une **fiche spécifique** intitulée « *Déployer une équipe mobile de prévention de la perte d'autonomie à destination des EHPAD et SSIAD du territoire* », a été formalisée et validée par l'ARS et le Conseil Départemental. Ce dispositif a donc fait l'objet d'un suivi particulier lors des réunions de négociation CPOM avec les tutelles (**Annexe N° 6**) ; cette mesure a été budgétisée dans le cadre des mesures nouvelles 2022 (*avec report du budget en 2023 du fait décalage dans son exécution*).

Le dispositif fait également l'objet, à périodicité définie, d'un **suivi en interne** : présentation en réunion de direction (*points réguliers*), présentation en réunion de dialogue de gestion du Pôle, présentation en réunion d'encadrement... Chaque suivi permet de mettre en avant la modélisation du dispositif (*structuration*) et la montée en charge de cette action sur le territoire, en valorisant le nombre de sollicitations et l'accueil réservé à ce projet par les structures partenaires.

Cette mesure d'impact permet d'affirmer à la fois le besoin réel d'accompagnement des EHPAD et SSIAD sur la mise en œuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie, mais également la nécessité de donner une dimension partenariale à ces mesures nouvelles. Elle permet de répondre collectivement aux objectifs du PRS (*parcours de santé, de soins et de vie*) en croisant les regards et les pratiques professionnelles.

2.1.2 Une dimension partenariale attendue, clé de réussite du dispositif

Le projet régional de santé est un outil stratégique, qui intègre un ensemble de démarches en faveur de la santé et englobe tous les champs de compétences, en associant l'ensemble des acteurs (*dont les structures médico-sociales*). L'un des axes stratégiques qui peut être rappelé et qui donne sens à ce projet, est celui d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins. Cet objectif nécessite que les acteurs de santé, qu'ils exercent au domicile ou en institution, puissent s'entendre sur les actions prioritaires à mener pour renforcer la coordination, la sécurité, la qualité et la continuité des prises en charge ainsi que l'organisation des parcours.

C'est dans ce cadre que la dimension partenariale prend sens ; elle a pour objectif de répondre à deux enjeux majeurs, à savoir **mobiliser les ressources** et l'offre contribuant à la perte d'autonomie de la personne âgée sur le territoire ET **renforcer la mise en réseau** des acteurs de la prévention (*et la place de la formation pour irriguer cette culture de la prévention*). Cette dimension partenariale s'est donc construite sous plusieurs angles.

En premier lieu, parce qu'il s'agit d'un **travail partenarial avec les EHPAD ET SSIAD publics et privés** du territoire autour de l'identification de thématiques jugées prioritaires par le plus grand nombre et pour lesquelles il semble nécessaire de réinterroger collectivement les approches et pratiques professionnelles. Il semble important de souligner que même si ces thématiques sont communes, une adaptation des mesures d'accompagnement est prévue afin de répondre de manière adaptée et efficiente aux besoins de chaque entité. Il ne s'agit pas de calquer (*reproduire*) un socle d'actions pour l'ensemble des établissements mais bien d'adapter un portefeuille d'outils aux besoins réels des professionnels ; cela nécessite de prendre en compte l'histoire de l'établissement, son architecture, ses ressources (*humaines et matérielles*), ses difficultés en termes d'accompagnement...

Cette dimension partenariale se retrouve également dans plusieurs autres phases de l'accompagnement. Lors de la réalisation de l'autodiagnostic, l'ETAPPA peut venir en appui de l'équipe pluridisciplinaire ou lors de la co-construction du plan d'actions, permettant aux professionnels de réfléchir collectivement à de nouvelles actions portant :

- ✓ d'une part sur la place des soins de prévention, tant sur la plan opérationnel (*projet personnalisé du résident*) que sur le volet stratégique (*projet d'établissement, projet de service, etc.*),

- ✓ d'autre part sur l'importance de la complémentarité des interventions des acteurs de la structure permettant de garantir la globalité de la prise en charge au service de la prévention de la perte d'autonomie du bénéficiaire.

Il s'agit ainsi de s'assurer d'une réelle **politique d'adhésion et d'intégration** des ESSMS et des SSIAD dans le dispositif piloté par l'ETAPPA.

Illustration de l'intérêt porté à la dimension partenariale par les différents professionnels interrogés (verbatim) :

E2, Encadrement : « Qu'il y ait une reconnaissance de cette activité par les différents acteurs ».

E3, Ergothérapeute : « Le projet me donne envie de m'ouvrir davantage vers l'extérieur, vers d'autres partenaires, de nous faire connaître et d'apporter notre expérience, notamment par exemple envers les SSIAD que je ne connaissais pas avant nos rencontres dans le cadre de l'ETAPPA ».

« Faire naître de nouvelles collaborations avec les EHPAD du territoire ».

E5, APA : « Malheureusement les structures ont des ressources en interne mais souvent très limitées (faible % de temps), il semble de ce fait nécessaire de travailler avec d'autres acteurs du territoire pour ne plus limiter les temps d'intervention au bénéfice de la personne accompagnée ; mutualiser les moyens humains et matériels, les savoir-faire... pour mieux engager une prévention de la perte d'autonomie. Ne plus raisonner par structure mais sur un territoire et une complémentarité ».

E6, Corps médical : « L'articulation entre acteurs est certainement le plus difficile à mettre en œuvre ; il faut une part d'injonction sinon les acteurs ne se sentent pas investis du sujet ».

En second lieu, ce projet fait l'objet d'un **co-portage**, même s'il est porté en 1^{ère} intention par le CHU de Reims en qualité d'établissement support du GHUC. En effet, la dimension partenariale se traduit également par l'implication, dans la gestion et mise en œuvre du projet, de RéGéCAP, réseau de santé expert en gérontologie et soins palliatifs de Champagne-Ardenne.

RéGéCAP a pour mission de :

- ✓ renforcer la coordination et la communication entre les professionnels dans les domaines de la gérontologie (*et/ou des soins palliatifs*) et soutenir l'ensemble des acteurs du parcours de santé,
- ✓ diffuser la culture gérontologique (*et palliative*) afin de garantir une meilleure prise en charge du résident, encourager l'amélioration des compétences et soutenir la réflexion éthique des professionnels,
- ✓ favoriser l'accès aux soins et améliorer la qualité des soins aux personnes âgées et/ou aux personnes nécessitant des soins palliatifs (*à domicile, dans les établissements médico-sociaux ou dans les établissements de santé ...*),

RéGéCAP intervient déjà sur le territoire, auprès des structures et professionnels du domicile, en délivrant un accompagnement personnalisé, en assurant des formations « sur mesure », en organisant des événements et des rencontres pluriprofessionnelles et/ou groupes de travail thématiques. Cette compétence est un plus dans le cadre du partenariat et vient en soutien direct de l'équipe d'experts. Ce co-portage permet, au-delà de l'appui et de l'expertise de RéGéCAP dans le domaine de la formation continue, une répartition avec une montée en charge progressive sur l'ensemble des EHPAD et SSIAD du territoire.

Dans la réponse à l'appel à projet, l'ARS a validé un principe de répartition pour déployer les actions de prévention de la perte d'autonomie, l'objectif étant d'assurer une couverture départementale. Ainsi, le périmètre attendu pour le CHU est le GHT 2 et pour RéGéCAP le GHT 3 et 5.

Il est également attendu par les tutelles, une **collaboration et une coordination fortes avec d'autres équipes mobiles** telles que les équipes mobiles d'intervention gériatrique (*EMIG*) et les équipes mobiles de médecine bucco-dentaire (*EMBD*) et des acteurs de parcours (*PTA, DAC, CLIC...*). Dans ce cadre, une prise de contact avec les différentes équipes mobiles du territoire (*EMIG, EMBD, Soins Palliatifs, Equipe Mobile de la Psychiatrie de la Personne Agée*) et la PARAF à destination des aidants... a été initiée afin de permettre à l'ETAPPA de pouvoir bénéficier de différents retours d'expérience, affiner sa connaissance du territoire et bien entendu se faire connaître des autres acteurs.

Accompagner le parcours de santé/de vie des personnes en situation complexe nécessite le concours de multiples professionnels des secteurs sanitaire, social-médico-social. Afin d'en assurer la cohérence, sont apparus au fil des années divers dispositifs (*programmes d'actions*) tels que :

- ✓ Les CLIC (*Centres locaux d'information et de coordination*), les réseaux de santé,
- ✓ La méthode MAIA (*Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie*), le programme PAERPA (*Personnes âgées en risque de perte d'autonomie*),
- ✓ Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe (*DAC*)¹⁴ dont les missions sont : l'appui des professionnels, l'accompagnement des personnes et la participation à la coordination territoriale, Etc.

E1, Ergothérapeute : « *Se faire connaître auprès de toutes les organisations en place : CLIC, MAIA, DAC... que nous puissions avoir une vision globale du maillage territorial et se faire connaître dans notre champ d'intervention ; ça manque encore à ce jour !* »

E2, Encadrement : « *Les MAIA et les CLIC, dans le cadre de l'ouverture sur la ville ; l'équipe doit se faire connaître de ces structures (liens ville et institutions, liens institutions et domicile...)* ».

E5, APA : « *Des partenariats avec les organismes en charge de l'aménagement du domicile par exemple, les autres équipes mobiles qui restent des équipes intervenant davantage sur la santé et non la prévention directe ; des associations et la ville* ».

¹⁴ Instaurés par la loi de Santé de 2019, ils regroupent : la méthode MAIA, les Coordinations territoriales d'appui (CTA), les Plateformes territoriales d'appui (PTA) et les CLIC.

Enfin, il a été décidé de maintenir les échanges et **retour d'expérience** avec les ESPrévEs des Hauts de France. Une nouvelle rencontre a eu lieu en mars 2023 avec pour objectifs d'apporter un éclairage sur le positionnement de l'équipe, les outils à déployer et d'anticiper la construction des bilans d'activité. Des réflexions communes ont été engagées sur les éléments clés permettant de valoriser le projet ETAPPA (*types d'actions menées, impacts des actions, traduction en indicateurs qualitatifs et quantitatifs...*) dans l'objectif de défendre arduement une pérennisation du projet sur le territoire marnais.

Tous ces dispositifs ont pour but d'apporter des réponses de droit commun, d'attester d'une adaptation des organisations aux réalités et aux exigences de chaque territoire et d'être une garantie d'un service rendu de qualité pour la population qui vieillit.

Ce projet nécessite donc de continuer à activer ou réactiver de nouvelles coopérations avec les prestataires des actions régionales de prévention, les différentes filières gériatriques avec des acteurs intervenant au domicile tels que l'hospitalisation à domicile, les professionnels libéraux... et autres organisations pouvant concourir localement à développer la prévention de la perte d'autonomie (*ex : CSAPA, CLUD, CLAN...*).

Le degré partenarial obtenu (*nombre et type de partenariats, champ d'intervention...*) constituera l'un des éléments forts permettant à la gouvernance d'engager une négociation avec les tutelles tant sur le maintien du dispositif que sur l'opportunité de porter le déploiement d'autres équipes mobiles sur le territoire. Cette stratégie s'inscrit dans une logique d'imbrication cohérente avec un ensemble de mesures existantes et/ou en cours d'expérimentation.

2.2 Penser une stratégie de pérennisation et d'imbrication du dispositif parmi un ensemble de mesures, le rôle de la gouvernance

Depuis plusieurs années, les EHPAD se sont vus attribuer de nouvelles dénominations, « EHPAD plateforme ressources », « EHPAD hors les murs ou EHPAD à domicile », « EHPAD de demain » ... et ce principalement lié à une émergence de projets et d'expérimentations, portés par les tutelles (*financeurs*). Ces différents dispositifs ont vocation à s'imbriquer dans une politique locale, territoriale et nationale afin de donner aux « EHPAD de demain » une autre dimension et de nouvelles ambitions, dépassant la fonction première qui consiste à répondre aux besoins d'hébergement permanent. Cet objectif renvoie incontestablement à la nécessité de s'ouvrir sur le territoire et de devenir un « Pôle ressource », un modèle, une référence à travers la modernisation des prises en charge, des lieux d'accueil mais également par une modification profonde des pratiques professionnelles.

Pour ce faire, la gouvernance doit s'impliquer aux côtés des acteurs de terrain. Elle se doit de définir et de porter une stratégie de déploiement permettant entre autres une reconnaissance des équipes sur le territoire mais également une imbrication cohérente avec un ensemble d'objectifs internes et externes.

Le rôle de la gouvernance : le regard des professionnels interrogés (verbatim) :

E2, Encadrement : « C'est une vraie politique de l'établissement (choix institutionnel) de développer ce type de projet en mettant à disposition des ressources « rares » et une pluridisciplinarité » ; « Il faut une réelle volonté de la direction d'aller vers... s'ouvrir vers d'autres établissements et partager [...] ».

« La dynamique du Pôle, la vigilance et la veille menée sur les appels à projets sont nécessaires pour permettre au Pôle et à l'EHPAD de s'adapter, de se moderniser et d'innover vers l'EHPAD de demain ».

E1, Ergothérapeute : « Un accompagnement indispensable sur le versant administratif et plus conventionnel dans la relation avec les structures partenaires, que l'on devra accompagner sur le terrain ».

E3, Ergothérapeute : « La direction nous permet de faire le lien avec l'ensemble des partenaires, nous aide à la construction et l'élaboration des documents socles nécessaires au bon fonctionnement. La direction nous guide dans la création de cette équipe, on ne connaît pas tous les rouages notamment dans la construction de la démarche et la gestion de projet. La direction est porte-parole auprès des instances pour défendre le projet et représente l'équipe ».

E6, Corps médical : « Garant de l'existence du projet ; si la direction n'est pas motrice dans le projet, le projet ne vivra pas ».

Cet accompagnement managérial nécessite d'identifier tout au long de la mise en place du dispositif des limites et points d'achoppement, mais également de se rendre disponible pour accompagner l'équipe mobile et permettre que cette expérimentation puisse être non seulement pérennisée, déployée à une échelle plus importante, mais être le reflet d'une réelle politique innovante en faveur de nos aînés.

Le rôle de la gouvernance : le regard des professionnels interrogés (verbatim) :

E6, Corps médical : « Pour la direction d'un pôle, c'est se battre au quotidien pour faire émerger les difficultés du terrain, les réels besoins des personnes accompagnées et défendre certains projets plus que d'autres ».

Au-delà de l'investissement administratif ; c'est une réelle émulation, une référence, une direction facilitante, qui aide, accompagne, oriente les professionnels dont ce n'est pas le métier pour qu'ensemble le projet voit le jour.

E1, Ergothérapeute : « Nous n'avons pas forcément conscience de tous les leviers et/ou contraintes administratives.

E4, Diététicien : « La direction nous accompagne aussi pour construire le dispositif ; elle est attentive sur les points de vigilance, que parfois nous n'arrivons pas à entrevoir ».

2.2.1 L'ETAPPA, une référence sur le territoire pour déployer d'autres équipes mobiles : entre fragilités et facteurs de réussite

Si le Pôle EHPAD-USLD du CH de Reims a été retenu dans le cadre de l'appel à projet en 2021, l'une des raisons principales, se rapporte à sa capacité à porter un projet innovant et ambitieux. En effet, au-delà de sa légitimité en sa qualité d'établissement support du GHT, le CHU de Reims a démontré à de nombreuses reprises ses aptitudes à conduire une expérimentation, tant en mettant à disposition des ressources humaines et matérielles que dans la conduite d'un projet à l'échelle d'un territoire.

Plusieurs expérimentations telles que l'équipe mobile bucco-dentaire, l'équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile d'intervention gériatrique... ont permis au Pôle EHPAD, référent en matière de filière gériatrique, d'affirmer sa légitimité à intervenir auprès des autres établissements pour personnes âgées, mais également son implication dans le renforcement du maillage territorial.

Ces expériences riches d'enseignements et de partage se poursuivent sur d'autres sujets de santé publique. En effet, le Pôle EHPAD-USLD en partenariat avec l'Equipe d'Hygiène du CHU a été retenu dans le cadre de la mise en œuvre d'une équipe mobile territoriale d'hygiène (*EMTH*). Malgré un contexte quelque peu particulier (*mai 2020 - crise COVID*), le CHU de Reims et le CPIAS Grand Est, en partenariat avec la Faculté de Médecine de Reims et l'ARS ont proposé la mise en place de ces équipes territoriales d'appui en hygiène auprès des établissements médico-sociaux de la Marne. L'objectif principal est de répondre à un besoin de renforcement des attendus en matière d'hygiène au sein des ESSMS : *DARI devient DAMRI ; Démarches d'évaluation externe à venir sur le territoire...*

Le CHU n'a pas hésité à mettre à disposition son savoir-faire et son expertise à destination des autres structures sous couvert d'un projet structurant et possiblement pérenne.

