

Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)

# Master Ingénierie de la santé, Management sectoriel



Yves PEYRON

Mémoire Master 2

Année universitaire 2018-2019

*Dans le contexte des politiques publiques visant au maintien de la personne  
âgée à son domicile,*

*quel projet de vie pour la personne âgée en perte d'autonomie restant à  
domicile ?*

*Enjeux et proposition de solutions pour une prise en charge coordonnée et  
efficiente*

Date de la soutenance : Le 7 octobre 2019

Composition du jury :

- Président de jury : Monsieur Stanislas WOCH
- Directeur de mémoire : Madame Valérie HARRACH
- Membre du jury : Maïté BOCHARD

**Faculté Ingénierie et  
Management de la Santé- ILIS  
42 Rue Ambroise Paré,  
59120 Loos**

## Sommaire

Sommaire .....	2
Glossaire .....	4
Table des figures .....	9
Remerciements.....	10
Introduction.....	11
Méthodologie de travail.....	15
Plan du mémoire.....	17
<b>Partie 1- Présentation de l'état des lieux de l'offre de prise en charge des personnes âgées.....</b>	<b>19</b>
Chapitre 1 – Les fondements de la contractualisation du secteur médico-social .....	19
Chapitre 2 - La structure médico-sociale EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) .....	20
Chapitre – 3 Le futur de l'EHPAD, quelles évolutions ?.....	32
<b>Partie 2 - Penser l'offre de demain .....</b>	<b>37</b>
Chapitre 4 Le maintien à domicile : Quelles réalités ? quelles limites ? .....	37
Chapitre 5 Présentation des habitats alternatifs et solutions existantes : .....	44
Chapitre 6 : Quelques pistes internationales .....	59
Chapitre 7 : Le nouveau marché des domiciles adaptés aux soins des personnes .....	61
<b>Partie 3 - Analyses des expérimentations en cours de dispositifs d'EHPAD hors les murs ou à domicile .....</b>	<b>67</b>
Chapitre 8 : Analyse des expérimentations en cours comme alternatives à l'institutionnalisation .....	68
<b>Partie 4 - Etat des Lieux et cartographie des personnes âgées sur le territoire des Hauts de France .....</b>	<b>82</b>
Chapitre 9 - analyse des données de l'INSEE et du Schéma Régional de Santé des Hauts de France 2018 - 2023.....	82
<b>Partie 5 - Projet de l'EHPAD Maison Saint Jean.....</b>	<b>93</b>
Chapitre 10 - Diagnostic du territoire.....	94

Chapitre 11- Originalité et caractère novateur du projet : .....	97
Chapitre 12 Forces et faiblesses du projet .....	101
Chapitre 13 - Le concept du projet .....	102
Chapitre 14- Fonctionnement du pôle de services .....	111
Chapitre 15 - Réflexions sur l'apport des nouvelles technologies.....	124
<b>Conclusion .....</b>	<b>128</b>
Sitographie.....	132
Bibliographie .....	132
Annexes.....	136

## Glossaire

---

**ACA** : Affordable care act

**APA** : Allocation Personnalisée Autonomie

**APL** : Aide personnalisée au logement

**ALS** : Allocation de logement social

**AMP** : Aide médico-psychologique

**ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance

**ARS** : Agence régionale de santé

**AS** : Aide-soignante

**ASH** : Aide sociale à l'hébergement

**ASG** : Assistant de soins en gérontologie

**ASV** : Adaptation de la société au vieillissement

**CAF** : Caisse d'allocation familiale

**CARSAT** : Caisse d'assurance retraite et de santé au travail

**CASF** : Code de l'action sociale et des familles

**CCP** : Coordinations cliniques de proximité

**CD** : Conseil départemental

**CDF** : Conférence des financeurs

**CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

**COR : Conseil d'orientation des retraites**

**CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens**

**CREAI : Centre régional d'études d'actions et d'informations**

**CREDOC : Centre de recherche pour l'étude l'observation des conditions de vie**

**CTP : Convention tripartite pluriannuelle**

**CTPS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé**

**DG : Direction générale**

**DIPC : Dossier individuel de prise en charge**

**DIU : Dossier informatisé de l'usager**

**DLU : Dossier de liaison d'urgence**

**DMP : Dossier médical partagé**

**DPI : Dossier personnel informatisé**

**DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi**

**DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques**

**EIG : Evènement indésirable grave**

**EHPA : Etablissement pour personnes âgées**

**EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**

**EHPAD « hors les murs » : Bouquet de services à partir d'un EHPAD au domicile du senior**

**EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses**

**ESMS : Etablissements et services médico-sociaux**

**ETPA : Etablissement territorial pour personnes âgées**

**ETP : Education thérapeutique du patient**

**ETP : Equivalent temps plein**

**ESAD : Equipes spécialisée Alzheimer à domicile**

**FAM : Foyer d'accueil médicalisé**

**FEMAS : Fédération des maisons et pôles de santé**

**FEPEM : Fédération des particuliers employeurs**

**GALI : Global activity limitation indicator**

**GIR : Groupe iso-ressources**

**GMPS : Gir moyen pondéré soins**

**GPEC : Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences**

**HAD: Hospitalisation à domicile**

**HPST: Hôpital, patients, santé et territoire**

**IEM : Institut d'éducation motrice**

**IDE : Infirmière diplômée d'état**

**IFOP : Institut français d'opinions publiques**

**INED : Institut national d'études démographiques**

**IOT : Internet of things, internet des objets**

**INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques**

**LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale**

**MAIA : Méthode d'actions pour l'intégration des services d'aide et de soins**

**MAMA** : Malades Alzheimer et maladies apparentées

**MARPA** : Maison d'accueil rurale pour personnes âgées

**MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées

**MND** : Maladies neuro dégénératives

**MSA** : Mutuelle sociale agricole

**MSP**: Maison de Santé Pluri-disciplinaire

**NPM** : New Public *Management*

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONU** : Organisation des Nations Unies

**PAG** : Plan d'accompagnement global

**PASA** : Pôle d'activités et de soins adaptés

**PCH** : Prestation compensation handicap

**PIB** : Produit Intérieur Brut

**PMP** : Pathos moyen pondéré

**PPS** : Plan personnalisé de santé

**PRS** : Projet régional de santé

**PUI** : Pharmacie à usage interne

**REX** : Retour d'expérience

**RGPP** : Révision générale des politiques publiques

**RH** : Ressources humaines

**SAAD** : Service d'aide à domicile

**SSIAD** : Service de soins infirmiers à domicile

**SAMU** : Service d'aide médicale d'urgence

**SAMSAH** : Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

**SESSAD** : Services d'éducation spéciale et de soins à domicile

**SEP** : Sclérose en plaque

**SPARRA** : Scottish patients at risk of readmission and admission

**SPASAD** : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

**SROS** : Schéma régional d'organisation sanitaire

**SRS** : Schéma régional de santé

**SSR** : Service de soins et de rééducation

**UCC** : Unité Cognitivo-comportementale

**USLD** : Unité de soins de longue durée

**UVA** : Unité de vie adaptée



## Table des figures

---

**Figure 1** : Projection des besoins en place d'hébergement hypothèse 1 selon INSEE

**Figure 2** : Projection des besoins en place d'hébergement hypothèse 2 selon INSEE

**Figure 3** : Tableau du Groupe SOS offre d'accompagnement « Seniors Connect »

**Figure 4** : Répartition de la population par département selon l'INSEE.

**Figure 5** : Estimation de population Pyramides des âges 2019 Source INSEE

**Figure 6** : Ensemble de la population de 75 ans ou plus résidant en France métropolitaine

**Figure 7** : Territoire communauté de communes Flandres Lys

**Figure 8** : Carte situation géographique Laventie

**Figure 9** : Commune de Laventie population par grandes tranches d'âges INSEE 2016

## Remerciements

---

Je tiens à remercier tout particulièrement :

La directrice de ce mémoire, Madame Valérie HARRACH, pour m'avoir accompagné tout au long de ma réflexion tant sur la thématique de recherche que sur le plan méthodologique et sur la rédaction de ce mémoire.