Pour autant, la question de la pérennisation des dispositifs interroge aussi bien la direction du pôle que les professionnels de l'ETAPPA, inquiétude qui est fortement et légitimement ressortie, tout au long du stage, lors des entretiens semi-directifs et des échanges informels. En effet, le dispositif actuel tel qu'il a été retenu par l'ARS, repose sur :

- ✓ Un financement fragile : fragile parce qu'il permet uniquement à ce stade (*lancement du dispositif*) de couvrir les charges d'exploitation (*ressources humaines*). Le projet nécessite une part d'investissement pour mener à bien les *missions* (*achat d'un véhicule pour assurer les déplacements sur le territoire, acquisition de simulateurs, de jeux, de mallettes spécifiques, d'équipements type Raiser, parcours de marche... pour assurer les formations et ateliers auprès des professionnels*). Le Pôle a pris la décision d'investir à minima, malgré l'incertitude de reconduction du dispositif, permettant l'acquisition partielle de certains matériels de formation (*partenariat avec l'IRF pour le matériel de simulation*).

- ✓ Un financement non pérenne, qui nécessite de bénéficier d'un arbitrage sur la possible pérennisation de ces crédits à l'issue de la phase d'expérimentation et qui, par conséquent, interroge l'équipe sur leur degré de mobilisation et d'investissement auprès des établissements.

Les entretiens ont permis d'identifier des inquiétudes et des freins quant à la pérennisation du dispositif (verbatim) :

E4, Diététicien : « La question financière, pérennisation du financement ? risque-t-on que ce dispositif ne soit pas reconduit ? on risque d'avoir le sentiment d'avoir tout fait pour que cela fonctionne mais en fait ça ne dépend pas vraiment de nous ; on aimerait avoir au moins une prolongation d'un an ».

E6, Corps médical : « L'absence de renforcement de l'équipe sur un territoire (sous-dimensionnement au regard des besoins et du nombre de structures à accompagner) qui va s'agrandir, au risque de ne faire que du saupoudrage, au dépend d'un accompagnement de qualité sur les établissements. Ce sera au dépend des établissements donc des personnes accompagnées car si d'autres équipes ne sont pas constituées, celle-ci ne pourra pas avec la montée en charge continuer à intervenir sur l'ensemble du territoire (ex : soins dentaires au démarrage 1 fois / semaine ; maintenant 1 fois par mois) ».

« Que nos tutelles attendent que les équipes soient bien installées pour dire si le dispositif a du sens ou non et se poser la question de la pérennisation ? Ce type de projet nécessite deux à trois ans de mise en œuvre pour juger le réel bénéfice pour la personne et pour les professionnels, donc espérer la pérennisation du dispositif ».

E1, Ergothérapeute : « Le manque de temps, car un an d'expérimentation c'est très court, d'autant qu'il a fallu passer 6 mois sur la construction du projet et des documents socles ; le bilan ne portera aux mieux que sur 6 mois d'activités, ce qui me semble très court pour faire un bilan exhaustif et refléter l'accompagnement, sauf à ce que le projet eut été construit avant notre recrutement mais nous aurions été moins à l'aise pour mener à bien nos missions. Nous n'aurions pas pu nous approprier les choses de la même manière et apporter notre avis, sans marge de manœuvre et sans être réellement partie prenante dans la construction de ce dispositif ».

D'autres conditions de mise en échec ont également pu être identifiées, lors des réunions d'équipes menées tous les 15 jours (*brainstorming avec l'équipe*) et lors des échanges informels.

Ces conditions d'échec reposent principalement sur :

- ✓ la crainte de ne pas répondre aux besoins réels des établissements partenaires même si celles-ci peuvent être nuancées par le fait que les thématiques ciblées sont d'actualités et font consensus,
- ✓ le fait de s'engager avec des structures qui abandonneraient la démarche en cours, avec qui aucune action ne serait envisagée,

Verbatim : E3, Ergothérapeute : « Cela questionnerait la façon dont nous aurions communiqué, notre organisation, notre approche »,

- ✓ La démobilisation de l'équipe lorsque les actions menées ne porteront pas leurs fruits,

Verbatim : E1, Ergothérapeute : « Je me questionne sur le déploiement sur l'ensemble du territoire de la Marne ; le déploiement sur notre GHT va déjà demander bcq d'énergie et de moyens,

- ✓ la peur que les ESSMS n'aient pas intégré le champ d'intervention de l'ETAPPA (*visée : professionnels*) et que leurs besoins soient en réalité celui d'accompagner directement la personne âgée ; la cible ne serait donc plus la bonne.

Pour autant cette équipe, pleine de dynamisme, a su prendre la mesure du rôle majeur qui lui incombe : celui de créer du lien entre structures d'hébergement, entre EHPAD et acteurs du domicile (SSIAD), entre professionnels d'un même territoire au service des mêmes objectifs.

Fil conducteur, l'ETAPPA matérialise ce lien, en complémentarité des autres acteurs du territoire, tels que les CLIC et le dispositif d'appui à la coordination, et ce, en valorisant, à travers leurs interventions, à la fois une profonde modification des pratiques mais également certains métiers du Grand Âge encore méconnus (*notamment le versant activité physique adapté*).

Chaque membre de l'équipe, la direction du pôle et le corps médical, a pu confirmer (*à travers les entretiens menés, participation à la construction du bilan exécutoire intermédiaire ou la rédaction/consolidation de la fiche action CPOM*) son intérêt professionnel à être partie prenante et l'envie d'être reconnu comme une référence pour à terme être porteur de plusieurs équipes mobiles sur le département de la Marne.

Notre rôle, nos priorités, les intérêts collectifs, le ressenti des professionnels interrogés (verbatim) :

E1, Ergothérapeute : « *C'est une bouffée d'air frais dans mon parcours professionnel [...] Hâte de passer cette période assez administrative pour apporter notre expertise à nos pairs. Cette période est longue mais nécessaire, il faut prendre le temps pour structurer la démarche mais on a hâte de pouvoir articuler nos actions et ateliers avec nos collègues* ».

E2, Encadrement : « *Apporter de la formation, du conseil notamment envers les petits établissements qui seraient isolés et qui n'ont pas la possibilité de développer des actions sur le thème de la prévention de la perte d'autonomie* ».
« *Notre priorité c'est aller vers ces établissements, en difficulté, qui ne bénéficient pas de la proximité du sanitaire, qui n'ont pas ces ressources humaines en interne* ».

E3, Ergothérapeute : « *Un objectif : celui d'avoir la reconnaissance de formateur (QUALIOPI) et dépasser le stade de sensibilisation* ».
« *L'ETAPPA représente l'aboutissement de plusieurs années d'expérience auprès du patient/résident, l'acquisition de techniques, outils et le besoin maintenant de partager davantage avec les professionnels* ».

E5, APA : « *L'ETAPPA doit permettre de faire changer les mentalités et la qualité des accompagnements, arriver à faire prendre conscience de la situation des résidents auprès des professionnels. La rencontre avec les équipes, les échanges, l'apport pratique au-delà de la théorie... sont des éléments forts du projet* ».

E6, Corps médical : « *Les interventions de l'ETAPPA : c'est ramener de la qualité dans les établissements avec des professionnels experts, sans jugement, juste par ce qu'on a perdu l'habitude de faire, qu'on priorise autrement* ».

E4, Diététicien : « *Pouvoir développer d'autres équipes, sous le modèle de l'ESPREEVE, en enrichissant les relations avec l'ensemble des acteurs ; être porteur de ce déploiement* ».

La construction de ce dispositif, tel qu'il a été pensé par la direction du pôle, repose sur un choix stratégique, basé sur le retour d'expérience de l'ESPRèVE (*Hauts de France*), faisant état de la nécessité de construire un maillage territorial solide. En effet, si un déploiement est attendu à l'échelle du département avec la perspective (*dans le cadre d'une pérennisation*) de déployer plusieurs équipes mobiles, ce dernier nécessitera peut-être de repenser le dispositif actuel en s'appuyant sur de nouveaux partenariats et co-portages (*champs de compétences et d'intervention complémentaires*).

En ce sens, le modèle des Hauts de France servira à nouveau de référence.

Verbatim : E3, Ergothérapeute : « Avec un objectif d'agrandir l'équipe, de servir de référence pour d'autres territoires comme l'ESPREVE l'a été pour nous ; ce modèle a été très bénéfique, avec une capacité de déploiement étonnante (13 équipes sur le territoire des Hauts de France) - offre une vision du nombre de collaborateurs et partenaires avec lesquels on peut être amené à travailler ».

Le retour d'expérience de l'ESPRèVE nous a démontré qu'il n'existait pas un mode unique de déploiement.

Verbatim : Coordinatrice ESPREVE : « Chaque équipe a été déployée de manière différente sur notre zone géographique, l'objectif pour notre ARS étant à la fois d'apporter une expertise sur l'ensemble du territoire mais également de développer des plans de prévention sur un large panel de thématiques ; à ce jour plus de 8 thématiques sont identifiées dans nos plans d'intervention, notamment en lien avec les addictions chez les personnes âgées ».

Cela a nécessité de repenser certains outils, de créer des supports d'échanges et de liaisons avec les différents réseaux et associations intervenant aux côtés des équipes mobiles de prévention des Hauts de France. Mais également de ne pas oublier que ces équipes ont besoin elles-mêmes d'être accompagnées pour garder cette capacité à être identifiées et reconnues comme « ressources expertes » (*mettre en place des formations autour de la prévention et promotion de la santé, gestion de projet, base en gériatrie, fonctionnement et organisations des EHPAD*) avant même d'envisager une reconnaissance du type « Qualiopi ¹⁵.

Stratégiquement, il sera intéressant, sur le long terme, pour le Pôle EHPAD-USLD (*en sa qualité d'établissement support du GHT, porteur de la filière gériatrique*) de s'engager lors d'une nouvelle contractualisation avec l'ARS sur le management de plusieurs équipes. La filière gériatrique et les réponses apportées aux attendus autour des sujets d'actualités permettent au Pôle d'être un acteur clé et de bénéficier comme évoqué en amont d'une entière légitimité à être porteur de plusieurs projets de manière simultanée (*défi de légitimation d'un projet sous l'angle d'une organisation temporaire dans un environnement plein d'incertitude*).

¹⁵ Certification qualité attribuée aux organismes ou prestataires d'actions concourant au développement des compétences, proposant des actions de formation ; obligation légale, approuvée par la Loi avenir professionnel depuis le 1er janvier 2022

On peut citer ici, à titre d'exemple, le fait d'être missionné sur la mise en place du kit ASSURE (*Amélioration des Soins d'URgence en EHPAD et à domicile*) avec comme objectif, entre autres, de renforcer les liens entre le secteur sanitaire et le médico-social autour de la prise en charge de la personne âgée en perte d'autonomie.

On observe ainsi que le dispositif « ETAPPA » s'inscrit pleinement de par ses objectifs et les résultats attendus dans un ensemble de mesures qui ont toutes vocation à répondre aux nouvelles orientations du nouveau projet régional de santé et du futur schéma départemental gérontologique de la Marne, qui fait actuellement l'objet d'une consultation publique (**Cf. Annexe N° 7**)¹⁶.

2.2.2. Un dispositif qui s'inscrit parmi un ensemble de mesures permettant de répondre au projet régional de santé

Les grands objectifs du Projet Régional de Santé 2018/2028 Grand Est sont transcrits comme suit : « *Diminuer la mortalité évitable dans la région et agir sur les comportements à risque ; assurer un égal accès à des soins sûrs et de qualité pour tous sur tout le territoire et promouvoir un système de santé efficient* ». Pour atteindre ces objectifs, plusieurs axes stratégiques ont été identifiés dont celui d'améliorer l'accès aux soins et l'autonomie des personnes âgées, personnes en situation de handicap et/ou en situation de fragilité sociale.

Ainsi, le schéma départemental de la Marne reprend ces éléments de la manière suivante :

- ✓ **contribuer à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées** à domicile comme en établissement pour permettre à la population de « **bien ou mieux vieillir** »,
- ✓ **diminuer d'au moins 10 % le recours aux urgences** des personnes âgées : *mettre en œuvre des projets de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées en EHPAD et SSIAD notamment sur les facteurs de risque d'hospitalisation (dont on sait qu'ils sont néfastes),*
- ✓ **diminuer d'au moins 5 % le nombre de réhospitalisations non programmées,**
- ✓ **structurer l'offre pour répondre aux enjeux du parcours de santé** de la personne âgée.

A titre d'exemple, des projets communs autour de l'amélioration des organisations et des flux entre les services d'urgences et des EHPAD sont attendus, en réponse, entre autres, à la problématique des urgences évitables. Le projet **ASSURE** part du constat qu'un certain nombre d'hospitalisations de personnes âgées (*environ 30 %*) via les urgences peuvent être évitées (**LABOUE, BONNEAUX, THOMAS, 2018**).

¹⁶ L'ARS Grand Est lance, le 17 juillet 2023, la procédure de consultation pour avis sur le projet de Schéma Régional de Santé (SRS) et de Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables (PRAPS) 2023-2028

Il s'inscrit dans l'esprit de l'instruction de 2017 visant à améliorer les parcours de santé des personnes âgées ¹⁷ par de meilleures coopérations entre les établissements d'hébergement, les acteurs du domicile et les structures sanitaires.

Dans le cadre des travaux en cours portant sur la filière gériatrique, le Pôle EHPAD-USLD a d'ores et déjà inscrit la mise en place du kit ASSURE, au cœur de ses objectifs et ce de manière partagée avec le service d'urgence (*fiche CPOM spécifique « Renforcer le lien Pôle EHPAD-USLD / Urgences / SAMU / Centre 15*). Un groupe de travail spécifique, piloté par le COPIL « Filière Gériatrique » prévoit d'analyser un certain nombre de données pour cibler les actions à mettre en œuvre au plus près des besoins. Dans ce cadre, la cheffe de Pôle a mené une étude portant sur le nombre de passage aux urgences des résidents de 75 ans et plus (*période de janvier à mai 2023, Week-ends, jours fériés et nuits*) : sur un volume de 4 059 passages au SAU, seulement 108 passages concernaient des résidents de l'EHPAD soit moins de 3 % (2,66 % ; 2,98 % si l'on inclut les résidents de l'USLD soit 121 passages au total). On peut donc en conclure que ce ne sont pas forcément les résidents de l'EHPAD qui « embolisent » les urgences (*y compris en termes de décès : 5 décès au SAU sur la même période contre 78 décès en EHPAD*).

Cependant, même si les résultats de l'échantillonnage ne démontrent pas de la nécessité absolue de mettre en place des actions correctrices à très court terme, un travail partenarial est en cours afin de répondre à l'objectif principal de fluidification des parcours et gestion des parcours complexes, dont celui de la personne âgée. Le kit ASSURE fait partie des outils identifié par le COPIL pouvant permettre d'améliorer significativement la prise en charge de nos aînés.

Dans ce Kit, on retrouve un certain nombre d'outils identiques à ceux utilisés par l'ETAPPA : jeux, mise en situation « CLUEHPAD », fiches de liaison, fiches « conduites à tenir » ...

Le projet ASSURE a donc également pour objectif de faire de la prévention et de sensibiliser les professionnels des EHPAD. Cette sensibilisation porte en grande partie sur les alternatives au recourt aux services d'urgence pour les personnes accompagnées (*adressage à partir du domicile et/ou des unités des EHPAD*).

Dans les Hauts de France, cette sensibilisation est justement assurée par les 13 équipes mobiles de prévention de la perte d'autonomie. Ce retour d'expérience démontre bien de la nécessité de :

- ✓ faire du lien et de se mobiliser pour pérenniser le dispositif ETAPPA,

¹⁷ Instruction n° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées

- ✓ être force de proposition dans l'attribution de nouvelles missions pour l'équipe, telles que la sensibilisation autour du recours aux urgences (*chutes à répétition, réhospitalisations...*).
- ✓ participer pleinement à l'offre de soins dans la structuration des parcours « Personnes âgées »¹⁸ aux côtés de l'ensemble des partenaires et acteurs du territoire.

Au-delà de cet aspect, maintenir un niveau de sensibilisation des professionnels de santé autour de la prévention de la perte d'autonomie contribue à diminuer le recours à certains actes techniques et/ou consultations spécialisées, la consommation de traitements médicamenteux par la prévention du risque iatrogénique (*en encourageant la mise en place d'alternatives non médicamenteuses*), le risque de polymédication ...

En effet, la prévention de la perte d'autonomie permet de canaliser les besoins en soins et par ricochet une meilleure maîtrise des dépenses de santé. Des actions de prévention axées sur la nutrition, l'activité physique, la santé buccodentaire, le risque de chutes mais également la prévention de la dépression (*taux de suicide important chez les aînés*), le maintien du lien social et le bien-fondé des actes de soins, doivent être identifiées et intégrées aux parcours de santé et de vie de la personne accompagnée (*2,52 M€ alloués chaque année depuis 2019 pour des projets de prévention de la perte d'autonomie en EHPAD et à domicile sur le Grand Est ; 67 % des résidents d'EHPAD concernés ont bénéficié d'actions de prévention*) (**Annexe N° 8**).

Ainsi l'amélioration des prises en charge des personnes âgées en perte d'autonomie passe par la définition de ces **parcours** de manière collégiale et pluriprofessionnelle, la fluidification des échanges et l'approfondissement de l'articulation entre secteurs sanitaire et médico-social. Si les professionnels sont sensibilisés à la place qu'occupe les EHPAD et les SSIAD dans les parcours de soins et de vie, alors les actions entreprises par les équipes mobiles seront encore plus bénéfiques. C'est dans ce cadre, et dans l'objectif d'une pérennisation possible du dispositif ETAPPA, que la région et les départements projettent de créer de nouvelles équipes mobiles territoriales de prévention de la perte d'autonomie des personnes de plus de 60 ans auprès des EHPAD sur les territoires de l'Aube et de la Meuse.

L'ETAPPA pourrait se saisir de cette opportunité et servir de référence pour la construction de futures équipes sur ces territoires voisins, comme l'ESPRèVE l'a été pour l'équipe rémoise.

¹⁸ 7 875 demandes d'admission « parcours personnes âgées » reçues dans via-Trajectoire entre janvier et juin 2022 (chiffres clés du PRS 2018-2022)

Pour rappel, « *Le parcours se définit comme le continuum de l'accompagnement global des patients et usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix (approche par population, par pathologie...). Cette démarche associe les acteurs de santé et les usagers et nécessite une action coordonnée des acteurs de la promotion de la santé, de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, en intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement [...]* » (**Lexique des parcours de A à Z, ARS, 2016**).

C'est en partant de cette définition, que le PRS Grand Est a regroupé sous l'objectif « **Parcours de santé de la personne âgée** », un certain nombre de mesures, comme :

- ✓ 69 projets innovants autorisés en Grand Est depuis 2018 : 26 projet en expérimentation « article 51 » **dont L'ETAPPA** avec 150 000 € alloués par an et par équipe mobile territoriale de prévention de la perte d'autonomie des personnes de plus de 60 ans auprès des EHPAD du territoire,
- ✓ Le renforcement de 22 équipes mobiles de gériatrie entre 2018 et 2022,
- ✓ 50 porteurs de projet ont mené 27 actions de formation, 22 actions de sensibilisation/information, 23 actions de soutien et d'accompagnement des aidants pour un montant de 280 000 €.
- ✓ Une expérimentation « Bien vieillir en bonne santé chez soi » jusqu'en 2022 dans chaque département, intervention d'un SSIAD pour des soins plus importants,
- ✓ La poursuite des outils numériques : télémédecine, téléconsultation... afin d'éviter entre autres les transports des résidents en VSL ou ambulance et temps d'attente.

Pour venir alimenter ces propos et mettre en exergue l'imbrication de nombreux dispositifs, on peut citer les mesures prises autour du positionnement d'un temps infirmier de nuit ; en effet, dans la Marne, plus de 51 dispositifs « **IDE de nuit** » ont fait l'objet d'un financement à hauteur de 2,54 millions d'euros. Ce projet a pour ambition d'apporter une couverture infirmière dans près de 176 EHPAD, au bénéfice de plus de 14 351 résidents.

Le déploiement d'« IDE de nuit » mutualisée a pour objectifs d'améliorer la coordination entre les différentes prises en charge sanitaire, social et médico-social et limiter le recours non pertinent à l'hospitalisation. A travers cette autre mesure, on identifie bien la nécessité de croiser l'ensemble des dispositifs existants ainsi que l'importance pour une gouvernance d'établissement de définir une stratégie de déploiement. Là aussi, le Pôle EHPAD-USLD du CHU de Reims a souhaité se positionner et dispose d'IDE de nuit, permettant de sécuriser la prise en charge des résidents et de s'inscrire pleinement dans les objectifs du PRS.

19 porteurs de projet ont également été retenus pour mener des actions de suppléance à domicile (*relayage*), répit de nuit à domicile et/ou d'accueil de nuit en EHPAD ; A ce titre, un **projet Noctambule** (*dit « PASA » de nuit*) est en cours d'expérimentation au Pôle EHPAD-USLD du CHU de Reims avec pour objectif CPOM - à la demande du Département et de l'ARS - une généralisation du dispositif sur les quatre résidences du Pôle.

On discerne bien à travers ces quelques exemples, que le travail collaboratif conjugué à un ensemble de mesures expérimentales ou non, mais qui s'inscrivent dans une logique de prise en charge globale, offrent un panel de réponses à des situations complexes, dont celle du vieillissement de la population et de la prévention de la perte d'autonomie. Cette combinaison démontre d'une forme d'enrichissement, entres autres à travers le partage et retour d'expérience concernant la mise en place de nouveaux dispositifs. Il s'agit d'une forme d'enrichissement professionnel, d'acquisition de compétences complémentaires, même si le fruit de ces expérimentations n'est mesurable que dans la durée (*à moyen et long terme*).

Toutes ces mesures s'inscrivent pleinement dans une logique de parcours innovante. Elles répondent aux enjeux actuels, à savoir une réponse adaptée et personnalisée aux besoins des personnes accompagnées (*préserver l'autonomie et l'environnement de la personne le plus longtemps possible*) tout en améliorant la fluidité des parcours. Cet enjeu se traduit entres autres à travers un concept récent « **le principe d'aller vers** », permettant aux EHPAD de s'ouvrir davantage sur l'extérieur et donner une autre dimension à ses organisations et le savoir-faire de ses professionnels de santé (*EHPAD hors les murs*).

Conclusion

Si les effets de la transition démographique (*liée à l'allongement de la vie*) sont assez mécaniques, on s'accorde à dire que le poids et l'importance de la prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux de la perte d'autonomie ne peuvent plus être ignorés ; les conditions et parcours de vie des personnes (*ressources, contraintes, environnement, etc.*), le contexte dans lequel elles évoluent (*protection sociale, système de santé ou services disponibles*), la possibilité de bénéficier ou non d'un accompagnement... sont d'autant d'éléments qui peuvent venir entraver ou favoriser un vieillissement en bonne santé. Abordés depuis plus de 10 ans, la nécessité d'intensifier les actions autour de la prévention de la perte d'autonomie fait sens et est souvent le fruit d'analyses convergentes menées par les pouvoirs publics et les institutions. Pour autant, le virage préventif peine à se dessiner alors que ni les constats, ni les outils ne font débat. On ne peut que constater que ces actions sont encore trop dispersées sur les territoires et la problématique de financements pérennes se posent. Elles ne font pas systématiquement l'objet d'un nombre d'interventions suffisantes pour venir modifier les comportements de la personne accompagnée, son entourage ou les professionnels eux-mêmes. La remise en cause des pratiques professionnelles au quotidien n'est pas chose aisée. Pouvoir bénéficier d'un accompagnement, de formations, d'ateliers de simulation entre pairs peuvent être l'une des clés pour sensibiliser davantage nos équipes au repérage et à la prise en charge des fragilités et risques liés à l'avancée en âge.

La prévention de la perte d'autonomie s'envisage donc à la fois dans une conception holistique (*aspects sanitaires, sociaux, médico-sociaux et environnementaux*) et dans une démarche transversale qui implique l'ensemble des acteurs. Intégrer la prévention dans les politiques de l'autonomie, dans une logique de parcours et une logique partenariale va permettre de densifier et rendre plus pertinente une coordination des actions (*imbrication des dispositifs*) et des acteurs en faveur de la prévention de la perte d'autonomie. En effet, la dispersion des intervenants, l'absence de retour d'expérience ou la fragmentation des prises en charge privent de ses effets une politique qui se veut pourtant consensuelle. Ainsi collectivement, identifier et mobiliser différents leviers d'actions s'avèrent être une nécessité et un réel sujet d'actualité dont peuvent s'emparer les équipes mobiles d'accompagnement et de prévention de la perte d'autonomie.

La promotion du « **Bien vieillir** » ne peut donc être réussie que si les conditions d'un « *vieillesse réussie* » (OMS) sont partagées. Activité physique et logement adaptés, liens sociaux, familiaux et amicaux, offre de soins accessible géographiquement et financièrement, alimentation équilibrée... constituent autant de facteurs, qu'il est possible d'infléchir pour agir davantage sur la prévalence de la perte d'autonomie.

La gouvernance et les professionnels ne doivent pas oublier que, dans la manière d'agir au quotidien auprès de nos aînés, la prévention prend sens dans le prendre soin, l'estime et le respect de l'autre, le bien-être et la prise en compte des besoins exprimés.

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LEGISLATIFS OU REGLEMENTAIRES :

- Loi N° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et portant création de l'allocation personnalisée d'autonomie
- Loi N° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

- Décret 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des ESSMS
- Décret 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de vie sociale et autres formes de participation

RAPPORTS :

- ANESM, Décembre 2016. Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles & fiches repères
- ARS Grand Est, Juillet 2023. Projet de schéma régional de santé 2023-2028 soumis à la consultation juillet à octobre 2023
- ARS, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, Janvier 2016. PARCOURS DE SOINS, PARCOURS DE SANTÉ, PARCOURS DE VIE. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z
- CESE, Avril 2023. La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement, p. 28 à 31, p. 36 à 40, p. 91
- DÉPARTEMENT DE LA MARNE Direction de la Solidarité Départementale Service solidarité, grand âge et handicap, 2016-2021. Schéma Gérontologique de la Marne
- DREES, Mai 2023. Études et Résultats : une personne sur dix éprouve des difficultés de compréhension de l'information médicale, n° 1269
- DREES, Février 2023. En 2021, l'espérance de vie à 65 ans pour les femmes est de 12,6 ans sans incapacité et de 18,8 ans sans incapacité forte ; l'espérance de vie à 65 ans pour les hommes est de 11,3 ans sans incapacité et de 16,2 ans sans incapacité forte, N° 1258
- Entités et Politiques Publiques, Synthèse, Novembre 2021. La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, construire une priorité partagée (Rapport public thématique de la Cour des Comptes)
- Haut-Commissariat au plan, Think Tank Matières Grises, Janvier 2023. Quand les babyboomers auront 85 ans Projections : pour une offre d'habitat adapté à l'horizon 2030-205. Les études de Matières Grises, #6
- INSEE, Edition 2022. France, portrait social, Fiche 5.2 - Perte d'autonomie
- INSEE Première, Novembre 2021. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée, n° 1881
- INSEE, Edition 2019. France, portrait social, Coll. « Insee Références »
- INSEE, Edition 2018. France, portrait social, Coll. « Insee Références »
- Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des droits des femmes, 2015. Plan national d'action et de prévention de la perte d'autonomie

- AQUINO J.-P., Société Française de Gériatrie et Gérontologie et CORBIN S., Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie Grand âge et Autonomie, 2018. Prévention de la perte d'autonomie et bien vivre son avancée en âge, Atelier n°5.
- BORNE E., ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion et BOURGUIGNON B., ministre déléguée, chargée de l'Autonomie, 20 octobre 2021. Plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie : un an d'avancées majeures pour les professionnels
- DOMER L. et REHOR P., Avril 2023. L'accompagnement de la perte d'autonomie : une politique publique en déshérence ? Diagnostic et propositions, Éditions Fondation Jean JAURES
- LIBAULT D., Mars 2019. Concertation Grand Âge et Autonomie (rapport)
- LIBAULT D., 17 mars 2022. Vers un service public territorial de l'autonomie

OUVRAGES :

- BACQUE M.-H. et BIEWENER C., 2013, L'empowerment, une pratique émancipatrice, Paris, La Découverte, coll. « Sciences Humaines / Politique et sociétés
- BLOCH M.-A., HENAUT L., HAVIS D., Août 2014, Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », Dunod
- DE BEAUVOIR S., 1970, La Vieillesse, Editions Gallimard
- MONOD S. , SAUTEBIN A., Novembre 2009, VULNÉRABILITÉS ET SANTÉ, Vieillir et devenir vulnérable
- WARCHOL N., 2012, Autonomie, Les concepts en sciences infirmières, p. 87 à 89

MEMOIRES :

- BOUTRY N., 2019, Le maintien en autonomie des personnes dépendantes, Mémoire Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social (DESSMS), EHESP
- GAIDIOZ S., 2008, Les aidants familiaux face à la dépendance de leurs proches âgés à domicile, Mémoire Institut Régional et Européen des métiers de l'Intervention Sociale

REVUES - ARTICLES :

- APM NEWS, Juillet 2023, « Virage préventif, attractivité, réforme du financement : François Braun esquisse les grands enjeux du PLFSS 2024" »
- APM NEWS, Août 2023, « Les rendez-vous de prévention devraient être rémunérés 30 euros (actualisation) »
- BRABANT-DELANNOY L., 2019, « Perspectives du vieillissement et de la perte d'autonomie en France », Fédération Française du Bâtiment, « Constructif », 2019/2 N° 53, p. 5 à 9
- CASTRA M., SAINSAULIEU I., 2020, « Intervenir sur un autre territoire professionnel. Équipes mobiles et services « sédentaires » à l'hôpital », Sciences sociales et santé 2020/4, Vol. 38, p. 47 à 74
- COMMUNIQUE DE PRESSE, Rapport Libault, 2019, 175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France
- ENNUYER B., 2011, « A quel âge est-on vieux ? la catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus », Gérontologie et Société, 2011/3, Vol. 34, Numéro 138, p. 127 à 142
- GANNON F., LE GARREC G., TOUZE V., 2021, « Vivre longtemps et risque de perte d'autonomie : quelles politiques publiques en Europe ? », Ressources en Sciences Economiques et Sociales
- GIRAUD O., LE BIHAN-YOUIYOU B., 2022, « L'état des savoirs », « Les politiques de l'autonomie : vieillissement de la population, handicap et investissement des proches aidants », Revue Politiques Sociales, p.115 à 133
- LABOUE S., BONNEAUX C., THOMAS B., 2018, « Le projet assure pour l'amélioration des soins d'urgence en EHPAD, une action au service des acteurs de la filière gériatrique et des urgences en Hauts-de-France », La revue de gériatrie, vol. 43, n°10
- MISHARA B.-R., RIEGEL R.-G., 1984, « Le Vieillissement », presses universitaires de France, Paris
- REGARDS, 2023, « Prévention et protection sociale », EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale, N° 61
- VANDENDOREN B., GEURTS H., HAELEWYCKCAIRN M.-C., 2019, « Perspectives et retours d'expériences, Empowerment individuel et grand âge, Gérontologie et société 2019/2, vol. 41 / n° 159, p. 213 à 226
- WINANCE M., 2007, « Dépendance versus autonomie... De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médico-sociales, Éditions John LIBBEY, Revue « Sciences sociales et santé », 2007/4, Vol. 25, p. 83 à 91,
- ZRIBI G., 2017, « Le vieillissement des personnes handicapées mentales », Presses de l'EHESP, p. 7

BROCHURES :

- Culture et Santé, 2019, Fiche LISA N° 6 « La littératie en santé et les personnes âgées », Bruxelles

SITES INTERNET :

- PRS Grand Est : consultation sur le SRS et PRAPS 2023-2028 | Agence régionale de santé Grand Est (sante.fr)
- Petite histoire de politique vieillesse - Oui Care
- La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. (santepubliquefrance.fr)
- RÉGÉCAP - Réseau Gériatrique et Accompagnement Soins Palliatif de Champagne-Ardenne (reseaux-sante-ca.org)
- 13 équipes spécialisées en prévention pour accompagner les EHPAD des Hauts-de-France | Agence régionale de santé Hauts-de-France (sante.fr)
- Élaboration du nouveau schéma départemental gériatrique | La Marne En Ligne
- Déploiement des rendez-vous prévention (hcsp.fr)
- le portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

LISTE DES ANNEXES

- ✓ Annexe N° 1 Tableau des enquêtés
- ✓ Annexe N° 2 Guide d'entretien
- ✓ Annexe N° 3 Grille d'analyse des entretiens menés dans le cadre du mémoire
- ✓ Annexe N° 4 Les facteurs de risques de la perte d'autonomie
- ✓ Annexe N° 5 Historique des lois relatives aux personnes âgées
- ✓ Annexe N° 6 Fiche CPOM « ETAPPA »
- ✓ Annexe N° 7 Extrait du PRS - SRS Grand Est 2023 – 2028
- ✓ Annexe N° 8 Quelques chiffres clés du Grand Âge dans la Marne

Annexe N° 1 - Tableau des enquêtés

N° entretien	Fonction	Ancienneté dans la fonction	Date d'entretien	Durée d'entretien
Rencontre 1 (R1)	RéGéCAP	Dans le cadre du CO-PORTAGE du projet	8 février 2023 8 mars 2023	2 x 2 heures de réunion
Rencontre 2 (R2)	Equipe ESPRèvE Hauts de France	Equipe en place depuis 4 ans	3 mars 2023	Accompagnement sur une journée sur site HF
Entretien N° 1 (E1)	Ergothérapeute	2017	11 mai 2023	1 heure 15 minutes
Entretien N° 2 (E2)	Encadrement	2015/2016	15 mai 2023	1 heure 10 minutes
Entretien N° 3 (E3)	Ergothérapeute	2020	5 mai 2023	1 heure
Entretien N° 4 (E4)	Diététicien(ne)	2018	23 mai 2023	1 heure 10 minutes
Entretien N° 5 (E5)	APA	2006	5 mai 2023	1 heure 20 minutes
Entretien N° 6 (E6)	Corps médical	2007	6 juillet 2023	1 heure 45 minutes

Annexe N° 2 - Guide d'entretien

Ce guide a été élaboré en amont de la rencontre avec différents professionnels de santé du Pôle EHPAD-USLD du CHU de Reims ; il avait pour but de m'orienter et de donner un cadre, qui n'aura peut-être pas toujours été scrupuleusement suivi pour laisser place à un échange spontané et sans contrainte.