Je souhaite remercier Monsieur Stanislas WOCH président du jury et responsable du master Management Sectoriel de l'ILIS, pour son accompagnement dans ma démarche de validation des acquis de l'expérience professionnelle,

Je tiens également à remercier Monsieur Jean Marc AUGUET, Directeur Général de l'Association Temps de Vie pour sa bienveillance et sa contribution dans l'évolution de mes réflexions.

Je tiens à remercier Madame Maïté BOCHARD, directrice adjointe du complexe d'EHPAD de La Maison Saint Jean à Laventie et de la Résidence Saint Benoît à Amettes, dont j'assume la direction pour sa collaboration et la confiance accordée.

Je remercie le docteur Sophie ROHART pour ses conseils bienveillants,

Je remercie également l'ensemble des professionnels des établissements ainsi que les médecins de la Maison de Santé de l'Alloeu de Laventie ainsi que Madame Jennifer RAMOS pour leurs contributions à mes réflexions,

Je remercie également Mademoiselle Mathilde Escourrou, stagiaire, pour son aide dans les démarches de recherches documentaires.

Enfin, je remercie ma femme, Armelle, pour son soutien et ses conseils avisés.

## Introduction

---

*« Le vieillissement de la population, avec l'arrivée prochaine aux grands âges de la génération du baby-boom, est un enjeu majeur en ce qu'il interroge la place de la personne âgée dans notre société ainsi que les dispositifs de solidarité et d'accompagnement à mettre en place. Le nombre personnes dépendantes pourrait augmenter de 1,3 millions en 2016 à 2,4 millions en 2060. Les dépenses afférentes à la dépendance pourraient passer de 1,4% en 2014 à 2,6% du PIB en 2060 »<sup>1</sup>*

Ainsi commence la lettre de mission de Dominique Libault en date du 18 septembre 2018 rédigée par le Premier Ministre, Monsieur Edouard Philippe.

Le vieillissement de la population est une réalité démographique, il impacte une multitude de secteurs économiques.

Face à ce constat démographique et économique, le ministère des Solidarités et de la Santé a lancé en octobre 2018 une vaste consultation citoyenne sur le thème de l'autonomie et du grand âge. <sup>2</sup>

Ouverte à tous les Français, cette consultation s'est distinguée par son ampleur exceptionnelle :

414 000 participants, 18 000 propositions et 1,7 million de votes.

A l'issue de cette concertation « grand âge et Autonomie », Monsieur Dominique Libault, haut fonctionnaire d'état, pilote de la concertation grand Âge et autonomie , a remis à Madame La Ministre de la Santé, Madame Agnès Buzyn en mars 2019 un rapport intitulé « Concertation Grand Âge et Autonomie »<sup>3</sup> qui retient 175 propositions concrètes sur le sujet de la prise en charge et de la perte d'autonomie.

Il est prévue une traduction réglementaire de ce rapport sous forme de texte de loi en octobre 2019 afin d'assurer une meilleure prise en charge de l'accompagnement du Grand Âge et une réforme du financement de la dépendance.

---

<sup>1</sup> Extrait lettre de mission du Premier Ministre à Monsieur Dominique Libault

<sup>2</sup> Consultation citoyenne Make.org « comment mieux prendre soin de nos aînés » octobre – décembre 2018

<sup>3</sup> Rapport Concertation Grand Âge et autonomie, Dominique Libault Mars 2019, <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/>

Le phénomène de vieillissement concerne, non seulement les pays développés à revenus élevés, mais également les pays en développement et les pays à revenus intermédiaires. En moyenne entre 1950–1955 et 2005-2010 l'espérance de vie a progressé de 26 années dans les pays en développement et de 19 années dans les pays les moins avancés.<sup>4</sup>

En 1999 lors de l'année internationale des personnes âgées organisée par l'ONU<sup>5</sup>, l'OMS<sup>6</sup> lance le projet « Restons actifs pour bien vieillir » et propose une première définition du concept :

*« Vieillir en restant actif, c'est la capacité des personnes qui, en vieillissant continuent de mener une vie productive et de jouir d'une bonne santé au sein de leur famille, de leur société et de leur économie »<sup>7</sup>*

En 2002 lors de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a renouvelé son intérêt pour le concept de vieillissement actif en publiant un cadre d'orientation.

On y retrouve les trois principales dimensions, les trois piliers du vieillissement actif soit, la santé, la participation et la sécurité.

#### Les attentes des français :

Pour les seniors, la perspective de pouvoir vieillir au sein de leur domicile est une réalité très marquée. Pour ceux-ci, bien plus que pour la moyenne des Français, leur lieu d'habitation idéal est celui dans lequel « on se sent bien » avec sa famille et en sécurité. Il est également un lieu d'activités « où je peux bricoler, jardiner, faire des aménagements », un jugement partagé par 40 % des seniors contre 31 % des Français. Ce résultat illustre l'attachement réel des seniors à leur domicile.<sup>8</sup>

Actuellement, l'accompagnement à domicile des personnes les plus dépendantes nécessite l'intervention de multiples intervenants et acteurs (SAAD, SSIAD, ESAD, HAD, médecins traitants...) et pose la question de l'intensification, de la continuité et de la coordination de l'accompagnement.

---

<sup>4</sup> Rapport AFNOR, groupe de réflexion Silver économie juillet 2015

<sup>5</sup> Organisation internationale des Nation Unies

<sup>6</sup> Organisation Mondiale de la Santé

<sup>7</sup> [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf)

<sup>8</sup> Etude Ifop / Sociovision - Février 2019 les seniors et les offres de services à la personne à la demande de la Fédération du Service aux Particuliers

Favoriser et diversifier les alternatives à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur un même territoire peut être une réponse à la demande des personnes âgées en perte d'autonomie.

Actuellement il n'existe pas de dispositif offrant une palette de services homogène, les solutions actuelles s'adressent à des publics différents, proposent des services divers et procèdent d'organisations et de modèles de financement différents.

Ce constat m'a conforté dans l'idée de réaliser mon mémoire sur la problématique suivante :

**Quel projet de vie pour la personne âgée en perte d'autonomie restant à son domicile ?**

**Enjeux et proposition de solutions pour une prise en charge coordonnée et efficiente**

L'hypothèse développée pour répondre à cette question est la suivante :

Dans le contexte actuel des politiques publiques, comment mettre en œuvre de nouveaux dispositifs permettant de répondre à cette problématique et à repousser au plus tard le recours à l'institutionnalisation en établissement médico-social et répondre ainsi aux souhaits des seniors de vivre le plus longtemps à domicile.

**Devenir vieux**

*« Comme il est merveilleux pour les vieilles gens*

*De goûter un Bourgogne auprès du feu*

*Et de partir enfin sans adieux douloureux*

*Mais pas encore, un peu plus tard, pas maintenant ! »*

*Herman Hesse, L'éloge de la vieillesse.*

Pour confirmer cette hypothèse j'ai souhaité commencer par faire un état des lieux de l'offre de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et une recherche sur les fondamentaux de la politique du secteur du médico-social.

Une meilleure compréhension de la situation actuelle du secteur en terme d'offre d'accompagnement me permettant d'apprécier quelle était la place de l'EHPAD dans la

prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, quelles étaient ses missions fixées par le cadre réglementaire, dans quel contexte le dispositif se plaçait et comment les établissements s'adaptaient, tant dans le cadre de l'évolution des politiques publiques qu'aux demandes des seniors quant à leur accompagnement à partir de la perte partielle d'autonomie.

Dans un second temps j'ai mené une réflexion sur la prospective de l'offre de demain relative à l'accompagnement des personnes âgées.

Dans la troisième partie, j'ai étudié les expérimentations actuellement en vigueur, face aux enjeux du vieillissement de la population et de la place du domicile pour les personnes âgées.

La quatrième partie est consacrée à une proposition de réponse à la problématique de ce mémoire, en partant d'un état des lieux sur le territoire des Hauts de France et plus particulièrement sur le secteur géographique de l'établissement, EHPAD Maison Saint Jean située à Laventie dans le Pas de Calais.