- **INTRODUCTION/PRESENTATION :**

Bonjour,

Tout d'abord, je tiens à vous remercier d'avoir accepté cet entretien. Je vais commencer par me présenter.

Je m'appelle Florence BARBANÇON ; je suis actuellement élève Directrice d'établissement sanitaire social et médico-social et j'effectue un stage de professionnalisation de 8,5 mois au sein du Pôle EHPAD-USLD. Les principaux objectifs de ce stage sont :

- *de développer des compétences de pilotage stratégique : Mise en situation de position de pilotage, d'animation, de communication et de prise de décision encadrée (délégation de missions propres confiées à l'élève). Les missions doivent être variées afin de permettre la découverte et l'appropriation d'un maximum de dimensions du métier de D3S (participation et observation de l'activité des directeurs maîtres de stage, appropriation des outils de management, participation à l'activité quotidienne de direction*
- *de développer des compétences de gestion, notamment en RH, finances et ressources matérielles par leur mise en pratique (s'approprier les outils de champs de gestion variés, participer aux tâches quotidiennes du directeur telles que le recrutement, l'animation de réunions d'équipes, l'organisation des remplacements, les réponses aux courriers des familles ...*
- *de réaliser des commandes de stage (RH, finances, ressources matérielles, management opérationnel...) et de produire un rapport de stage ainsi qu'un mémoire de fin de formation.*

Ainsi, dans le cadre du mémoire (thème choisi en lien avec l'une de mes missions principales de stage), j'ai décidé de mener plusieurs entretiens avec des professionnels, des directeurs et si possible des usagers afin de recueillir à la fois la vision des uns et des autres autour du sujet de l'injonction du « *bien vieillir* » et les liens avec la prévention de la perte d'autonomie, sujet phare de nos politiques publiques actuelles « Grand Âge ».

Je tiens par ailleurs à vous informer que cet entretien est enregistré afin de me permettre de l'écouter ultérieurement. Vous pouvez refuser cet enregistrement, sachez simplement que celui-ci restera confidentiel, pour mon seul usage dans le cadre de ma scolarité.

Il pourra partiellement faire l'objet d'une retranscription où votre anonymat sera garanti. Une prise de notes au fur et à mesure de notre discussion sera également réalisée.

La durée de cet entretien n'excédera pas 1 heure. Il sera basé sur un ensemble de questions mais je vous rassure sur le fait que la parole est libre et qu'aucun jugement ne sera porté. Toutes les questions ne seront pas forcément abordées si cela ne semble pas nécessaire au regard des échanges.

Si vous êtes d'accord, au cours de l'entretien, j'aimerais que nous abordions les thèmes suivants :

- **CARACTERISTIQUES DE LA PERSONNE INTERROGEE :**

- ✓ Nom : **Anonymisé**
- ✓ Prénom :
- ✓ Fonction occupée :

- **THEMATIQUES ABORDEES :**

- 1. Votre parcours au sein de l'institution**

- Pouvez-vous succinctement me présenter votre parcours au sein de l'institution ?

- 2. La définition et les enjeux de la perte d'autonomie**

- Quelle définition apporteriez-vous à la perte d'autonomie ?
- Quelle(s) différence(s) faites-vous avec la dépendance ? comment définissez-vous la dépendance si toutefois vous évoquez une différence ou plusieurs nuances entre ces deux termes ?
- Quelle représentation avez-vous des personnes âgées et leur place dans la société ?
- Quels sont de nos jours et selon vous les risques majeurs de la perte d'autonomie pour la population française ?
- Quels sont les enjeux majeurs pour lesquels la mise en place d'actions de prévention de la perte d'autonomie vous semble indispensable ?

- 3. Les politiques publiques en matière de prévention de la perte d'autonomie**

- Quelles sont pour vous les références en termes de politiques publiques (dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie) ? Pensez-vous que ces politiques ont évolué ces dernières années ?
- Comment définissez-vous la culture de prévention ?
- Comment situez-vous les EHPAD sur le sujet et la prise en compte de la prévention de la perte d'autonomie au regard de l'évolution des politiques publiques ?

- 4. Les actions de prévention de la perte d'autonomie**

- Comment situez-vous les EHPAD dans cette démarche et notamment le Pôle EHPAD-USLD du CHU ? y-a-t-il une dynamique ou est-ce un axe encore à travailler ?
- Et à ce jour, quelle vision avec les autres acteurs du territoire ? comment voyez-vous le déploiement des actions et envers quels acteurs prioritairement ?
- Quels sont pour vous les acteurs clés (principaux) nécessaires à la mise en place d'actions en termes de prévention de la perte d'autonomie sur le territoire ? et pourquoi ?
- L'ETAPPA, que pouvez-vous me dire sur votre intégration sur ce projet ? quel est votre ressenti ? votre vision du projet ? Les perspectives d'évolution ? comment vous sentez-vous ?

- 5. La pérennisation du projet de mise en place de l'ETAPPA**

- Comment voyez-vous son fonctionnement à terme dans le temps et dans l'espace (hors lancement du projet) ?
- Quels sont selon vous les conditions de réussite et conditions d'échec d'un tel projet ?
- Selon vous, quelle place occupe la direction dans un tel projet ? son rôle ?

- 6. C'est quoi pour vous la vision holistique de la personne âgée ?**

Annexe N° 3 - Grille d'analyse des entretiens menés dans le cadre du mémoire

Entretien / Fonction	Définitions et enjeux de la perte d'autonomie				
Questions principales	Définition de la perte d'autonomie	Définition de la dépendance	La représentation des personnes âgées et leur place dans la société	Les risques majeurs de la perte d'autonomie	Les enjeux majeurs
Entretien N°1 (E1) Ergothérapeute	Perte de certaines capacités motrices ou intellectuelles par rapport à un état initial	La perte d'autonomie c'est un début de dépendance mais à un stade où l'on peut encore se gérer seul pour tout ou partie de ses actes ; la dépendance nécessite une aide technique, de personnel, d'un tiers. La dépendance est plus forte en termes de perte de capacités que la perte d'autonomie	Je pense qu'on fait de plus en plus attention aux PA ; bcq de choses se sont développées en ce sens pour cette population ; je n'ai pas l'impression que ce soit une population délaissée (groupes d'activités sportives et physiques, les clubs dans les villages, villes...) ; je me base sur l'expérience avec mes grands-parents (club de jeux...)	L'isolement, les pathologies, la rupture et fracture sociale, les accidents corporels (tout ce qui touche à la santé), le décès d'un proche, facteur qui marque bcq (impacte clairement la vie de couple et risque de perte d'autonomie, laisser aller...)	Répondre à un besoin social, comme l'isolement ; créer du lien ; donner du sens au quotidien des PA Améliorer les PEC en hospitalisation des PA
Entretien N°2 (E2) Encadrement	C'est une perte progressive des capacités d'une personne à se gérer elle-même, autant physiques que cognitives	Il n'y a pas vraiment de différence ; il s'agit d'un synonyme avec une vision positive si on parle d'autonomie, et une vision négative si on parle de dépendance	Tout dépend de son état ; la personne âgée est socialement, à partir de l'âge de la retraite, une place prépondérante dans la société tant qu'elle est autonome, vivant chez elle, en tant que citoyen. A partir du moment où elle a besoin d'entrer en institution, la société ne lui laisse plus trop de place ; elle n'a plus une part assez active pour la société qui la considère à travers une vision négative (dépendance, perte de moyens... donc placement) ; elle devient un fardeau.	C'est la perte de la perte des facultés cognitives, la perte de son autonomie de penser (plus maître de soi), risque de manipulation (hors institution ce risque est majoré). Le deuxième, c'est la perte d'autonomie physique. Ils ont besoin d'aide. Avant les PA étaient plus dans une perte de capacité physique (moteur) et moins cognitive mais cela s'inverse avec l'arrivée plus tardive en institution ; le côté positif est qu'on maintient les PA plus longtemps au domicile et c'est une bonne chose. Sur la perte physique, ce sont les chutes, notamment les chutes multiples ; les personnes dénutries et déshydratées avec une très mauvaise alimentation, qui engendrent des passages aux urgences, impactant les grandes fonctions du corps ; souvent les personnes ne ressortent pas d'hospitalisation et sont placées.	Axer sur la nutrition de la PA en institution car impact sur le physique et le psychologique Le maintien de l'autonomie mais dans tous les actes de la vie quotidienne, tant sur leurs capacités à se déplacer seul ou en tout cas, même si c'est un fauteuil roulant, de pouvoir le faire de façon à peu près autonome ; le maintien d'une activité physique et de pouvoir à minima gérer leur toilette, les déplacements dans la chambre... ; ne pas être dépend d'une tierce personne tout le temps Nos actes de prévention doivent aller dans ce sens pour maintenir aussi longtemps que possible leurs capacités et ce dès l'entrée.

				<p>Avant d'intégrer les EHPAD, je ne me rendais pas compte de la misère sociale des PA ; je ne pensais pas qu'il y avait autant de gens avec aussi peu de moyens, qui n'ont pas eu de parcours de santé digne de ce nom, qui ont négligé leur santé et qui sont noyés dans la masse.</p> <p>A partir du moment où ils sont institutionnalisés, la misère sociale est plus visible. A titre d'exemple, quand on a préparé la réunion du dialogue de gestion et que j'ai vu le chiffre du nombre de PA à l'aide sociale, j'ai vraiment été étonnée (quasi la moitié des personnes accueillies du pôle).</p>	
<p>Entretien N°3 (E3) Ergothérapeute</p>	<p>En ergothérapie, on distingue la perte d'autonomie et la dépendance. Dépendance et autonomie ne sont pas exactement synonymes. La perte d'autonomie représente la perte des capacités motrices sur les activités de la vie quotidienne ; C'est la personne qui n'arrive plus sur le plan moteur, le plan physique, à réaliser la toilette, l'habillage, n'arrive plus à se lever, n'arrive plus à s'endormir, à manger. Les activités de la vie quotidienne se distinguent entre 3 catégories : les soins personnels (habillage, toilette, manger...), les loisirs (sortir avec la famille, les amis, faire de la randonnée...) et l'occupation (se mettre en exercice, côté travail, droits civils, faire son ménage... = se mobiliser).</p>	<p>C'est une diminution des capacités cognitives, qui impactent la réalisation des activités de la vie quotidienne. C'est la personne qui n'arrive plus à élaborer et à réaliser un acte.</p> <p>On peut très bien avoir une personne qui arrive à agir sur un plan moteur, mais qui n'arrive plus à s'organiser, à planifier, à mémoriser ce qu'elle doit faire.</p>	<p>Ma première représentation de la personne âgée, c'est celle que j'ai à travers mon cercle familial, repère à travers mes grands-parents et celle que j'ai construite au fur et à mesure de mon expérience professionnelle.</p> <p>Des personnes qui ont vécu dans une époque avec des mœurs différentes, notamment sur l'hygiène, sur l'équilibre alimentaire... mais un changement s'opère, la nouvelle génération a des besoins différents (besoin de douche, alimentation différente, besoin davantage de lien social et d'activités...).</p> <p>La PA participe davantage aujourd'hui (ex : monde associatif, investie dans le quotidien d'autres personnes de leur entourage, dans la vie dans la ville), elle se mobilise plus du fait de l'allongement de l'espérance de vie dans la vie de la société et certainement pour garder en autonomie et un esprit « jeune ».</p>	<p>Le 1^{er} risque est la majoration de l'hospitalisation ; Parce qu'en sachant que nos hôpitaux sont déjà saturés et que les personnes en perte d'autonomie ont plus de risque d'être hospitalisées ; ces hospitalisations à répétition pour certaines personnes sont elles-mêmes facteurs de perte d'autonomie.</p> <p>Les personnes vont avoir de plus en plus d'aide et d'accompagnement (besoin très prégnant pour les générations à venir). Certaines pathologies qui progressent et se majorent avec l'âge sont un risque ; l'isolement de la personne également majore la perte d'autonomie : la personne n'est plus stimulée cognitivement, n'a plus envie de faire, et ce risque est encore majoré si elle se trouve en dehors de la ville.</p>	<p>D'accompagner dignement la personne âgée sur la fin de sa vie (et en fin de vie) sur ses besoins et sa vie en général.</p> <p>Favoriser le maintien à domicile en priorité.</p>

				<p>Un manque de lisibilité sur toutes les solutions d'aide dont pourrait bénéficier la personne âgée ; elle ne sait pas vers qui se retourner, ne connaît pas forcément ses droits, les aides financières ou techniques... elle peut se rapprocher de son médecin TTT, 1^{er} levier, mais n'a pas une vision complète du parcours de soins, de vie possible pour elle (manque d'informations et de lisibilité = littératie en santé).</p> <p>Le parcours est très difficile à comprendre pour une personne âgée, au regard du nombre d'acteurs et de solutions. Le Médecin TTT se doit d'informer mais parfois lui-même n'a pas assez de visibilité.</p>	
<p>Entretien N°4 (E4) Diététicien</p>	<p>Différents degrés de perte d'autonomie, comme le fait de ne plus pouvoir s'habiller seul ; Lié au manque d'activité, se mouvoir avec des impacts corporels (problématiques articulaires ou autres) ; la perte d'autonomie s'associe à certaines pathologies.</p>	<p>La perte d'autonomie entraîne de la dépendance.</p>	<p>Non abordé</p>	<p>Manque ou l'absence d'activités physiques, l'hygiène corporelle et l'hygiène alimentaire (nourriture, drogue, alcool, tabac...)</p>	<p>Si on fait le lien avec les politiques publiques, il y a un impact direct sur les dépenses de soins (frais de santé) ; si on accentue la prévention, on a des chances de diminuer les coûts de santé.</p>
<p>Entretien N°5 (E5) APA</p>	<p>Sur un plan théorique, il s'agit essentiellement d'un rapprochement avec la notion de handicap : prise en compte de la personne, son environnement et ses aides extérieures (entourage ou autre). Ces trois dimensions permettent d'aborder la notion de handicap et de perte d'autonomie.</p>	<p>La dépendance, c'est le côté physique de l'acte ; il s'agit davantage de la réalisation de l'acte (ex : enfiler le gant de toilette, frotter soi-même...) ; l'autonomie représente plutôt l'unification et la planification de l'acte (versant plus cognitif).</p> <p>Généralement l'un ne va pas sans l'autre, c'est pour cela qu'il est vraiment difficile d'apporter des définitions précises.</p>	<p>Dire qu'à partir de 60 ans, on est considéré comme personne âgée, c'est un peu dur ! mais la représentation de la personne âgée dépend vraiment de ses conditions physiques et psychiques, ce qui vient modifier le regard des autres. Ce n'est pas toujours la réalité, parfois des personnes de plus de 95 ans sont très bien.</p> <p>On retrouve les personnes âgées dans différents groupes sociaux, des ateliers, des activités intergénérationnelles ; ils ont davantage la capacité à s'ouvrir sur la société qu'avant.</p>	<p>L'isolement est un risque majeur ; les personnes âgées peuvent se sentir dépasser sur le versant administratif (démarches : impôts...), à savoir la fracture numérique d'autant que les enfants et petits-enfants sont des générations numériques.</p> <p>La communication devient parfois difficile.</p>	<p>Il me semble indispensable de mettre en place des actions de prévention pour apporter du « bien vieillir » car souvent l'entrée en EHPAD limite leurs actions au quotidien.</p> <p>Permettre aux personnes âgées de vivre comme elles l'entendent le plus possible, continuer à réaliser leurs envies (aller voir ses amis...). Il y a un vrai parallèle avec la liberté d'aller et venir.</p>

	<p>Pour moi, ce sont les situations sur lesquelles les personnes se retrouvent en difficultés pour exécuter telle ou telle action, pas simplement lié au corporel mais aussi sortir, maintenir des liens sociaux, avoir des activités... c'est un ensemble.</p>		<p>L'image de la personne âgée n'évolue pas beaucoup, on est toujours sur des clichés ; le regard n'a pas vraiment changé mais ce sont les personnes âgées qui modifient leurs habitudes et n'hésitent pas à aller chercher ce dont ils ont besoin (loisirs, culture...).</p> <p>En réalité, c'est la personne âgée qui fait la démarche de s'ouvrir et s'inclure dans la société d'aujourd'hui ; à défaut, elle reste dans un cercle fermé, isolée.</p>	<p>La vie en milieu rural peut aussi être un risque, loin de tous les services, de tous commerces... ils font appel à des livraisons ou autres et moins la personne se mobilise elle-même plus elle risque de perdre en autonomie.</p>	<p>La notion de peur, du danger est à prendre en compte. L'institution n'empêche pas les sorties mais ne l'encourage pas forcément, souvent rapprochées au risque de fugue, de chute en extérieur... ça peut venir limiter l'autonomie, ce sont des freins.</p> <p>L'idéal de l'EHPAD de demain, serait d'être situé au cœur de ville, avec des commerces au sein de la résidence, car peu ont réellement la capacité de se déplacer dans un rayon de quelques kilomètres. Peut-être de développer un nouveau mode d'accompagnement de la personne âgée vers l'extérieur et pas seulement au sein même de la structure (en dehors des murs et des jardins de l'institution).</p> <p>Plus il y a de dispositifs à proximité (commerces, transport...), plus la personne âgée va solliciter ses capacités physiques et psychiques au quotidien. Faire venir ces dispositifs à l'intérieur de la résidence pour maintenir un mode de vie un peu à l'identique du chez soi !</p>
<p>Entretien N°6 (E6) Equipe Médicale</p>	<p>Il y a un psychiatre qui m'a dit un jour lors d'une conférence sur les droits des patients : « Etre autonome, c'est choisir ses dépendances » ! je trouve que c'est une belle formule ; on est autonome quand on accepte nos pertes, et qu'on vit avec ces pertes-là et qu'on vit encore !</p>	<p>La dépendance n'entraîne pas forcément la perte d'autonomie.</p>	<p>Si on est trivial, elle n'a plus sa place ; les plus de 75 ans sont considérés comme un élément de la société qui n'apporte plus rien ; vous n'avez plus de statut social ; avant vous devenez le principal aidant de vos enfants et petits-enfants notamment un soutien financier et à partir de 75 ans vous commencez à tomber un peu malade et vous devenez une charge.</p>	<p>Le manque de considération est un facteur principal, la stigmatisation comme étant une charge contribue à la perte d'autonomie ; ne plus être autonome représente une charge pour une tierce personne, qui renvoie une image négative : impact sur le coût des prises en charge, charge pour la société. Ça retire une partie de la dignité !</p>	<p>Mieux ou bien vieillir ! réparer et prévenir les risques inhérents à la perte d'autonomie grâce à des actions manger, bouger, apporter une alimentation équilibrée, se mobiliser (corps et esprit), arriver ou continuer à faire au maximum sans l'autre.</p>

	<p>L'autonomie, c'est faire soi-même ; la perte d'autonomie c'est ne plus pouvoir tout faire soi-même, mais ce n'est pas pour autant la dépendance.</p>		<p>Vous êtes ce que la société n'a pas envie de voir, vous arrivez dans les EHPAD et c'est la double peine : vous avez mal vieilli et on vous regarde en disant : ah, les vieux des EHPAD. On leur renvoie une image qu'il signifie que ces personnes ne sont plus dignes et qu'économiquement elles sont un poids pour la société.</p> <p>Il y a quand même un changement qui s'opère ; les personnes âgées s'autorisent à être vieux, à sortir, à ne pas trop bien marcher mais à être dehors ; on voit des personnes âgées se promener en déambulateur, ce qu'on ne voyait pas il y a encore quelques années. Une petite évolution, mais ça ne veut pas dire qu'on les accepte.</p> <p>Ce sont des personnes vraies, sans hypocrisie, même démentes, les personnes âgées en font pas semblants ; il y a un réel attachement.</p>	<p>Une perte d'humanité : des professionnels agissent comme si le résident n'était plus une personne, ne l'écoute plus, agisse machinalement. On les a déshumanisés ! il s'agit là d'une perte d'autonomie à l'excès.</p> <p>La personne qui naît aveugle, va vivre avec son handicap et n'en souffrira pas tant ; la personne qui, à 85 ans, était complètement autonome et qui fait un AVC, se retrouve hémiparétique, sa vie est terminée car elle n'arrivera plus à s'adapter à la perte, ce n'est pas concevable pour elle, par rapport à son vécu, ses habitudes, son degré d'autonomie ;</p> <p>Le handicap n'est pas arrivé suffisamment tôt ou ne s'est pas majoré avec le temps, mais il s'agit d'une perte d'autonomie brutale qui est vécue comme un couperet, qui ne donne plus sens à la vie.</p>	<p>Qu'on ne se substitue pas à moi pour décider ; je décide de ce que j'accepte et ce que je n'accepte pas et je reste acteur de ma santé et de ma vie.</p>
--	---	--	---	---	---

Entretien / Fonction	Les politiques publiques		
Questions principales	Vos références en termes de politiques publiques, littérature...	Définition de la culture de prévention	L'implication des EHPAD et du Pôle sur le sujet
<p>Entretien N°1 (E1) Ergothérapeute</p>	<p>Avant d'être intégrée à l'ETAPPA, non ! depuis le lancement de cette activité, oui ; on se documente davantage, on regarde des articles...</p> <p>Mais je dispose tout de même des recommandations de bonnes pratiques type HAS, sociétés francophones de nutrition clinique (références sur la dénutrition) ...</p> <p>ça élargit mon champ de connaissances au-delà du domaine de la dénutrition. Ça n'est pas quelque chose vers lequel je vais naturellement mais j'y prend goût avec ce projet.</p>	<p>Véhiculer les messages clés quel que soit la population, au sein des structures, peu importe l'outil (flyer...), avec un objectif de faire évoluer les pratiques</p>	<p>C'est nouveau pour moi ; je me base sur le retour d'expérience de mes collègues et cela ne semble pas si ancré dans les services du pôle ; par expérience, j'ai constaté et j'ai été choqué du nombre de résidents que l'on laisse aliter, j'en suis mal-alèse ; les professionnels qui n'ont pas le temps d'accompagner, d'être présent auprès de la PA pour limiter cette perte d'autonomie.</p> <p>La création d'un équipe mobile est un projet qui a du sens au regard de ces difficultés ; les ratios et le temps que les professionnels peuvent dégager aujourd'hui n'est pas suffisant ; mettre en place une équipe mobile peut aider, peut compenser mais il serait bien de prendre le problème à la base : le manque de personnel.</p> <p>La question du « temps » ressort en permanence ; le personnel dans l'ensemble est formé mais pas spécialisé. J'entends par là qu'ils ont une multitude de connaissances de par leur formation initiale mais que celles-ci restent trop générales et ne sont pas adaptées au type de population prise en charge ; les professionnels arrivent dans un EHPAD avec un socle de formation mais trop généraliste, or un EHPAD n'est pas un secteur comme un autre.</p>
<p>Entretien N°2 (E2) Encadrement</p>	<p>Je sais que les politiques publiques s'orientent sur le grand âge et la notion du bien vieillir, la qualité de vie mais je n'axe pas mes lectures en ce sens, je ne prends pas le temps de le faire. Mais s'il y a besoin dans le cadre d'un projet, je vais me documenter.</p>	<p>La culture de la prévention, ce serait pour moi de toujours œuvrer pour que la personne maintienne ses capacités au maximum et d'avoir toujours en tête le laisser-faire !</p> <p>La capacité à laisser faire les résidents, que les soignants ne se substituent pas à la personne accompagnée ; on doit être juste là en support, tendre une main et si la personne n'en a pas besoin d'accepter mais de continuer à tendre la main.</p> <p>J'ai l'impression de faire marche arrière. Parce qu'on a plus le temps. Si je prends mon exemple en tant qu'encadrante, je ne suis même plus dans mes équipes aujourd'hui pour passer ce message et les accompagner dans ce travail.</p> <p>Pour exemple, on avait l'idée de relancer une formation où, justement, on valorisait plutôt cette culture de prévention dans les bons gestes au quotidien. Cette formation n'a pas pu être initiée du fait des autres activités quotidiennes et des urgences en termes de gestion d'équipe (absentéisme, certification...).</p>	<p>Géographiquement, l'isolement d'un établissement fait qu'il n'a pas la possibilité en interne de développer des actions de prévention et qu'il ne sait pas forcément où aller chercher les ressources.</p> <p>Il faut une réelle volonté de la direction d'aller vers... s'ouvrir vers d'autres établissements et partager, accepter d'être accompagné par d'autres ressources expertes.</p> <p>Sur d'autres EHPAD, il existe ce type d'équipes mais peut-être pas aussi bien constituées que celle du CHU.</p>

<p>Entretien N°3 (E3) Ergothérapeute</p>	<p>En effet, c'est quelque chose que j'ai étudié de par mon parcours d'ergothérapeute. La loi 2002-2, les plans Alzheimer... Pour tout projet, il y a besoin de poser un contexte et de s'appuyer sur un socle de références ; j'essaie de garder cette construction dans le cadre des projets que je mène dans mes fonctions d'ergothérapeute au-delà dans ma mission au sein de l'ETAPPA.</p>	<p>Un aspect très important de notre profession ; la prévention peut être induite à différents niveaux, auprès de la personne elle-même et des professionnels de santé. Les professionnels sont en demande de solutions, de connaissances... pour améliorer les PEC ; ont besoin d'être éclairé sur certaines pathologies ou techniques pour mieux aborder le vieillissement et la perte d'autonomie.</p> <p>Mais le temps nécessaire à la culture de prévention n'est pas assez formalisé et ne s'inscrit pas dans le quotidien des professionnels ; on fait d'abord l'acte de soins et si on a le temps, on peut envisager de faire de la prévention.</p>	<p>Le pôle est très favorable à faire de la prévention, la direction et l'encadrement sont très présents et se mobilisent pour nous permettre de faire de la prévention.</p> <p>Parfois, cette thématique est mise de côté au profit d'autres urgences (gestion de l'absentéisme...) mais une direction qui reste très attentive et qui s'engage dans les appels à projets en lien avec la prévention de la perte d'autonomie.</p> <p>Deux éléments m'ont poussée à aller vers ce type de dispositifs : l'accompagnement de la personne âgée sera meilleur si le professionnel est davantage sensibilisé et accompagné sur la thématique du « bien vieillir » et de la prévention (plus d'efficacité à grande échelle) et parce que j'ai une réelle sensibilité pour la formation, la transmission du savoir ; j'aime apprendre et transmettre.</p>
<p>Entretien N°4 (E4) Diététicien</p>	<p>Je n'ai pas forcément de références ; je suis convaincu des axes évoqués dans les politiques publiques et j'effectue mon travail en conséquence mais je n'ai pas le sentiment d'avoir besoin d'aller chercher ce niveau d'information ;</p> <p>Mais depuis que j'ai intégré l'ETAPPA, je ressens davantage le besoin d'aller me documenter en vue de construire des outils pour les établissements ; d'aller lire, consulter certains documents.</p> <p>Ça m'a fait prendre conscience, car en fonction du public auquel on s'adresse, il faut pouvoir démontrer d'un certain niveau de connaissance et de maîtrise.</p>	<p>C'est toute une démarche que les professionnels doivent s'approprier pour en assurer une large diffusion ; la difficulté réside dans le fait de voir le résultat sur le moyen ou long terme ; par exemple, lorsqu'on met en place des évaluations de lever du résident, on constate que les équipes partent du principe que le résident peut faire ou non (raisonnement assez binaire) il n'y a pas d'entre deux et la mise en place d'aide intermédiaire.</p> <p>Les équipes ont l'impression que ça va leur prendre beaucoup de temps. Elles n'arrivent pas à évaluer le bénéfice si elles changent leurs pratiques au quotidien. Le plus compliqué, c'est de leur expliquer que ça va prendre peut-être un petit peu de temps au début, mais pour finir, on va gagner en termes d'autonomie.</p> <p>Ça tend toutefois à évoluer dans le bon sens.</p> <p>Il faut davantage de travail en équipe, une pluridisciplinarité et que chacun puisse faire connaître son champ de compétences et d'intervention à l'autre. Il faut comprendre, accepter et véhiculer la nécessaire complémentarité de nos métiers dans la prévention de la perte d'autonomie (lien Kiné, ergo, APA, soignants...).</p>	<p>Globalement, les EHPAD sont engagés dans cette démarche avec plus ou moins de difficultés et de ressources en interne pour agir au quotidien. Les équipes ont intégré depuis quelques années, l'importance de laisser faire plutôt que de faire à la place de...</p> <p>J'ai conscience de l'évolution des politiques publiques qui tendent à prendre en compte la personne dans sa globalité même si entre les lignes directrices et l'application concrète sur le terrain, les délais sont très longs.</p>
<p>Entretien N°5 (E5) APA</p>	<p>J'ai essentiellement recours à des recommandations de bonnes pratiques mais très peu de littérature et peu de lien avec les politiques publiques dans le cadre de mes différentes démarches.</p>	<p>La culture de prévention représente l'intégration de la prévention dans la pratique au quotidien ; en amont d'un risque, c'est aider le professionnel à intégrer cette dimension dans les actes courants, de manière naturelle.</p>	<p>Le pôle EHPAD-USLD est impliqué dans la dynamique de prévention de la perte d'autonomie à travers d'autres projets comme la formation aux bons gestes, les animations... Il reste fort à faire mais comme dans tous les EHPAD. Des actions se mettent en place à la fois à destination des résidents et des professionnels.</p>