La cinquième partie consiste à présenter une solution innovante de réponses aux enjeux du vieillissement de la population et aux conditions liées au « bien vivre » à partir d'une institution Maison Saint Jean, dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, sur le territoire de la communauté de communes Flandres Lys dans le Pas de Calais.

Nous aborderons alors les forces et faiblesses du projet et les conditions de réalisation du dispositif tant financières, matérielles qu'humaines.

Enfin, avant de conclure, j'apporterai un certain nombre de réflexions sur le numérique et les nouvelles technologies et les enjeux en termes d'éthique et la façon de les aborder.

## Méthodologie de travail

---

J'ai mené une démarche de recherche sur **les enjeux du vieillissement**, la France étant engagée dans un processus de transition démographique. Le secteur des EHPAD étant au cœur des politiques publiques depuis plus de vingt ans, dans un secteur ayant besoin de se repositionner pour accueillir des personnes âgées en nombre croissant.

Face à ces nouvelles opportunités, j'ai étudié les expérimentations actuellement en vigueur sur les thématiques de « **l'EHPAD hors les murs** » comme un apport de **bouquet de services au domicile des seniors**.

Il faut préciser que la terminologie « EHPAD hors les murs » est utilisée pour décrire le concept d'une nouvelle offre d'accompagnement, alors **qu'il existe plusieurs terminologies en vigueur** pour les mêmes notions : (EHPAD à domicile, plateforme de services, accompagnement renforcé à domicile, EHPAD de demain.)

Dans la première partie relative à l'état des lieux de l'offre de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes, **je m'appuierai sur un certain nombre de publications, de rapports et d'études faisant références dans le domaine**,

Dans la seconde partie, je détaille **différents modes d'accompagnement des personnes âgées** et notamment la démarche de **décloisonnement** entre l'institution de l'EHPAD et le domicile.

La troisième partie traite des expérimentations en cours de solutions alternatives à l'institutionnalisation.

**Considérant qu'il n'existe pas d'étude approfondie et complète permettant d'analyser et de caractériser les publics visés, leurs motivations et leurs attentes précises ainsi que les bénéfices apportés aux aînés, désirant rester chez eux.**

(Après confirmation de l'ARS Haut de France qu'il n'existait pas de dispositif pérenne ayant fait l'objet d'une évaluation par les financeurs permettant de modéliser un dispositif précis).

Je m'appuierai sur un **benchmarking**<sup>9</sup> des différentes expérimentations en cours et sur des enquêtes récentes apportant des éléments d'informations ainsi que les publications relatives aux nouveaux modèle de l'EHPAD et à son évolution dans les années à venir. Notamment les travaux menés par la Mutualité Française<sup>10</sup> et par le CREA Pays de Loire<sup>11</sup>.

Concernant la quatrième partie, je partirai sur l'analyse de la population du territoire des Hauts de France ainsi que des objectifs du Schéma Régional de Santé 2018–2023 des Hauts de France (SRS), et de son impact sur le diagnostic du territoire et du projet de santé territorial de la CTPS Flandres Lys.

Dans la cinquième partie qui répond à la problématique en terme de proposition de solutions et de réponses aux attentes des politiques publiques et des seniors, je détaillerai une proposition concrète innovante, fondée sur les ressources du complexe d'EHPAD dont j'assume la direction au sein de l'association Temps de Vie.

Je ferai également appel au réseau gérontologique local et à nos partenaires, pour apporter une proposition de solutions adaptées aux besoins du territoire et répondre à la problématique de mon mémoire pour une prise en charge coordonnée et efficiente pour la personne âgée en perte d'autonomie restant à son domicile et ainsi proposer un véritable projet de vie et d'accompagnement médico-social.

Enfin avant de conclure, j'aborderai une **réflexion sur les nouvelles technologies** de l'information et leur impact sur le secteur médico-social

---

<sup>9</sup> La démarche consiste à repérer des cibles pour se construire un référentiel, observer leurs processus et mettre en œuvre les modifications au sein des processus pour atteindre des valeurs fixées.

<sup>10</sup> Etude les enjeux du vieillissement de la population : Ehpads hors les murs et domicile connecté Génération / Mixing Génération 2018

<sup>11</sup> Ehpads de demain, vers la création de pôle de ressources gérontologiques locaux.



## Plan du mémoire

---

Ce travail est structuré en 5 grandes parties et 15 chapitres.

### **La Partie 1- Présentation de l'état des lieux de l'offre de prise en charge des personnes âgées :**

Cette première partie composée de trois chapitres, se focalise sur les évolutions de la contractualisation du secteur médico-social, un focus sur l'institution de l'EHPAD et une présentation de l'état des lieux de l'offre de prise en charge des personnes âgées, et un point sur l'évolution des populations accueillies en établissement, ainsi que sur leurs missions et leur évolution à venir.

**Chapitre 1 - Les fondements de la contractualisation du secteur médico-social**

**Chapitre 2 - La structure médico-sociale EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)**

**Chapitre 3 - Le futur de l'EHPAD, quelles évolutions ?**

### **La Partie 2 - Penser l'offre de demain**

Cette partie consiste à présenter les offres existantes actuellement dont l'objet est la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.

Elle est composée de 4 chapitres

**Chapitre 4 - Le maintien à domicile : Quelles réalités ? quelles limites ?<sup>12</sup>**

**Chapitre 5 - Les habitats alternatifs et solutions existantes**

**Chapitre 6 - Quelques pistes internationales**

**Chapitre 7 - Le nouveau marché des domiciles adaptés aux soins des personnes**

---

<sup>12</sup> La Revue de gériatrie volume 44 –numéro 5- mai 2019

**La Partie 3 - Analyse des expérimentations en cours de dispositifs innovant d'EHPAD hors les murs ou à domicile :**

Cette partie, composée d'un chapitre, détaille plusieurs expérimentations de dispositifs innovant visant à prendre en charge et accompagner les séniors nécessitant un accompagnement adapté.

**Chapitre 8 - Analyse des expérimentations en cours**

**La Partie 4 - Etat des lieux et cartographie des personnes âgées sur le territoire des Hauts de France :**

**Chapitre 9 - analyse des données de l'INSEE et du Schéma Régional de Santé des Hauts de France 2018 - 2023**

**La Partie 5 - Projet de l'EHPAD Maison Saint Jean :**

Dans cette dernière partie je propose la création d'un dispositif renforcé pour le soutien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie qui répond au besoin du territoire.

**Chapitre 10 - Diagnostic du territoire du secteur Flandres Artois Lys**

**Chapitre 11 - Originalité et caractère novateur du projet**

**Chapitre 12 - Forces et faiblesses du projet**

**Chapitre 13 – Le concept du projet**

**Chapitre 14- Fonctionnement du pôle de services**

**Chapitre 15 - réflexions sur l'apport des nouvelles technologies**

**Conclusion**

## Partie 1- Présentation de l'état des lieux de l'offre de prise en charge des personnes âgées

### Chapitre 1 – Les fondements de la contractualisation du secteur médico-social

Les établissements et services gérés par les institutions sociales et médico-sociales sont encadrés par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Le principe d'une autorisation préalable a été consacré par la loi de 1975 et son caractère contraignant s'est accru progressivement.

La conclusion d'une convention pluriannuelle devient obligatoire pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec la loi N°97-60 du 24 janvier 1997, relative à la prestation spécifique dépendance, devenue allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Cette convention dite tripartite est signée entre l'établissement et les deux tarificateurs que sont l'agence régionale de santé (ARS) et le conseil départemental (CD).

Elle définit les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués

Cette contractualisation est complétée et modifiée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est créé par la loi du 2 janvier 2002 et introduit à l'article L.313-11 dans le code de l'action sociale et des familles (CASF).

Ce contrat fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans.

La loi du 2 janvier 2002 sera significativement modifiée ou complétée, par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées créant notamment la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> [www.CNSA.fr](http://www.CNSA.fr)

Les premiers CPOM ne seront signés qu'à partir de la publication de l'ordonnance n°2005-1477 du 1<sup>er</sup> décembre 2005<sup>14</sup>.

Initialement conçu comme un outil facultatif, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) rénovant la procédure de création, extension et transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux en introduisant une procédure d'appel à projet rend le CPOM obligatoire.