	<p>On connaît peu les axes majeurs, on agit plus en fonction du bon sens sauf si on participe à la rédaction de projets plus ambitieux et institutionnels, comme l'ETAPPA ou un projet multisport (recommandations OMS), simulateur de conduite (articles).</p>	<p>Faire connaître les principes pour mieux agir et accompagner ; être capable de dépasser les acquis issus de la formation initiale pour adapter les prises en charge. Ce principe se rapproche de la protection (mise en place d'aide technique...).</p>	<p>Des actions portant sur les thématiques particulières comme de la contention, la mobilité, la toilette (représentant un temps certain sur la journée d'un résident), sont à mener, pour que ces aspects ne soient pas vécus comme une simple obligation mais comme des actions contribuant à la prévention de la perte d'autonomie.</p> <p>On ne devrait pas avoir besoin de mettre en place des concepts / outils du type Humanitude, Montessori ; ces pratiques devraient être naturelles et incluses directement dans nos modes de prise en charge. On voit que les formations sont trop orientées sur les actes de soins, n'intègrent pas assez les notions plus large type prévention, maintien de l'autonomie d'une personne (âgée ou non) ...</p> <p>Ces concepts sont un plus pour éclairer les professionnels mais sont difficilement applicables au quotidien et surtout à maintenir dans le temps ; souvent faute de temps et de ressources humaines, les pratiques classiques reviennent ; ça génère souvent des frustrations chez les professionnels qui ont eu à cœur de découvrir et mettre en place de nouveaux dispositifs.</p> <p>Peut-être faudrait-il agir davantage sur le contenu des formations initiales.</p>
<p>Entretien N°6 (E6) Equipe Médicale</p>	<p>Au final, les objectifs entre les politiques publiques et ce qu'on mène sur le terrain sont les mêmes et ça a du sens ; on est parfois en décalage mais les problématiques qu'on met en évidence sont bien à l'identique de ce que traitent les politiques publiques ; parfois, c'est la forme et les délais de mise en œuvre qui le sont moins.</p> <p>Mais quelle est notre réelle marge de manœuvre ; si on veut être novateur, il faut réussir à glisser son projet innovant au milieu de ce qu'on vous a obligé de mettre en œuvre même si on est en accord sur le besoin.</p> <p>Nos projets ne sont pas forcément les priorités des politiques publiques.</p> <p>Il y a des textes et il y a la réalité ! les recommandations sont parfois déconnectées de la réalité ; par exemple, en période de forte chaleur, on vous dit qu'il faut regrouper les résidents dans une salle climatisée, mais eux ont froid et veulent rester dans leur chambre ; il faut une réelle adaptation des directives et recommandations en fonction de la personne, son besoin, ses souhaits et non parce qu'il s'agit d'une recommandation globale.</p>	<p>C'est un vrai point positif ; on prévient sans attendre que la personne soit âgée, malade, dépendante ; on prévient en mettant en amont des actions qui vont permettre de repousser la dégradation (même si elle est inéluctable). C'est prolonger le « bien vieillir » ou le « pas mal vieillir » ; ce n'est pas tout à fait la même chose, prévenir c'est se protéger d'un mal vieillir temporaire ou un risque d'accentuation du « mal vivre ».</p> <p>C'est la garantie du moins mal vieillir !</p> <p>La culture de prévention entre pairs passe par la formation, mais une formation au sein d'une équipe dans sa globalité ; il faut que ça devienne une philosophie ; le soignant a appris à réaliser des actes, et si cela ne va pas assez vite, il fait à la place de... c'est ça qui doit changer !</p> <p>Sauf si on a été formé à Montessori à l'échelle d'une équipe, on a compris la philosophie et le sens et on décline ensemble sur le terrain à travers les pratiques professionnelles ; un seul soignant formé n'a pas le même impact, ni dans la qualité de l'accompagnement ni dans la durée.</p> <p>Une adhésion de l'établissement et des équipes à la formation de groupe.</p>	<p>Depuis 4 ans de chefferie de service, je me rends compte que la direction n'a absolument pas toute liberté de mener les projets comme elle l'entend ; elle doit répondre à des injonctions des tutelles, des injonctions liés aux projets internes, liés à son rattachement (CHU et/ou GHT) ...</p> <p>Pour la direction d'un pôle, c'est se battre au quotidien pour faire émerger les difficultés du terrain, les réels besoins des personnes accompagnées et défendre certains projets plus que d'autres.</p> <p>La dynamique du Pôle, la vigilance et la veille menée sur les appels à projets sont nécessaires pour permettre au Pôle et à l'EHPAD de s'adapter, de se moderniser et d'innover vers l'EHPAD de demain.</p>

Entretien / Fonction	La mise en place de l'ETAPPA et son devenir				
Questions principales	Que représente ce projet ? cette équipe ?	Les acteurs du territoire	Les facteurs de réussite ou d'échec d'un tel projet	Son devenir	La place de la direction
<p>Entretien N°1 (E1) Ergothérapeute</p>	<p>du point de vue personnel également ; j'avais besoin de faire autre chose que de contribuer à la PEC des patients en sanitaire ; c'est une réelle dynamique et en même temps j'ai hâte d'aller sur le terrain.</p> <p>Hâte de passer cette période assez administrative pour apporter notre expertise à nos pairs. Cette période est longue mais nécessaire, il faut prendre le temps pour structurer la démarche mais on a hâte de pouvoir articuler nos actions et ateliers avec nos collègues.</p> <p>Nous n'avions pas conscience et mesurer la nécessité de cadrer cette démarche et de mettre en place en amont une réelle gestion de projet ; nous n'avons jamais été accompagné en ce sens et avec le recul c'est très intéressant et formateur et plus que nécessaire pour bien conduire le projet.</p> <p>Dans nos activités quotidiennes au sein des services, on ne nous intègre pas à toutes ces démarches projet et encore moins à la formalisation des documents socles ; je suis contente d'avoir pu y participer.</p> <p>Je me sens bien dans l'équipe.</p>	<p>Les liens avec l'ARS ; je ne les sens pas présent sur le projet de l'ETAPPA ; cela donne l'impression d'une réponse purement administrative à un projet ; on aimerait des contacts avec eux en début et tout au long du projet et pas seulement dans les phases de bilan ; Se faire connaître auprès de toutes les organisations en place : CLIC, MAIA... que nous puissions avoir une vision globale du maillage territorial et se faire connaître dans notre champ d'intervention ; ça manque encore à ce jour !</p> <p>Mairie, par exemple...</p> <p>Une ouverture sur les écoles, instituts de formation, envers les aidants même si aujourd'hui notre cible reste les professionnels au regard du cahier des charges.</p> <p>Des interventions dans les zones rurales, à travers des conférences ouvertes à tout public (usagers et professionnels).</p>	<p>Freins : Ne pas répondre aux réels besoins du territoire mais je ne pense pas que ce soit le cas car les thématiques ciblées sont d'actualités et reflètent la demande des ESSMS et des SSIAD. Que nos interventions ne portent pas leurs fruits, aucun impact.</p> <p>Le manque de temps, car un an d'expérimentation c'est très court, d'autant qu'il a fallu passer 6 mois sur la construction du projet et des documents socles ; le bilan ne portera que sur 6 mois d'activités, ce qui me semble très court pour faire un bilan exhaustif et refléter l'accompagnement, sauf à ce que le projet eut été construit avant notre recrutement mais nous aurions été moins à l'aise pour mener à bien nos missions. Nous n'aurions pas pu nous approprier les choses de la même manière et apporter notre avis, sans marge de manœuvre et sans être réellement partie prenante dans la construction de cette équipe.</p> <p>Réussite : L'exemple des ESPREVE, 13 équipes créées en 3 ans c'est juste génial ; alors pourquoi pas nous ! c'est un retour d'expérience hyper enrichissant qui donne envie d'aller sur le terrain, une source de conseils et de partage d'expérience entre deux territoires.</p>	<p>La mise en place effective de nos interventions et surtout la reconduction du projet par l'ARS pour permettre de pérenniser une équipe sur le territoire.</p> <p>Faire changer les choses, mais peut-être déjà, dans un premier temps, faire réfléchir. Remettre en cause soi-même ses pratiques avec les aspects positifs et négatifs et être directement porteurs de solutions ; s'interroger pourquoi je fais ça comme ça, comment l'ETAPPA peut m'aider à avoir une autre vision et à modifier naturellement mes pratiques, faire réfléchir les professionnels sur leurs modes de PEC ; faire en sorte qu'ils apportent eux-mêmes des solutions.</p> <p>Le mieux, ce n'est pas simplement de leur amener des solutions, mais c'est de faire en sorte que ce soit eux qui apportent des solutions. On les fait réfléchir et travailler dessus, on les oriente, C'est ce qu'on essaye de faire en éducation thérapeutique du patient (ateliers, brainstorming, tour de table...) Beaucoup d'échanges entre pairs et entre patients qui apportent bcq.</p>	<p>L'accompagnement dans la construction du projet, la veille réglementaire ; Un accompagnement indispensable sur le versant administratif et plus conventionnel dans la relation avec les structures partenaires, que l'on devra accompagner sur le terrain ; La direction représente un cadre indispensable pour le bon déroulé du projet ; à défaut, il aurait fallu à minima un encadrement de proximité.</p> <p>Nous n'avons pas forcément conscience de tous les leviers et/ou contraintes administratives.</p> <p>Il faut faire perdurer cet accompagnement également tout en préservant notre autonomie. Il y a quand même une part d'autonomie qui est très intéressante en complément de la mixité dans l'équipe (comprend la notion d'encadrement de proximité)</p>

<p>Entretien N°2 (E2) Encadrement</p>	<p>Apporter de la formation, du conseil notamment envers les petits établissements qui seraient isolés et qui n'ont pas la possibilité de développer des actions sur le thème de la prévention de la perte d'autonomie.</p> <p>Notre priorité c'est aller vers ces établissements, en difficulté, qui ne bénéficient pas de la proximité du sanitaire, qui n'ont pas ces ressources humaines en interne.</p>	<p>Les MAIA et les CLIC, dans le cadre de l'ouverture sur la ville ; l'équipe doit se faire connaître de ces structures (liens ville et institutions, liens institutions et domicile...)</p> <p>Qu'il y ait une reconnaissance de cette activité par les différents acteurs.</p>	<p>Réussite : dynamique et proactif sur le terrain, savoir se vendre ! qu'il y ait un résultat pour chaque établissement accompagné ; Pouvoir à terme être reconnu comme formateur (certification QUALIOPI) à intégrer dans les conditions de réussite pour devenir un acteur visible et reconnu sur le territoire ; cet agrément deviendra indispensable.</p> <p>Freins : Ne pas être à la hauteur des attentes des ESSMS ; que les ESSMS n'aient pas intégré le champ d'intervention de l'ETAPPA et que leurs besoins soient directement auprès de la personne accompagnée ; la cible ne serait donc plus la bonne ;</p> <p>On n'apprend pas assez à laisser faire et respecter la place de l'autonomie de la PA ; on apprend à faire du nursing mais dans la philosophie actuelle on fait à la place de... ça nécessite de réinterroger la manière dont on forme nos professionnels par rapport à la préservation de l'autonomie de la personne âgée.</p> <p>On a une vision encore trop proche du soin, les professionnels sont formés à « l'hospitalier » et non le médico-social. On le voit au quotidien, le fait d'être rattaché à un CHU nous permet de bénéficier du sanitaire pour un grand nombre de choses mais on est « médico-social » donc c'est compliqué car ce sont deux mondes un peu à part.</p>	<p>Je me questionne sur le déploiement sur l'ensemble du territoire de la Marne ; le déploiement sur notre GHT va déjà demander bcq d'énergie et de moyens mais au-delà, cela reste nébuleux, notamment dans le cadre du partenariat avec le co-porteur ; il me semble qu'un format unique serait important pour gagner en légitimité.</p> <p>Si un développement est attendu à cette échelle, avec la mise en place de plusieurs équipes, il me semble qu'il faudra réfléchir à d'autres modalités ; soit calquer le modèle actuel et le déployer soit de repenser le dispositif autrement et à juste titre s'appuyer sur des co-porteurs avec des champs de compétence et d'intervention complémentaires.</p> <p>Je pense qu'il faut des équipes en propre et non rattachées à un établissement (peut être un frein - rapport hiérarchique).</p> <p>Il faudra à terme un management, une supervision détachée de toute empreinte sanitaire, plus à l'image d'un « nouveau » service totalement autonome à disposition des établissements, peu importe leur statut et leur champ d'intervention (sanitaire, social et médico-social).</p>	<p>C'est une vraie politique de l'établissement (choix institutionnel) de développer ce type de projet en mettant à disposition des ressources « rares » et une pluridisciplinarité (investissement financier).</p> <p>Il y a beaucoup d'EHPAD qui ont des ergothérapeutes mais souvent à 50 % voire moins (temps très limité) car ce sont des professions difficiles à trouver, qui nécessitent parfois de faire intervenir des organismes extérieurs pour des séances ponctuelles mais non suffisantes (coût financier également).</p> <p>Il s'agissait pour moi d'un projet interne, lié à la politique du CHU et du pôle.</p>
---	--	--	---	--	---

<p>Entretien N°3 (E3) Ergothérapeute</p>	<p>C'est un très beau projet ; les bases et les objectifs sont clairement identifiés ce qui permet de canaliser nos interventions ; Je suis moins à l'aise sur certaines thématiques comme la dénutrition car ce n'est pas mon champ habituel d'exercice mais l'équipe est complémentaire donc ça donne envie de se former davantage ; l'équipe est en train de se structurer pour gagner en légitimité et en reconnaissance.</p> <p>Un objectif : celui d'avoir la reconnaissance de formateur (QUALIOPI) et dépasser le stade de sensibilisation ; L'équipe se compose d'agents ayant déjà exercés auprès de personnes âgées, ce qui est nécessaire ; la combinaison des profils métiers est intéressante au vue des thématiques retenues sur le territoire et du fait qu'il s'agit d'une 1^{ère} équipe en expérimentation mais pour l'évolution (et la constitution d'autres équipes), il sera nécessaire d'avoir un temps de coordination bien identifié (temps de cadre – temps administratif) ;</p> <p>à revoir en fonction d'autres thématiques également : intégration de temps médical ou IDE...</p>	<p>Les politiques mettent du temps à se mettre en place ; approche en deux temps, engendrant un décalage entre la construction de la politique, sa communication et sa mise en œuvre réelle sur le terrain donc un risque d'inadéquation au regard des besoins de santé publique et des prises en charge (nouveaux besoins).</p> <p>Le projet me donne envie de m'ouvrir davantage vers l'extérieur, vers d'autres partenaires, de nous faire connaître et d'apporter notre expérience, notamment par exemple envers les SSIAD que je ne connaissais pas avant nos rencontres dans le cadre de l'ETAPPA.</p> <p>Faire naître de nouvelles collaborations avec les EHPAD du territoire.</p>	<p>Réussite : Pousser l'accompagnement ou accepter de l'arrêter, relève d'un réel travail en équipe pluridisciplinaire et un temps d'échange avec croisement des pratiques professionnels (staff, transmissions...).</p> <p>D'avoir sur cette 1^{ère} année, un nombre assez significatif d'établissements qui s'engagent par la convention de partenariat, le nombre d'autodiagnostic lancés et la mise en place d'ateliers</p> <p>Freins : De s'engager avec des structures qui abandonneraient la démarche en cours de projet, avec qui aucune action n'est envisagée car cela questionnerait la façon dont nous aurions communiquer, notre organisation, notre approche.</p>	<p>Les actions prioritaires à mener, selon moi, d'une manière générale, se portent sur la sensibilisation des différentes pathologies : entendre des soignants qui ne comprennent pas le ou les comportements des PA et posent un jugement c'est difficile, alors que très souvent ces attitudes sont liées à la maladie, méconnue des professionnels et ça vient modifier la manière de prendre en charge.</p> <p>L'accompagnement de la fin de vie est également une réelle thématique qui nécessite de mettre en place des actions de prévention ; comment accompagner pour préserver les capacités physiques et cognitives de la personne le plus longtemps possible : « jusqu'où on garde l'autonomie, où à quel stade arrêter et prendre le relais, faire à la place de ... soit on continue à accompagner même si le soin n'est pas réalisé dans les règles de l'art, il faut accepter ! »</p> <p>Avec un objectif d'agrandir l'équipe, de servir de référence pour d'autres territoires comme l'ESPREVE l'a été pour nous ; ce modèle a été très bénéfique, avec une capacité de déploiement étonnante (13 équipes sur le territoire des Hauts de France) – offre une vision du nombre de collaborateurs et partenaires avec lesquels on peut être amené à travailler.</p>	<p>La direction nous permet de faire le lien avec l'ensemble des partenaires, nous aide à la construction et l'élaboration des documents socles nécessaires au bon fonctionnement.</p> <p>La direction nous guide dans la création de cette équipe, on ne connaît pas tous les rouages notamment dans la construction de la démarche et la gestion de projet (c'est un vrai métier également).</p> <p>Cet accompagnement est nécessaire au risque de ne pas être opérationnel.</p>
---	--	--	--	--	--

<p>Entretien N°4 (E4) Diététicien</p>	<p>L'ETAPPA représente l'aboutissement de plusieurs années d'expérience auprès du patient/résident, l'acquisition de techniques, outils et le besoin maintenant de partager davantage avec les professionnels ; j'avais besoin d'un point de vue personnel de découvrir un versant sensibilisation – formation, domaine qui m'a toujours attiré (ce qui a été le cas dans le cadre du projet « Bons gestes en EHAPD ») ; je donne de l'importance à la transmission des savoirs et d'apporter des outils à mes pairs. C'est aussi un moyen pour moi d'enrichir mes connaissances avec une équipe pluriprofessionnelle.</p> <p>J'apprécie d'être à 50 % car j'avais besoin toute de même de garder mes interventions auprès de la personne âgée directement.</p> <p>J'ai envie de « donner envie » aux équipes d'aboutir à une meilleure prévention de la perte d'autonomie.</p> <p>Nous avons été tenus de passer par une phase assez administrative mais avons hâte de se rendre sur le terrain et d'accompagner les professionnels du territoire ; pouvoir mettre en place des ateliers qui n'ont pas encore été éprouvés, répondre à ce besoin de « ludique » (moins de théorie), de « pratique sous forme de jeux, du quizz interactif... » ; les professionnels ont besoin d'un nouveau cadre plus ludique et convivial, une approche plus dynamique.</p> <p>Les ateliers de simulation sont très appréciés et permettent aux professionnels de se mettre en situation et de se rendre directement compte et ce en prenant du plaisir pendant la formation ; c'est le meilleur moyen de les sensibiliser.</p>	<p>Naturellement étant donné mon expérience et ma personnalité, j'irais découvrir ce qui se fait sur d'autres filières comme sport santé, observer leur fonctionnement et les outils utilisés ; avec les services de la ville également.</p>	<p>Freins : La question financière, pérennisation du financement ? risque-t-on que ce dispositif ne soit pas reconduit ? on risque d'avoir le sentiment d'avoir tout fait pour que cela fonctionne mais en fait ça ne dépend pas vraiment de nous ; on aimerait avoir au moins une prolongation d'un an</p> <p>Ne pas avoir de contact avec l'ARS en cours de projet si ce n'est par le remplissage de documents ; un contact direct serait un plus pour nous exprimer et faire ressortir les besoins des établissements.</p> <p>Réussite : mener nos actions dans le cadre d'une réelle démarche de gestion de projet, assurer un bon suivi et une bonne traçabilité.</p>	<p>J'ai du mal à me projeter car je me sens moins légitime qu'un kiné, qu'un ergo... Mes fonctions au sein de l'ETAPPA me permettent de dépasser ce sentiment ; ça m'apporte plus de « force », le fait d'être intégré dans un projet à l'échelle d'un GHT.</p> <p>Son devenir : pouvoir développer d'autres équipes, sous le modèle de l'ESPREEVE, en enrichissant les relations avec l'ensemble des acteurs ; être porteur de ce déploiement.</p> <p>Mon inquiétude principale est la reconduction du projet et son financement.</p>	<p>C'est un accompagnement plus que nécessaire, par exemple sur les aspects juridiques, la législation... La direction est porte-parole auprès des instances pour défendre le projet et représente l'équipe.</p> <p>La direction nous accompagne aussi pour construire le dispositif ; elle est attentive sur les points de vigilance, que parfois nous n'arrivons pas à entrevoir.</p> <p>C'est également une forme de complémentarité ; la direction est aussi d'une grande disponibilité.</p>
--	---	--	--	--	--

<p>Entretien N°5 (E5) APA</p>	<p>L'ETAPPA doit permettre de faire changer les mentalités et la qualité des accompagnements, arriver à faire prendre conscience de la situation des résidents auprès des professionnels.</p> <p>La rencontre avec les équipes, les échanges, l'apport pratique au-delà de la théorie... sont des éléments forts du projet.</p> <p>C'est un projet qui a mûri en période COVID mais qui a pu être lancé et qui mérite d'être pérennisé.</p> <p>Ce dispositif permet de mettre en place de réelles simulations pour faire réagir les professionnels, les interventions doivent permettre d'améliorer le quotidien des personnes accueillies mais également des professionnels (QVT).</p> <p>Ce projet a nécessité de travailler sur un cadre, une méthodologie de projet et de déploiement, ce qui a été novateur pour moi. C'est du temps nécessaire pour asseoir le dispositif et notre légitimité.</p>	<p>Malheureusement les structures ont des ressources en interne mais souvent très limitées (faible % de temps), il semble de ce fait nécessaire de travailler avec d'autres acteurs du territoire pour ne plus limiter les temps d'intervention au bénéfice de la personne accompagnée ; mutualiser les moyens humains et matériels, les savoir-faire... pour mieux engager une prévention de la perte d'autonomie. Ne plus raisonner par structure mais sur un territoire et une complémentarité.</p> <p>Des partenariats avec les organismes en charge de l'aménagement du domicile par exemple, les autres équipes mobiles qui restent des équipes intervenant davantage sur la santé et non la prévention directe ; des associations et la ville.</p>	<p>Réussite : Pouvoir se reposer sur un cadre et une méthodologie solide pour démarrer une activité nouvelle.</p> <p>Freins : La non-pérennisation du projet</p>	<p>Pouvoir à terme valider nos interventions avec une certification type Qualiopi pour valoriser davantage le dispositif avant un déploiement sur d'autres équipes ; la montée en charge des retours d'expérience.</p> <p>Etre porteur de plusieurs équipes sur le territoire.</p>	<p>La direction nous assure le lien avec les tutelles, une vigilance sur les évolutions réglementaires et une veille sur les appels à projet : rôle de communication, y compris en interne avec les instances.</p> <p>Un soutien méthodologique pour la bonne conduite du projet. Une direction très investie sur l'ensemble des projets, une réelle volonté de dynamiser les organisations et d'innover.</p>
<p>Entretien N°6 (E6) Equipe Médicale</p>	<p>Les interventions de l'ETAPPA, c'est ramener de la qualité dans les établissements avec des professionnels experts, sans jugement, juste par ce qu'on a perdu l'habitude de faire, qu'on priorise autrement,</p> <p>Former et informer !</p> <p>L'ETAPPA, même si la démarche a été imposée, c'est un beau projet ; l'équipe commence déjà à créer du lien entre établissements et avec les SSIAD.</p>	<p>L'articulation entre acteurs est certainement le plus difficile à mettre en œuvre ; il faut une part d'injonction sinon les acteurs ne se sentent pas investis du sujet.</p> <p>Concrètement, on fait trop de lien avec la valorisation financière ou les certifications, évaluation interne et externe. On vit tout ça de prime abord comme une contrainte, mais heureusement qu'on vit ces moments qui nous obligent à remettre de la qualité dans nos pratiques. C'est un vrai point positif, nécessaire pour faire bouger les lignes.</p>	<p>Freins :</p> <p>La démobilisation de l'équipe lorsque les actions menées ne porteront pas leurs fruits ou ne seront pas acceptées / retenues par les ESSMS/SSIAD.</p> <p>Il faut qu'ils envisagent qu'il peut exister des freins à leur démarche.</p> <p>L'absence de pérennisation du projet,</p>	<p>Nos tutelles puissent suivre les projets jusqu'au bout et attendre que les équipes soient bien installées pour dire si le dispositif a du sens ou non et se poser la question de la pérennisation ?</p> <p>Ce type de projet nécessite deux à trois ans de mise en œuvre pour juger le réel bénéfice pour la personne et pour les professionnels, donc espérer la pérennisation du dispositif.</p>	<p>Garant de l'existence du projet ; si la direction n'est pas motrice dans le projet, le projet ne vivra pas ; c'est une présence indispensable auprès des équipes, au-delà de l'investissement administratif ; c'est une réelle émulation, une référence, une direction facilitante, qui aide, accompagne, oriente les professionnels dont ce n'est pas le métier pour qu'ensemble le projet voit le jour.</p>

	<p>En abordant un volet complètement différent de toutes les autres équipes mobiles, l'ETAPPA va apporter du lien entre professionnels d'établissements différents et ce à travers leur personnalité ; ils vont matérialiser ce lien (fil conducteur).</p> <p>Si toutes les actions peuvent être mises en œuvre, ce sera un vrai levier dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie.</p> <p>Cela permet de valoriser certains métiers (notamment APA) et interventions qui sont encore faiblement reconnus aujourd'hui.</p> <p>La pérennité d'une équipe tient davantage à la personnalité des membres de l'équipe et pas forcément directement aux compétences ; Porteuse de compétences, l'équipe va être identifiée comme une référence, comme des acteurs aidants de par son engagement, ses attitudes pro-actives et la qualité de son accompagnement.</p>		<p>L'absence de renforcement de l'équipe sur un territoire (sous-dimensionnement au regard des besoins et du nombre de structures à accompagner) qui va s'agrandir, au risque de ne faire que du saupoudrage, au dépend d'un accompagnement de qualité sur les établissements. Ce sera au dépend des établissements donc des PA car si d'autres équipes ne sont pas constituées, celle-ci ne pourra pas avec la montée en charge continuer à intervenir sur l'ensemble du territoire (ex : soins dentaires au démarrage 1 fois / semaine ; maintenant 1 fois par mois).</p> <p>Réussite : la communication ; un service rendu avec humilité et professionnalisme, sans être jugeant ; ne pas être perçue comme quelqu'un qui vient juger le travail en place et apporter la solution miracle mais être à l'écoute, au cœur des échanges.</p> <p>Prendre la juste place, apporter ce qu'on attend d'eux mais en y mettant les formes pour que les professionnels de chaque structure s'approprient les axes d'amélioration.</p>		<p>C'est important et confortable pour les professionnels d'avoir aux manettes une personne qui va avoir les réponses et pas seulement chercher à se renseigner.</p> <p>Garder une vision humaniste du projet, en allant au bout du processus.</p> <p>Ne pas limiter sa vision à une vision analytique mais en tenant compte de la réalité du terrain.</p>
--	--	--	---	--	--


Annexe N° 4 - Les facteurs de risques de la perte d'autonomie

Facteurs physiques	Facteurs psychiques	Facteurs liés à l'environnement	Facteurs liés aux habitudes de vie
Les maladies notamment les maladies chroniques ou maladies neurodégénératives (diabète, AVC...)	Le vieillissement cognitif lié à l'avancée en âge (perte mémoire, problème de concentration...)	La précarité sociale lié au logement (perte de logement, logement inadapté...)	La non-utilisation de ses fonctions physiques (sédentarité, absence de pratiques physiques – sport, marche...)
Les chutes avec des conséquences parfois traumatiques et nécessitant des hospitalisations (fractures...) → risque lié également à une hospitalisation et un retour à domicile non préparés	Les chocs affectifs (décès du conjoint, éloignement des enfants...)	L'isolement social (impossibilité de sortir, rupture des liens familiaux et amicaux...)	La non-utilisation de ses fonctions psychiques (mémoire)
Les accidents domestiques	Les pathologies psychiques (dépression...)	La surprotection de l'entourage (faire à la place de... limitant de degré d'autonomie de la personne et donc la perte de cette dernière)	L'hygiène de vie et la consommation de produits impactant la santé (mauvaise alimentation, tabac, alcool...)

Annexe N° 5 - Historique des lois relatives aux personnes âgées



Annexe N° 6 - Fiche CPOM « ETAPPA »

 <p>CHU DE REIMS</p>	<p style="text-align: center;">CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYEN DES EHPAD DU CHU DE REIMS</p> <p style="text-align: center;"><u>Fiche action n°1</u></p>
<p>AXE 1</p>	<p style="text-align: center;">PREVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ACCUÉLLIES</p>
<p>Intitulé de l'action</p>	<p>Déployer une équipe mobile de prévention de la perte d'autonomie à destination des EHPAD et SSIAD du territoire</p>
<p>Identification du pilote</p>	<p>Direction déléguée du pôle EHPAD-USLD Cheffe du pôle EHPAD-USLD Cadre supérieur de santé du pôle EHPAD-USLD</p>
<p>Contexte</p>	<p>La prévention de la perte d'autonomie constitue un axe central de la politique nationale et régionale Grand Âge mais également une préoccupation majeure des acteurs de proximité accompagnant les personnes âgées au domicile et en institution.</p>
<p>Objectifs</p>	<p>L'objectif du projet est d'accompagner les établissements médico-sociaux (EHPAD – SSIAD) dans le développement d'actions collectives de prévention et la diffusion de la culture.</p>
<p>Liens politique régionale et départementale</p>	<p>Les objectifs en matière de prévention sont déclinés dans le Projet Régional de Santé Grand Est 2018-2028, qui porte les enjeux de la prévention de la perte d'autonomie au travers de deux de ses axes stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Axe stratégique N°1 : Orienter résolument et prioritairement la politique de santé vers la prévention dans une démarche de promotion de la santé. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Objectif 1.2 : Promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière ➢ Objectif 1.3 : Renforcer la promotion de la santé bucco-dentaire • Axe stratégique N°5 : Améliorer l'accès aux soins et l'autonomie des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de fragilité sociale dans une logique inclusive. <p>Le développement des actions de prévention s'inscrit aussi dans le cadre de la politique départementale marnaise. Il s'agit d'une orientation stratégique d'ores et déjà inscrite dans le cadre du future schéma gérontologique 2023-2028.</p>
<p>DESCRIPTION DE L'ACTION</p>	<p>La mise en œuvre de cette action consiste en la création d'une équipe mobile de prévention sur le département de la Marne dont la mission est l'accompagnement des équipes médico-soignantes des EHPAD et SSIAD volontaires dans la construction et le déploiement d'un programme de prévention de la perte d'autonomie au sein de leur structure. Cette équipe ne délivrera pas d'avis individuels, mais pourra prendre appui sur une situation individuelle ayant posé problème à l'équipe de l'EHPAD ou du SSIAD pour mettre en place un atelier d'éducation à la santé et/ou une formation en rapport avec celle-ci. Un travail partenarial sera conduit avec les EHPAD publics et privés du territoire et les acteurs à domicile pour identifier les thématiques prioritaires de travail.</p>

	<p>Des thématiques ont d'ores et déjà été identifiées dans le cadre d'une primoanalyse des besoins menée à l'été 2021 à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La prévention de la dénutrition chez le sujet âgé, ✓ La prévention du risque de chute, ✓ L'accompagnement au maintien ou à la récupération de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne.
Public cible	Les résidents des EHPAD et les usagers des SSIAD du département de la Marne.
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réseau de coordination en Gérontologie et en Soins palliatifs de Champagne Ardenne (RÉGÉCAP) ✓ EHPAD publics et privés, SSIAD ✓ Acteurs du domicile (DAC) ✓ Equipes Mobiles d'Intervention Gériatrique (en cours de structuration) ✓ Equipe Mobile de Médecine Bucco-Dentaire
Moyens associés pour mise en œuvre	<p>La constitution d'une équipe composée des ressources suivantes est envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 ETP d'ergothérapeute, ✓ 0.5 ETP de diététicien, ✓ 0.5 ETP APA (préparateur en Activité Physique Adaptée) ✓ 0.3 ETP de coordination administrative <p>Cette équipe sera rattachée sur le plan fonctionnel au Pôle EHPAD du CHU de Reims.</p> <p>Les moyens nécessaires au fonctionnement de l'équipe (matériels, locaux et moyens de déplacement) seront mis à disposition par le CHU de Reims dans un premier temps.</p>
Coût prévisionnel de l'action	123 430 € par an
Financements de l'action	L'action est financée pour l'année 2023 via des crédits expérimentaux alloués par l'ARS en 2021 à hauteur de 123 430€. Ces crédits sont non pérennes et il conviendra de bénéficier d'un arbitrage sur la possible pérennisation de ces crédits à l'issue de la phase d'expérimentation.
Calendrier de mise en œuvre	Phase de recrutement de l'équipe : octobre-Décembre 2022 Structuration de la démarche par l'équipe recrutée (autodiagnostic, outils d'évaluation et de communication) : janvier 2023-février 2023 Démarrage opérationnel de l'action auprès des établissements volontaires à compter d'avril 2023
Modalités d'évaluation	<p>L'action pourra être évaluée au regard des indicateurs suivants qui pourront être complétés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre d'établissements bénéficiaires, ✓ Nombre d'heures de formations réalisées, ✓ Nombre et typologie de professionnels ayant bénéficié d'une information à la prévention de la perte d'autonomie, ✓ Nombre d'ateliers d'éducation à la santé réalisés, ✓ Nombre de participation retour d'expérience, ✓ Satisfaction des établissements bénéficiaires.

PRIORITÉ 3 : ENCOURAGER UN ÉCOSYSTÈME DE LA SANTÉ FAVORABLE À LA PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE

CONSTATS ET ENJEUX

Une approche écosystémique

Une exigence forte des citoyens français est, pour eux-mêmes et pour leurs proches, de pouvoir agir en autonomie, en prenant les décisions qui les concernent et en les mettant en œuvre. Le système de santé n'est pas exempt de cette exigence en particulier pour les personnes qui, du fait d'une pathologie transitoire ou chronique, stable ou évolutive, d'un handicap inné ou acquis, de leur âge, et/ou de leur milieu social⁷, sont confrontées à une limitation de leur capacité à décider et à agir. L'autonomie d'une personne n'est jamais définitivement acquise ; elle se conquiert tout au long de la vie en fonction des évolutions de sa situation et des contraintes de son environnement. Elle peut se définir comme la faculté d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite et en suivant sa propre loi, tout en considérant les risques que l'on est prêt à assumer. L'autonomie recouvre également la possibilité pour la personne d'effectuer avec ou sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques, en interaction avec son environnement.