Compte tenu d'un contexte financier de plus en plus contraint et d'une contractualisation insatisfaisante, la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) a été élaborée, notamment avec pour objectif d'améliorer l'efficacité de l'outil contractuel en substituant le CPOM à la convention tripartite pluriannuelle (CTP) et d'inverser la logique budgétaire, passant d'un pilotage par la dépense à un pilotage par la ressources et de perfectionner le dialogue de gestion en généralisant les indicateurs de performance de l'Agence Nationale de la Performance<sup>15</sup>(ANAP)

Depuis la loi du 2 janvier 2002, les réformes se sont succédé, au point de modifier sensiblement la construction du dispositif et de susciter une évolution des rôles des acteurs comme des décideurs.<sup>16</sup>

## **Chapitre 2 - La structure médico-sociale EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)**

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), établissement et services sociaux et médico-sociaux au sens de l'article L.312-1-I 6<sup>ème</sup> du code de l'action sociale et des familles (CASF), sont un modèle de maison de retraite élaboré dans les années 1990.

---

<sup>14</sup> Ordonnance n°2005 du 1<sup>er</sup> décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale des ESSMS

<sup>15</sup> Obligation de remplir le tableau de bord de la performance ([www.ANAP.fr](http://www.ANAP.fr))

<sup>16</sup> Bauduret, J.-F. (2017). Institutions sociales et médico-sociales. De l'esprit des lois à la transformation des pratiques. Paris : Dunod

Depuis la loi du 02/01/2002<sup>17</sup> rénovant l'action sociale et médico-sociale, en application de la réforme sur la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

La loi n°2002-2 conduit les établissements sociaux et médico-sociaux à élaborer, mettre en place et contrôler une organisation qui respecte :

Le droit des usagers des principes éthiques et déontologiques, des pratiques d'action et des garanties de bon fonctionnement, une planification sociale et médico-sociale, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des règles budgétaires et de financement

## 2.1 Les grands principes :

Elle se fonde sur deux grands principes directeurs :

- 1) Instaurer des procédures de pilotage rigoureuses et plus transparentes en rénovant le lien entre la planification, la programmation, l'allocation de ressources, l'évaluation et la coordination
- 2) Garantir les droits des usagers et promouvoir l'innovation sociale et médico-sociale

Deux axes concernent directement les établissements et services médico-sociaux :

- 1) L'évaluation : mise en place d'une démarche qualité avec l'obligation d'auto-évaluation régulière, avec communication aux autorités de contrôle tous les 5 ans et d'évaluation externe tous les 7 ans
- 2) Les droits des usagers : mise en place de 7 nouveaux outils pour l'exercice de ces droits.

Les maisons de retraite médicalisées se transforment en EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Au-delà de l'acronyme, **c'est leur statut qui change**, l'établissement, lors de la signature de la convention tripartite, s'engage sur de nombreux critères qualité dont l'individualisation de la prise en charge.

La création d'un EHPAD est soumise à **l'autorisation du Président du Conseil Départemental** et du **Directeur de l'Agence Régionale de Santé**, ainsi qu'à la signature d'une convention tripartite d'une durée de 5 ans entre l'établissement, le Conseil Départemental et l'Agence régionale de santé (ARS).

---

<sup>17</sup> [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460)

La signature de cette convention permet à la résidence de bénéficier de dotations financières versées par le département sur les sections hébergement, et dépendance et par l'Agence Régionale de Santé pour la section soins.

Structure médico-sociale, l'EHPAD accueille des personnes seules ou en couple, de plus de 60 ans (sauf dérogation), plus ou moins dépendantes sur les plans physique et psychologique.

L'entrée est décidée par le directeur de l'établissement, sur avis du médecin coordonnateur. Ce dernier doit s'assurer que l'état de santé et le degré de dépendance du demandeur sont en adéquation avec les capacités matérielles et humaines de l'établissement.

La dernière réforme en cours étant la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement<sup>18</sup>(loi ASV).

L'objectif du législateur avec la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui fait désormais figure de texte de référence, pour le « droit de la gérontologie » Parmi les principales mesures, on citera la revalorisation de l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA) et la reconnaissance de droits pour les aidants<sup>19</sup>, notamment reconnaissance d'un droit au répit pour les aidants et la politique de maintien à domicile de la personne âgée.

Dans un contexte de réforme du secteur médico-social, les parties prenantes (organismes gestionnaires, établissements et services, conseils départementaux et Agences régionales de santé) se mobilisent pour mener à bien la généralisation des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

**Au 1er janvier 2022**, l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des établissements et services médico-sociaux (ESMS) relevant de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) **devront avoir signé un Contrat Pluri annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).**

---

<sup>18</sup> Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

<sup>19</sup> La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit (titre1 : « Anticipation perte d'autonomie », chapitre III : « la lutte contre l'isolement », article 8 le financement par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de la formation de l'accompagnement par des bénévoles qui contribuent au maintien du lien social

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2016<sup>20</sup> et celle relative à l'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015 ont modifié de façon importante les modes de financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS).

La contractualisation obligatoire d'un CPOM<sup>21</sup> s'inscrit dans une réforme globale du financement des établissements dans le respect des enveloppes disponibles dans le cadre d'une tarification à la ressource et à celle des états prévisionnels de ressources et des dépenses (EPRD). Il s'agit d'une inversion de la logique de tarification qui se substitue à l'examen des propositions du gestionnaire via le budget prévisionnel, qui se voit remplacer par une tarification à la ressource dans laquelle le gestionnaire doit s'accommoder des crédits qui lui sont alloués uniquement en considération des moyens dont dispose le tarificateur<sup>22</sup>

Les EHPAD font face à de nouveaux défis caractérisés par l'entrée de plus en plus tardive en établissement, l'augmentation du nombre de résidents souffrant de poly-pathologies et de maladies neurodégénératives et d'un accroissement de la perte d'autonomie.<sup>23</sup>

L'augmentation du nombre de personnes âgées au plan national et sur les territoires de la région Haut de France, corrélée à l'évolution des besoins et attentes des personnes accueillies entraînent une adaptation des prestations proposées et une réelle interrogation sur la place des établissements dans le parcours des personnes âgées.

## 2.2 La situation des EHPAD en France : Des structures en tension :

La Caisse Nationale solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a publié un dossier « portrait des EHPAD » datant de novembre 2017 qui fait état d'un panorama précis de la situation des établissements :

**Au 31 décembre 2016, près de 6 900 EHPAD accueillait près de 728 000 personnes âgées.**

---

<sup>20</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<sup>21</sup> Dans le cadre d'un établissement qui bénéficie d'un forfait soins, ce contrat est conclu avec l'Agence régionale de Santé (cf articles L.313-12, III du CASF qui pose le principe d'une subordination à la conclusion d'un CPOM)

<sup>22</sup> CPOM, La grande illusion, magazine Direction(s) n°160 janvier 2018 tribune Maître Laurent Cocquebert

<sup>23</sup> Les seniors : chantier de la décennie, repères pour 2025 SYNERPA

43 % de ces établissements sont publics, un tiers sont de statut privé non lucratif et un quart sont privés commerciaux. Les EHPAD publics offrant des capacités d'accueil plus importantes que les autres EHPAD, 49 % des places d'hébergement permanent (HP) sont dans des structures publiques.

Les EHPAD situés dans des zones urbaines sont plus nombreux (55 % des structures) et leur capacité d'accueil est plus importante puisqu'ils regroupent 60 % de l'ensemble des places en hébergement permanent. Le secteur privé commercial et les EHPAD rattachés à un établissement de santé sont les plus implantés en ville.

### 2.2.3 La dépendance et le besoin en soins des résidents des EHPAD :

Le niveau de perte d'autonomie des résidents d'un EHPAD est évalué par le groupe iso-ressources dont il dépend (GIR). Les résidents dont le GIR est évalué à 1 sont les plus dépendants. Les résidents de GIR 6 ne sont pas du tout dépendants. En moyenne, 55 % des résidents des EHPAD sont en GIR 1-2.

Ce poids est plus important dans les EHPAD en tarif global (53 % des résidents, contre 49 % des résidents des EHPAD en tarif partiel).

En 2016, en moyenne, le taux d'hospitalisation (soit le nombre de journées d'hospitalisation des résidents rapporté au nombre de journées total des résidents en EHPAD) était de 1,43 %.

Le besoin en soins moyen évalué pour les résidents des EHPAD (PATHOS moyen pondéré, PMP) est plus important dans les EHPAD publics rattachés à un établissement de santé (205 points), et dans les EHPAD privés commerciaux (203 points).

Il est aussi nettement plus marqué dans les EHPAD de 200 places et plus (212 points) et dans les EHPAD ayant une pharmacie à usage interne (PUI).

## 2.3 Une organisation du travail dégradée qui n'est plus en phase avec l'accroissement de la dépendance et des soins :

Le taux d'occupation moyen des EHPAD est de 97 % des places installées. Il est significativement plus faible dans les EHPAD privés commerciaux (95 %), et plus élevé



dans les EHPAD dont le PMP est le plus élevé, comme dans les établissements dont la capacité n'excède pas 100 places.

un résident d'EHPAD cumule en moyenne 7,9 pathologies, environ 37 % des résidents souffrent d'au moins une pathologie chronique non stabilisée ; 15 % des résidents souffrent d'au moins une pathologie aiguë<sup>24</sup>.

Le personnel des EHPAD est constitué, en moyenne, à 43 % par les aides-soignants (AS), aides médico-psychologiques (AMP) et assistants de soins en gérontologie (ASG). En 2006, le plan Solidarité Grand âge préconisait d'augmenter le taux d'encadrement de 0,57 ETP à 0,65 ETP par résident, tout personnel confondu. Dix ans plus tard, on observe un taux d'encadrement global de 0,61 ETP par place d'EHPAD, soit un taux d'encadrement global 0,63 ETP par résident en tenant compte du taux d'occupation moyen déclaré en 2016. <sup>25</sup>

Face à l'évolution des populations accueillies, les EHPAD doivent affirmer leur vocation médico-social dans un contexte d'augmentation des besoins en soins et un contexte budgétaire contraint.

L'augmentation du niveau moyen de dépendance des résidents en EHPAD alourdit la charge de travail des personnels rendant les conditions de travail, notamment pour les aides-soignants, particulièrement préoccupantes, tant du point de vue physique que psychologique<sup>26</sup>

L'enquête de la Drees publiée le 22 septembre 2016 fait état de « *conditions de travail en EHPAD vécues comme très difficiles par des personnels très engagés* »<sup>27</sup>.

### 2.3.1 Evolution des personnes âgées accueillies et conséquences sur le financement :

Le vieillissement de la population, les attentes et besoins des personnes âgées, le développement de solutions d'accompagnement à domicile et de solutions intermédiaires

---

<sup>24</sup> Rapport parlementaire d'information « mission flash EHPAD » Madame Monique Iborra et Madame Caroline Fiat Députées 13 septembre 2017

<sup>25</sup> CNSA Novembre 2017 La situation des EHPAD en 2016

<sup>26</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/des-conditions-de-travail-en-ehpad-vecues-comme-difficiles-par-des-personnels>

<sup>27</sup> Les dossiers de la Drees n°5, septembre 2016

d'habitat pour répondre aux souhaits des personnes âgées de rester à domicile ont pour conséquence d'accroître le niveau de dépendance et de besoins en soins exigés dans les EHPAD et de retarder l'entrée en institution pour les personnes âgées.

La CNSA<sup>28</sup> (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) a réalisé une étude en amont de la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD, les projections anticipaient un GIR Moyen Pondéré des EHPAD à 733 en 2019 alors qu'il était de 697 en 2008.

Quant au Pathos Moyen Pondéré il devrait atteindre 212 points en 2019 contre 167 en 2008.

L'âge moyen d'entrée en établissement a également évolué passant de 85 ans en 2011 à 85 ans et 8 mois en 2015<sup>29</sup>

Le nombre de résidents atteint de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés a augmenté (ils représentaient 57% des résidents accueillis en 2017 contre 48% en 2011<sup>30</sup>

La durée moyenne de séjour des résidents reste stable à 2 ans et 6 mois<sup>31</sup>.

Le décret du 21 décembre 2016 a défini des **équations tarifaires complexes** qui conduisent à accentuer des **inégalités territoriales** d'un département à l'autre, malgré l'instauration d'un **mécanisme de convergence tarifaire**. Cette nouvelle tarification ne tient compte ni de l'inflation ni de la structure des coûts réels résultant du statut des établissements.

Selon une étude de la CNSA conduite dans le cadre des concertations préalables à la réforme de la tarification, le passage au forfait automatique de soins, calculé sur la base du GIR Moyen Pondéré et du PATHOS Moyens Pondéré de chaque EHPAD, appelé le GMPS, est estimé à 600 millions d'euros sur 5 ans.

Dans un contexte budgétaire contraint pour les finances publiques, la réflexion sur l'évolution à venir des EHPAD ne peut se limiter au financement.

Il y a également des réflexions à mener sur l'amélioration de la qualité d'accompagnement des résidents et de la qualité de vie au travail des professionnels<sup>32</sup>.

---

<sup>28</sup> <https://portail.cnsa.fr>

<sup>29</sup> DREES enquête EHPA 2011 et 2015

<sup>30</sup> Lettre de l'observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer janvier 2011 et juin 2018

<sup>31</sup> DREES enquête EHPAD 2011 et 2015

### 2.3.2 Les EHPAD d'aujourd'hui peuvent-ils répondre aux nouvelles missions ?

Alors que les EHPAD sont de plus en plus médicalisés et qu'ils accueillent des personnes avec des pathologies de plus en plus lourdes (multi-pathologies et troubles neurodégénératifs), les établissements restent des structures médico-sociale, compte tenu de la durée moyenne de séjour.

L'évolution de la mission des EHPAD se traduit par une évolution des projets d'établissement qui doivent concilier le maintien de l'autonomie, la participation sociale et un accroissement des soins avec un impact significatif sur la prévention des pratiques et des risques professionnels.

L'augmentation de la dépendance des personnes accueillies a pour conséquences un accroissement de la charge de travail des personnels soignants et plus particulièrement des aides-soignantes et qui engendre une multiplication des troubles musculo-squelettiques des professionnels.

Les EHPAD font face à des besoins d'accompagnement des résidents de plus en plus important ainsi qu'à une pénurie de personnels soignants (AS-AMP). Ils doivent donc travailler à la valorisation de leur image et de leur métier afin *de rester des lieux de vie où la personne est soignée et non à des lieux de soins où l'on vit.*<sup>32</sup>

*« Les conditions de travail des soignants d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes changent sous l'effet de l'évolution récente des profils de résidents : amplification des tâches sanitaires au détriment du relationnel, renforcement des exigences de qualification des professionnels et du contrôle qualité, exigence accrue des résidents. »*

---

<sup>32</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf> - des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés travail,

<sup>33</sup> EHPAD de demain, vers la création de pôles ressources gérontologiques locaux CREA1 Pays de Loire

### 2.3.3 L'image de l'EHPAD dans les médias : une image écornée :

Les récents événements médiatisés (grève de plus de 100 jours aux Opalines de Foucherans en 2017) ont été suivis de reportages télévisés (Envoyé spécial sur France 2 de la journaliste Elise Lucet) septembre 2018 et des articles de presse, la une du Monde du 17 mai 2018 « *Comment la France maltraite ses vieux* »<sup>34</sup> et l'article de Florence Aubenas « *on ne les met pas au lit on les jette* »<sup>35</sup> du journal Le Monde du 18 juillet 2017 qui ont donné lieu à un « EHPAD Bashing » dans l'opinion publique.

### 2.3.4 L'impact économique et financier :

L'évolution du niveau de dépendance et de besoins en soins des résidents va représenter dans les années à venir un coût important pour les finances publiques.

Actuellement les enjeux et les débats autour de la réforme de la tarification génèrent une tension palpable, « **le cadre institutionnel de l'action sociale en France, c'est-à-dire la description du rôle et de l'organisation des différents acteurs, est à la fois complexe, illisible et mouvant** »<sup>36</sup>.