La loi du 2 janvier 2002⁸ portant sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale incite à l'évolution d'un sujet protégé fragile vers la reconnaissance d'un sujet citoyen en garantissant l'exercice des droits et libertés individuels à toute personne prise en charge par des établissements et services médico-sociaux. Les droits des usagers du système de santé ont été renforcés progressivement depuis 2016⁹ en les intégrant au code de santé publique (*droit à l'accès aux soins et au choix du médecin, à l'information, au consentement aux soins, au respect de la personne, à la prise en charge de sa douleur et à l'accompagnement de sa fin de vie notamment*). Cette tendance s'inscrit donc de façon pérenne afin de prévenir tout risque de maltraitance et d'affirmer dans la loi le droit à l'autodétermination (*Charte des droits et libertés de la personne accueillie*¹⁰ / *Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée*¹¹). Le cadre juridique se précise donc depuis plusieurs années en soutenant la nécessité de rendre usuelle la participation sociale pour faciliter la capacité d'agir, l'autodétermination et l'empowerment de la personne accompagnée. Ceci amène à repenser la relation d'aide dans laquelle le professionnel motive et soutient la capacité d'agir de la personne vulnérable. C'est tout l'enjeu de la mobilisation de l'écosystème de la santé dans une optique de soutien à un parcours de vie des personnes qui les place dans une posture d'autonomie à court, moyen et long terme. Cette mobilisation est, par définition, systémique, car elle engage en coresponsabilité les acteurs de santé aux côtés de l'État, des organismes d'Assurance maladie, des collectivités territoriales, des associations, des institutions, pour trouver les voies et moyens de réponse à cette exigence. Cette dynamique partenariale renforcée doit permettre d'avancer ensemble vers les accompagnements souhaités. Dans le cadre de ce schéma régional

⁷ Programme régional d'accès aux soins et à la prévention des populations vulnérables 2023-2028

⁸ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 renovant l'action sociale et médico-sociale

⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

¹⁰ Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

¹¹ age-platform.eu

39

de santé, l'ARS Grand Est entend faire de l'écosystème de la santé un terreau favorable, positivement orienté vers la préservation de l'autonomie aux différents âges de la vie, en pleine articulation avec les compétences de ses partenaires, et notamment des Conseils départementaux, chefs de file des politiques de l'autonomie dans les territoires.

Des difficultés croissantes d'attractivité

Les difficultés rencontrées actuellement par le secteur médico-social dans notre région ne peuvent être mises de côté. Le manque d'attractivité des métiers des secteurs du grand âge et du handicap (*conditions de travail difficiles, politique salariale, manque de reconnaissance, formation insuffisante, etc.*) reste un facteur important des difficultés chroniques rencontrées en matière de recrutement. Les conséquences sont multiples (*recrutement de personnel non formé et non qualifié, absence de formation continue du personnel*) et peuvent avoir un impact sur la bientraitance, l'accompagnement, la gestion de la douleur, le respect des droits et libertés. La crise sanitaire a mis en exergue des difficultés rendant difficile la conciliation des enjeux de santé publique avec la nécessité d'une réponse appropriée aux besoins spécifiques des personnes vulnérables.

¹² Partie 2 : Les ressources humaines en santé, un défi majeur, une opportunité pour innover

Préserver l'autonomie par la prévention

La prévention est un levier majeur permettant de préserver l'autonomie à tous les âges de la vie en améliorant le bien-être et la qualité de vie des personnes. La prévention de la perte d'autonomie participe donc à cette ambition d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé. Elle s'envisage dans une conception holistique avec une prise en compte des aspects sanitaires, sociaux, médico-sociaux et environnementaux, en transversalité, impliquant l'ensemble des acteurs publics. Ainsi, nous pouvons identifier trois grands enjeux :

- Préserver par l'éducation à la santé, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, le capital d'autonomie de chacun ;
- Prévenir les pertes d'autonomie évitables en repérant la fragilité ou ses facteurs de risque, au domicile et dans les établissements de santé ;
- Éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité.

L'approche doit donc être globale et la plus précoce possible dans le parcours de vie de la personne, liant de manière indissociable les dimensions sociale, médico-sociale et sanitaire. Pour ce faire, les professionnels de santé et médico-sociaux, accompagnant les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes malades ou leurs aidants, doivent renforcer l'intégration de la prévention dans leurs pratiques professionnelles : le système de santé doit donc pleinement intégrer la prévention dans son champ d'intervention. Bien vivre son avancée en âge, son handicap et/ou toute maladie doit par ailleurs, permettre au plus grand nombre de personnes de bénéficier de la meilleure qualité de vie possible. La prévention de la perte d'autonomie doit s'engager en amont de la perte des capacités intrinsèques de la personne, et se poursuivre lorsqu'une limitation d'autonomie apparaît afin d'en réduire l'ampleur ou d'en freiner la croissance. L'approche par la prévention doit se déployer à l'aune d'un modèle participatif qui implique les bénéficiaires. Partir de la personne d'une manière non culpabilisante est un prérequis. Les thématiques telles que la nutrition, l'activité physique, la prévention des chutes par exemple, demeurent des actions prioritaires qu'il convient de renforcer grâce à l'investissement de l'ensemble des acteurs impliqués dans ce domaine.

40

Faire du libre choix un levier

L'accompagnement global de la personne doit être recherché afin de laisser une place plus importante à la considération faite à ses attentes, désirs, ses centres d'intérêt et à la valorisation de ses compétences. Les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes malades doivent être prises en considération sous l'angle de leurs capacités plutôt que de leurs incapacités. Pour préserver et encourager l'autonomie, les notions de libre choix et d'autodétermination dans le parcours de vie sont à étayer pour être traduites dans les organisations et les environnements de vie de la personne. L'enjeu principal de l'autodétermination chez les personnes vulnérables, malgré le poids social de la marginalisation qu'elles vivent parfois, réside dans le maintien/développement de leur bien-être et la limitation du risque dépressif ou régressif. Outre la qualité de vie et le bien-être, les actions qui en découlent consolident l'estime de soi et entretiennent la motivation. L'éthique peut, par ailleurs, constituer une « guidance » pour justifier des interventions qui donnent sens à la meilleure décision dans le contexte donné. Elle favorise également une cohérence et un arrimage des actions au sein des équipes interdisciplinaires.

Lutter contre l'âgisme

Le vieillissement est une expérience individuelle et il est impossible de généraliser au sujet des aptitudes et des compétences d'une personne en se fondant uniquement sur son âge, pas plus qu'il n'est possible de le faire en se fondant sur tout autre aspect de son identité. Les principes qui régissent les droits de la personne exigent que tous les membres de la société soient traités en tant qu'individus et évalués selon leurs propres mérites, et non pas selon des présomptions, sans égard à leur âge. Il importe de reconnaître que les personnes âgées apportent une riche contribution à la société et qu'il ne faut pas limiter leur potentiel, mais au contraire s'en inspirer.

41

Prendre soin de l'aidant

Si le parcours de vie de la personne doit naturellement tenir compte de ses souhaits, de ses capacités, de son lieu de vie, il doit aussi considérer l'entourage avec qui la personne vit ou veut vivre. La préservation de l'autonomie passe donc également par la reconnaissance de la capacité d'action des aidants, dont le rôle est déterminant dans la réalisation du choix de vie des personnes aidées. La population des aidants familiaux constitue un ensemble hétérogène aux profils et aux besoins différenciés. La nécessaire prise en considération précoce des besoins d'adaptation relatifs par exemple à la gestion du temps, à l'organisation du travail s'agissant d'un salarié, ou encore à la vie quotidienne d'un enfant, adolescent ou jeune adulte aidant, appellent des actions ciblées, à renforcer. Les obligations qu'assument les aidants d'un proche, les risques de perte du lien social, de lassitude ou d'épuisement et le sentiment de culpabilité sont à traiter, tout comme la volonté d'être reconnu, accompagné et considéré dans leur rôle individuel. Une attention particulière sera portée quant à la préservation de la santé des aidants.

Une offre de soins adaptée et accessible

Enfin, l'allongement de la durée de vie, l'avancée en âge des personnes en situation de handicap, l'augmentation des maladies chroniques, sont autant de facteurs qui engendrent nécessairement un besoin de soins courants croissant. Il est important de rappeler l'idée d'un droit universel aux soins, qui ne s'attache pas à quelques segments de la population, et qui se concrétise par territoire par une offre maillée et garantissant l'accès aux professionnels

de santé. Usager du système de santé comme tout un chacun, la personne âgée, la personne en situation de handicap et/ou malade doit donc pouvoir bénéficier des soins courants les plus appropriés et adaptés. Pourtant, sa fragilité peut conduire à une remise en cause de ces principes et impliquer une prise en compte de spécificités médicales liées à l'âge, au handicap, à la maladie, avec la difficulté d'adapter la prise en charge sans exclure. Il est par ailleurs régulièrement constaté certaines difficultés majeures dans l'accompagnement sanitaire des personnes vulnérables, notamment âgées ou en situation de handicap : celles-ci concernent principalement la coordination des soins, la prise en charge médicamenteuse, la prise en charge nocturne et les transferts au service des urgences, la santé bucco-dentaire et/ou l'accompagnement de la fin de vie.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Afin de construire ensemble un écosystème de la santé favorable à la préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie, nous avons identifié 4 axes prioritaires, déclinés en 11 objectifs opérationnels synergiques. Les actions concourant à la réalisation de ces objectifs seront notamment inscrites dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (C POM) des établissements médico-sociaux ou feront l'objet d'un conventionnement ad-hoc.

∞ Partie 2 : Des actions ciblées et adaptées aux territoires pour la mise en œuvre du schéma régional de santé

Objectif n°3 - Principaux jalons

- Développement des équipes de prévention inter-établissements en les ouvrant au domicile, pour améliorer l'état de santé, la qualité de vie et la prise en soins des résidents en EHPAD ou bénéficiaires d'un SSIAD/SAD ;

Objectif n°11 - Principaux jalons

- Consolidation des filières gériatriques regroupant le sanitaire, le médico-social et la ville dans toutes les zones d'implantation des groupements hospitaliers de territoire (GHT) en incluant une offre de soins non programmée gériatrique ;
- Développement des admissions directes non programmées dans toutes les zones d'implantation des GHT afin d'éviter un passage inapproprié des personnes âgées aux urgences ;
- Déploiement du « Kit Assure » pour prévenir le passage aux urgences par le déploiement de la formation des professionnels de santé des établissements médico-sociaux aux situations de besoins urgents en santé des résidents.

Annexe N° 8 - Quelques chiffres clés du Grand Âge dans la Marne

Chiffres publiés en septembre 2022 sur le site « La Marne en Ligne » et du Schéma Gériatologique Départemental 2016-2021 (données juin 2016)

LE CADRE GÉOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIF

Avec une superficie de 8 162 km², la Marne se place au 7^{ème} rang des départements français métropolitains. Situé aux marges de la nouvelle Région Grand Est, le département est également influencé par les régions Île de France et des Hauts de France, notamment à travers des infrastructures routières et ferroviaires. La Marne est un département empreint de ruralité (près de 90 % des communes comptent moins de 1 000 habitants) dont le maillage urbain se caractérise d'abord par le poids de l'agglomération de Reims (communauté urbaine du Grand Reims : 290 735 habitants) et par un réseau de villes moyennes (21 communes de plus de 2 500 habitants dont seulement 5 de plus de 10 000), à l'image de la ville chef-lieu, jusqu'à peu capitale administrative de la région Champagne Ardenne. Au total, plus de 77 % de la population vit dans les grandes aires urbaines.

LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

En 2015, le département compte 572 968 habitants (estimations populations municipales provisoires INSEE) soit une densité de 70 habitants/km² ; la population marnaise a très faiblement évolué (+ 4 000 habitants entre 2012 et 2015). S'agissant des personnes âgées, leur nombre a évolué sans surprise à la hausse compte tenu du vieillissement de la population française. Ainsi, en 2013, on compte 131 293 personnes de plus de 60 ans (dont 94 513 de plus de 65 ans) soit près de 4 000 personnes en plus par rapport à 2012, notamment sur la classe d'âge 65-74 ans (2/3 de la progression). Dans la Marne, l'espérance de vie à 65 ans est de 18,2 ans pour les hommes et 22,6 ans pour les femmes (pour la France métropolitaine : 19 et 23 ans).

LA DÉPENDANCE

Le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie est de 3 707 au 31 décembre 2015, soit une baisse de 8,21 % par rapport à 2014 (- 332 bénéficiaires). Cette baisse importante du nombre de bénéficiaires trouve son explication dans une hausse constatée du nombre de décès par rapport à 2014 (+13,7%) et d'entrées en EHPAD (+8,9%) conjuguée à une baisse du nombre de premières demandes reçues (-3,7%).

- ✓ **65 millions** d'euros du budget 2022 du Département sont spécifiquement dédiés au grand-âge avec **2,52 M€ alloués chaque année depuis 2019 pour des projets de prévention de la perte d'autonomie en EHPAD et à domicile sur le Grand Est ; 67 % des résidents d'EHPAD concernés ont bénéficié d'actions de prévention**
- ✓ **49.700** Marnaises ou Marnais ont plus de 75 ans (soit 8,8 % de la population marnaise)
- ✓ **20.000** personnes âgées bénéficient d'aides dispensées par la collectivité
- ✓ **53** Services d'aide à domicile (SAAD)
- ✓ **49** Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour 5.378 places
- ✓ **34** résidences autonomie pour personnes âgées non dépendantes pour 2.301 places
- ✓ **4** petites unités de vie pour 96 places dont 3 maisons d'accueil rurales

BARBANÇON

Florence

Novembre 2023

Directeur d'Établissement Sanitaire,
Social et Médico-Social

Promotion : Suzanne Noël 2022 - 2023

La prévention de la perte d'autonomie et la promotion du « bien vieillir »
par le déploiement de ressources et d'expertises professionnelles :
la mise en place d'une équipe mobile territoriale d'accompagnement
et de prévention de la perte d'autonomie

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP RENNES

Résumé :

La part des personnes de plus de 65 ans en France s'élève en 2022 à près 21 % de la population (*espérance de vie à la naissance, d'ici 2070, 90 ans pour les femmes et 87 ans pour les hommes*). La question du vieillissement est devenue un phénomène social et démographique important. Depuis plusieurs années, les politiques publiques ont redéfini, comme enjeux majeurs, deux notions : *celle de la prévention et celle du « bien vieillir »*. Pour y répondre, deux concepts entrent en jeu : *la dépendance et la perte d'autonomie !*

La prévention (*culture de prévention*) mobilise ainsi citoyen, institutions, professionnels de santé... et l'ensemble des acteurs publics.

Mon questionnement s'est naturellement porté sur la réponse que pouvaient apporter les EHPAD pour contribuer et innover afin de prévenir la perte d'autonomie de nos aînés.

Pour répondre à cette problématique, il m'a semblé nécessaire de reconstruire ce paradigme vieillesse et démontrer que le concept de dépendance laisse aujourd'hui place à une focale plus élargie, celle de la prévention de la perte d'autonomie en prenant en compte le changement de regard laissant place à une approche holistique de la personne âgée.

Secondairement d'illustrer comment l'EHPAD peut innover, à travers la mise en place d'une équipe mobile de prévention de la perte d'autonomie, centrée sur les professionnels dans une logique partenariale. Cet angle d'approche a permis d'identifier des jalons à mettre en œuvre pour le bon déploiement du dispositif, en tenant compte d'une stratégie de pérennisation et d'imbrication du dispositif parmi un ensemble de mesures.

Cette mesure s'inscrit dans une logique de parcours innovante, répondant aux enjeux actuels : une réponse adaptée et personnalisée aux besoins des personnes accompagnées (*préservation de l'autonomie et de l'environnement de la personne le plus longtemps possible*), une fluidité plus importante dans les parcours, une modification profonde des pratiques professionnelles et une adaptation de l'EHPAD par son ouverture sur le territoire.

Mots clés :

Autonomie, Perte d'autonomie, Dépendance, Prévention, EHPAD, Equipe, Accompagnement, Professionnels, Ressources, Expertises, Approche holistique, Territoire, sensibilisation, pratiques professionnelles

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.