**Le montant des financements au titre de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA) versé par les conseils départementaux, qu'elle soit délivrée à domicile ou en établissement, devrait quant à lui presque doubler d'ici 2040 (de 5,2 milliards d'euros en 2010 à 11,10 milliards d'euros en 2040)**<sup>37</sup>.

La question **du reste à charge** en établissement est également une **question essentielle**, pour les personnes âgées et leurs familles, **il s'élève en moyenne à 1 970€/mois**<sup>38</sup>, pour une **pension de retraite mensuelle moyenne de 1 322€**<sup>39</sup>.

### 2.3.5 L'impact du territoire :

**L'enjeu se situe au niveau des territoires** avec le développement du travail en réseau avec les acteurs du social et du sanitaire en mutualisant les ressources et en s'appuyant sur le recours aux nouvelles technologies numériques.

---

<sup>34</sup> [https://www.lemonde.fr/.../05/16/comment-la-france-maltraite-ses-vieux\\_5299860\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/.../05/16/comment-la-france-maltraite-ses-vieux_5299860_3224.html)

<sup>35</sup> <https://www.lemonde.fr/societe/article/2017/07/18/dans-le-jura-la-greve-la-plus-longue...>

<sup>36</sup> Dubois-Pot, J.-P. (2016). Le cadre institutionnel de l'action sociale. Qui fait quoi ? Paris : ASH.

<sup>37</sup> INSEE, DREES pour le rapport « perspectives démographiques et financières de la dépendance 2011

<sup>38</sup> Enquête EHPAD Drees 2015

<sup>39</sup> DREES, les retraités et les retraites panorama 2016

Cette démarche peut être un élément de **réponse à l'amélioration de la qualité d'accompagnement des résidents et de la qualité de vie au travail**, si elle permet de **maîtriser les dépenses publiques et de limiter l'évolution du prix de journée à la charge du résident** permettant de garantir l'accès à un EHPAD de toutes les personnes âgées sur son territoire de proximité.

### 2.3.6 L'impact sociétal :

Le vieillissement à venir de la population s'inscrit dans une **profonde évolution de la population âgée**. La génération née avant la seconde guerre mondiale va progressivement laisser la place à la génération des « Baby-boomer » (1946-1960) qui vont évoluer en « Papy Boomer »

Les aspirations, les besoins et les attentes de cette nouvelle génération seront différents de la génération d'avant-guerre.

La génération qui avait 20 ans en 1968 a également connu la transformation de la cellule familiale et la montée de l'individualisme, avec un impact sur la demande de services personnalisés.

Contrairement à leurs aînés, cette génération ne va pas découvrir la perte d'autonomie. La génération d'avant-guerre, en raison d'une espérance de vie moindre de leurs parents, n'a pas ou très peu connu la dépendance de leurs parents. Elle n'a donc pas anticipé sa propre perte d'autonomie.

La génération des *personnes* nées après la guerre (baby-boomers) fait face à la perte d'autonomie de leurs propres parents, elle est donc avertie et susceptible pour une partie d'entre-elle, de s'organiser pour anticiper sa perte d'autonomie. D'après les projections **une personne sur trois aura 60 ans et plus en 2050**<sup>40</sup>.

Le développement en cours de solutions d'habitats dits « intermédiaires » telle que la transformation des foyers logements en résidences autonomie (portée par la loi Adaptation de la Société au Vieillessement du 28 décembre 2015), les résidences services seniors, l'habitat intergénérationnel, les béguinages illustrent cette tendance de fond.

---

<sup>40</sup> Projections de population pour la France Métropolitaine à l'horizon 2050 Isabelle Robert-Bobée INSEE première N°1089, 2006

Les futures générations de personnes âgées entendent **maitriser leur vieillissement** et vont s'organiser en conséquence, en anticipant leur entrée dans des structures non médicalisées ou la notion du domicile demeure et qui proposent des services permettant de répondre à la notion du « bien vieillir »<sup>41</sup>

Un logement adapté, le maintien du lien social, l'accès à des dispositifs technologiques sécurisants, l'accompagnement à la mobilité et la prévention de la perte d'autonomie.

**« La génération des » baby-boomer » s'est construite sur des valeurs fondées sur la liberté et l'autonomie ».**<sup>42</sup>

Une étude du cabinet Adjavance conduite auprès de 350 seniors en 2016 a montré que cette génération est plus individualiste, plus attachée à la notion de confort et a un recours plus important à la consommation pour son bien-être<sup>43</sup>.

Une tribune publiée dans le quotidien « Libération » le 25 mai 2017 dans laquelle plusieurs personnalités de cette classe d'âge (Alain Touraine, Bernard Kouchner, Daniel Pennac, Axel Khan...) revendiquaient « une *vieillesse libre et assumée jusqu'au bout de la vie* » et le « *droit de rester chez eux jusqu'à leur mort* »<sup>44</sup>.

Cette demande de **vieillir chez soi**<sup>45</sup> est une **donnée forte** à prendre en compte dans l'évolution à venir de l'offre d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.

Une enquête IFOP Socio-vision pour la FEPEM<sup>46</sup> (Fédération des Particuliers Employeurs) d'avril 2016 montrait que **83% des personnes interrogées souhaitent demeurer à domicile le plus longtemps possible.**

---

41 La notion du bien vieillir fait l'objet de différentes approches et définitions, le modèle de ROW et KHAN inclut trois composantes principales et inter-reliées : absence de maladie ou de facteurs de risque, un niveau de fonctionnement physique et cognitif élevé et une vie active sur les plans occupationnel et social)

42 EHPAD de demain, vers la création de pôles ressources gérontologiques locaux CREA1 Pays de Loire

43 Etude-de-référence-Génération-Seniors- (étude nationale sur les personnes de plus de 55 ans mois d'avril/mai 2016 panel de 1500 personnes (web et téléphone) via un questionnaire de près de 50 items)

44 Manifeste du collectif vieux et chez soi

45 Etude Ifop / Sociovision - Février 2019 les seniors et les offres de services à la personne à la demande de la Fédération du Service aux Particuliers

46 Seniors « marché et habitat inclusif, quelle offre de service ? » conférence de presse, 7 février 2019

### 2.3.7 L'impact de l'évolution de la société et de l'évolution technologique :

La génération des personnes nées après la guerre, (baby-boomer) nées entre 1946 et 1960 a réussi à **s'approprier les outils numériques** (ordinateurs, tablettes, téléphones portables) pour accéder à l'information et rester en contact avec des proches.

Le Credoc<sup>47</sup> (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie), estime que les nouvelles générations de seniors auront un rapport à la consommation foncièrement différent des générations qui les ont précédées « *elles seront à la fois plus familières et plus critiques, parce qu'elles auront vécu à chaque fois un peu plus longtemps dans l'univers de la société de consommation* »<sup>48</sup>.

« *Elle est plus à même que ses aînés à **s'informer et à maintenir le lien social*** »<sup>49</sup>.

Dans ce contexte d'évolution des facteurs démographiques et au regard de la situation actuelle des EHPAD et de leur place sur le territoire et dans le parcours des personnes âgées, il apparaît pertinent de mener une réflexion sur les évolutions à apporter au modèle des EHPAD pour adapter leur offre d'accompagnement sur les territoires afin de répondre aux enjeux de demain.

Les seniors sont de plus en plus nombreux à **vieillir sans perte majeur d'autonomie**.

D'après les projections du Conseil d'Orientation des Retraites (COR), l'espérance de vie sans incapacité évolue plus favorablement après 65 ans qu'entre 50 et 65 ans<sup>50</sup>.

Selon les projections de l'INED<sup>51</sup> (institut national d'études démographiques), les femmes vieilliront plus souvent à plusieurs à l'avenir, notamment en raison au recul du veuvage qui compensera l'augmentation des divorces à l'horizon 2030<sup>52</sup>.

---

<sup>47</sup> <https://www.credoc.fr>

<sup>48</sup> Comment consomment les seniors ? Thierry Mathé, Pascale Hebel, Martyne Perrot et Delphine Robineau, CREDOC cahier de recherche, n°296, 2012 page 7

<sup>49</sup> Sondage IPSOS pour l'institut du bien vieillir Korian 81% des seniors aiment surfer sur internet)

<sup>50</sup> Note de présentation générale, Secrétariat général du conseil d'orientation des retraites 2014

<sup>51</sup> <https://www.ined.fr>

<sup>52</sup> La dépendance : « aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ? », Carole Bonnet, Emmanuel Cambois, Chantal Cases et Joelle Gaymu, Ined, Population et sociétés, N°483, 2011

## Chapitre – 3 Le futur de l’EHPAD, quelles évolutions ?

### 3.1 Les missions actuelles :

L’EHPAD a pour première mission de **prendre soin de la personne âgée**.

« Le prendre soin » intègre une offre d’hébergement confortable et sécurisante avec un accompagnement dans les tâches quotidiennes et des services de soins et d’hygiène qui tiennent compte du besoin de la personne accueillie. Il reste un lieu où le maintien de l’autonomie tant sur le plan physique que psychique et intellectuel est recherché. Le maintien des liens avec les proches et permettre une vie sociale fait également partie des missions fondamentales de l’institution. Cela nécessite des **moyens humains et matériels adaptés**. Il s’agit d’accompagner la personne âgée dans son dernier parcours de vie.

La mission originelle de l’EHPAD reste identique, quand bien même les personnes rentrent de plus en plus âgées et de plus en plus dépendantes et fragiles, il incombe à l’établissement d’accompagner jusqu’au bout le résident et **d’éviter la solitude dans les derniers moments de vie**.

La finitude : « *Caractère de ce qui est fini, borné. Caractère de l’être humain, considéré comme ayant la mort en lui à chaque instant de sa vie* ». <sup>53</sup> se fait présente, l’EHPAD étant aussi un lieu d’accompagnement de fin de vie et de soins palliatifs.

### 3.2 Le constat : Un manque d’hébergement pour personnes âgées dépendantes :

Il faudra créer près de 500 000 places en établissement d’hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) disponibles pour accueillir des résidents dépendants. Les perspectives récentes font apparaître des besoins de création importants : environ 10 000 nouvelles places par an pour les prochaines décennies seraient nécessaires.

---

<sup>53</sup> <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/finitude/33836>



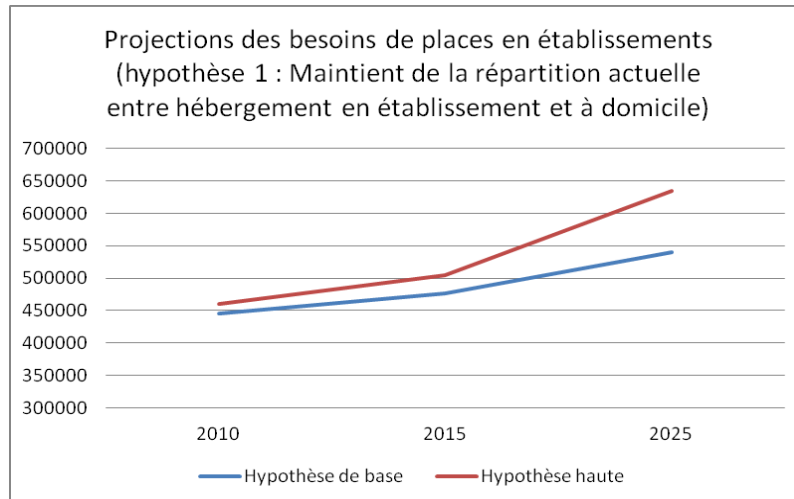


Figure 1 Source INSEE, Assemblée Nationale

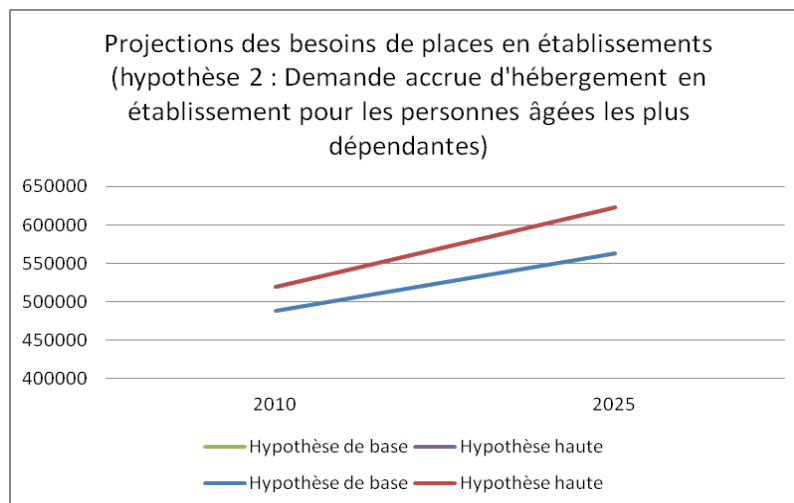


Figure 2 Source INSEE, Assemblée Nationale

### 3.3 Dans quelles tendances se place l'EHPAD ? :

**La réforme actuelle du monde de la santé recentre les établissements hospitaliers sur des activités purement sanitaires**, médecine générale, chirurgie et obstétrique. L'hôpital ne place pas le développement des activités gériatriques dans sa stratégie ni le développement des soins hors les murs.

**Les politiques publiques visent à maintenir les personnes âgées à domicile et la loi « adaptation de la société au vieillissement (ASV) »** marque une étape importante,

**grâce aux démarches préventives et proactives, en faveur du maintien de l'autonomie des personnes.**

De ce fait les **EHPAD accueillent des personnes plus âgées, plus dépendantes atteintes de plusieurs pathologies chroniques.** Cette réalité se met en place progressivement sans rupture avec la médicalisation des établissements.

### 3.3.1 Plusieurs tendances apparaissent :

Celle de la **médicalisation des EHPAD** qui accueilleront de plus en plus de personnes dépendantes et notamment atteintes de pathologies neurodégénératives, de type Alzheimer et qui devront se spécialiser sur cette demande avec des services adaptés en soins et en accompagnement.<sup>54</sup>

**Les EHPAD pouvant se transformer en Unités de Soins de Longue durée (USLD), institution fortement médicalisée et avec des durées de séjour en forte diminution.**

Les différents plans nationaux « Grand Âge » ont conduit les EHPAD à s'engager progressivement dans une dynamique de médicalisation avec la diversification de l'offre de services sur la création de PASA (*Pôle d'Activités et de Soins Adaptés*), Unité de Vie Adaptée (*UVA*) équipes spécialisées Alzheimer et le développement de l'accueil temporaire et de l'accueil de jour.

On constate le développement des coopérations externes avec les acteurs sanitaires, gériatriques et médico-sociaux sur leur territoire pour apporter des réponses et des solutions aux besoins des résidents.

Jusqu'à présent, la prise en charge de la personne âgée **fonctionne en silo « étanche »** avec d'un côté le domicile qui est lui-même partagé entre le soin avec les SSIAD et l'HAD et l'aide avec les SAAD et de l'autre côté les établissements d'hébergements eux même partagés entre les EHPA et les EHPAD. Il se rajoute **le clivage important entre le monde du sanitaire et celui du médico-social.**

Une idée commence à se développer, elle fait partie des propositions du rapport Libault<sup>55</sup> avec la création d'un nouveau statut d'établissement : établissement territorial pour personnes âgées (ETPA) qui remplacerait l'EHPAD.

---

<sup>54</sup> DREES, études et résultats N°877, février 2014

<sup>55</sup> Priorité n°5 une nouvelle offre pour concrétiser le libre choix de la personne

Il s'agit de créer des établissements plate-forme devenant centre de ressources.

L'objectif étant de décloisonner les différents organismes qui interviennent auprès de la personne âgée et de mieux intégrer établissement et domicile en fluidifiant les transitions entre établissement et domicile.

Décloisonnement entre le domicile et les établissements entre hébergement temporaire et définitif, entre accueil de jour et maintien à domicile.

*Ce nouveau type d'établissement médico-social recevrait une autorisation<sup>56</sup> et un financement pour couvrir toute une palette de services, devenant un centre de ressources du grand âge.*

Nous verrions des établissements intégrant un EHPAD, un SSIAD un SAAD, de l'accueil de jour, de l'hébergement temporaire, des consultations de télé-médecine, de la formation des personnels du portage de repas, etc...

Ce type d'établissement deviendrait un établissement territorial ouvert sur l'extérieur qui développerait des services destinés aux personnes habitant chez elles (restaurant, salon de coiffure, salle d'activité physique, salle de spectacles, etc.)

Ce décloisonnement permettrait de mettre fin à la division entre les SAAD et les SSIAD.

Pour les services sociaux et médico-sociaux intervenant à domicile, la **difficulté de fonctionnement est souvent liée à une tarification au tarif horaire ou à la place** qui ne permet pas de financer les temps de coordination. Le passage à une autorisation unique sous forme de dotation globale permettrait un financement et un pilotage unifié. La France accuse un déficit important entre l'offre de logements disponibles et une demande exponentielle. Il est donc nécessaire de développer de nouvelles structures pour espérer équilibrer la situation.

### 3.3.2 Accompagnement de la personne âgée, le positionnement des EHPAD :

Utilisation de la matrice SWOT<sup>57</sup> ou FFOM (en français) permettant d'analyser et de mettre en avant des facteurs clés de succès mais également les facteurs de risques dans le cadre de la réflexion stratégique autour du développement d'une nouvelle offre d'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie.

---

<sup>56</sup> Loi n° 75-535 du 30 juin 1975

<sup>57</sup> Outil d'analyse stratégique inventé par un groupe de professeurs de Harvard, Learned, Christensen, Andrew et Guth

C'est à partir de cette démarche que je **poursuis mon analyse du positionnement de l'institution EHPAD me permettant d'identifier les facteurs clés de succès à mettre en œuvre pour que l'institution s'adapte aux nouvelles attentes des seniors.**

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement médicalisé adapté à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et aux pathologies de type Alzheimer (UVA, PASA)</li> <li>• Services diversifiés</li> <li>• Personnel qualifié</li> <li>• Etablissements sécurisés</li> <li>• Démarche qualité et évaluations</li> <li>• Solution de recours au domicile</li> <li>• Réseau de partenaires médico-sociaux et sanitaires conventionnés</li> <li>• Les établissements sont bien identifiés sur leur territoire</li> <li>• Maillage territorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût du reste à charge pour le résident et les familles</li> <li>• Perte d'attractivité pour les personnes en GIR 3-4</li> <li>• Salaires peu attractifs</li> <li>• Ratio des moyens humains insuffisant</li> <li>• Conditions et pénibilité du travail</li> <li>• Absentéisme et accidents du travail</li> <li>• Financements publics gelés</li> <li>• Image écornée dans l'opinion</li> <li>• Clivage avec les autres services (aide à domicile, etc.)</li> <li>• Clivage avec le monde sanitaire</li> <li>• Poids des normes</li> <li>• Plusieurs financeurs (ARS et département)</li> <li>• Rigidité du cadre réglementaire</li> </ul>
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réformes en cours</li> <li>• Evolution des politiques publiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte d'attractivité</li> <li>• Lieu de plus en plus médicalisé</li> <li>• Ne répond plus aux besoins des personnes âgées</li> <li>• Evolution des politiques publiques</li> <li>• Nouvelles offres d'accompagnement novatrices</li> </ul>

## Partie 2 - Penser l'offre de demain

*« En ce temps-là, la vieillesse était une dignité, aujourd'hui elle est une charge »*

*Chateaubriand*

Entre octobre et décembre 2018, 414 000 participants ont posté 18 000 propositions sur le site make.org pour répondre à la question « Comment mieux prendre soin de nos aînés ? ». Au total, 1,7 million de votes ont été enregistrés. Cette consultation a mobilisé des citoyens venus de toute la France et de toutes les tranches d'âge.

### **Quatre grandes priorités se dégagent de ces propositions :**

- 1) Améliorer les conditions de travail et de vie des professionnels et des proches aidants
- 2) Accroître la qualité et la variété de l'offre de lieux de vie
- 3) Réduire le coût de la prise en charge en établissements et à domicile
- 4) Renforcer l'accès à la santé pour les personnes âgées.

## **Chapitre 4 Le maintien à domicile : Quelles réalités ? quelles limites ? 58**

### **4.1 Multiplicité des structures :**

la multiplication des structures d'accueil et autres structures médico-sociales comme par exemple les MAIA, (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), définition codifiée à l'art. L. 113-3 du Code de l'action sociale et des familles, « Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées en perte d'autonomie coordonnent leur activités en suivant la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ».

---

<sup>58</sup> La Revue de gériatrie volume 44 –numéro 5- mai 2019

Ainsi interviennent auprès de la personne âgée à domicile :

#### 4.1.1. Les SAAD, (Services d'aide et d'accompagnement à domicile) :

Ces services sont sollicités pour de l'aide ponctuelle à la perte d'autonomie dans les activités quotidiennes.

Les services ayant un agrément délivré par le Président du conseil départemental, réalisent environ 80 % des heures prévues dans les plans d'aide APA et PCH proposés par les équipes du Conseil Départemental.

Pour les personnes âgées, les interventions des services d'aides et d'accompagnement à domicile ont pour objectif de favoriser ou maintenir l'autonomie et permettre aux personnes de continuer à vivre chez elles le plus longtemps possible.

Si les services couvrent totalement le département, **les réponses quantitatives** sont parfois difficiles à apporter compte tenu des ressources humaines disponibles et candidatures sur ce type d'emploi.

**La souplesse d'intervention selon les besoins individuels ne peut pas toujours être assurée.** C'est le cas pour les interventions de week-end, en soirée, des plans 24 h /24, et parfois en milieu rural ou semi-rural.

Les difficultés spécifiques d'accompagnement pour la prise en charge des malades psychiques **posent le problème de la formation des personnels des services d'assistance à la personne.**

#### 4.1.2 Les SSIAD, services de soins infirmiers à domicile :

Ils sont autorisés par le président du conseil départemental et l'ARS et interviennent dans le cadre de la prise en soins de la personne âgée, à domicile ou dans des établissements non médicalisés (EHPA ou établissements pour personnes handicapées).

Ils interviennent sous forme de soins techniques, soins de nursing, prévention des risques, ou de soins de base relationnels et l'hygiène générale.

**Ils ont pour mission d'évaluer les besoins en soins de la personne et d'éviter l'hospitalisation** de la personne, ils interviennent sur prescription médicale, et doivent respecter la loi du 2 janvier 2002-2.

Les soins infirmiers non déléguables (injections, pansements, perfusions) sont réalisés par les infirmier(e)s libéraux ou les infirmières du service.

Ils sont financés à 100% par l'organisme de sécurité sociale de l'utilisateur. Le service doit comprendre obligatoirement un infirmier coordinateur (article D 312-4 du code de la sécurité sociale).

#### 4.1.3 Les services d'Hospitalisation à domicile (HAD) :

Relevant du secteur sanitaire et rattachés à un centre hospitalier interviennent suite à une prescription médicale dans le cadre de la prise en soins de pathologies liées au grand âge. Leur mission principale étant d'éviter une hospitalisation ou une réhospitalisation en établissement de santé et d'organiser avec la structure hospitalière une hospitalisation à domicile avec les professionnels paramédicaux.

Le coût économique étant financé par l'Agence Régionale de Santé.

#### 4.1.4 Les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD) :

Rattaché pour la plupart du temps aux SSIAD, aux Équipes spécialisées Alzheimer, ils accompagnent des personnes âgées souffrant de pathologies de type Alzheimer et assimilées.

L'ESAD est une équipe composée d'un ergothérapeute et/ou d'un psychomotricien, et d'assistantes de soins en gériatrie. Ces professionnels sont sous la responsabilité d'une cadre-infirmière et se déplacent au domicile du patient pour effectuer des soins d'accompagnement et de réhabilitation. Les personnes pouvant bénéficier de ces interventions sont notamment atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée diagnostiquée, à un stade léger ou modéré de son évolution.

#### 4.2 L'enjeu de la coordination pour répondre au besoin :

Le nombre des acronymes, témoigne de l'essor du secteur, ces structures ayant en commun de mettre en œuvre une palettes de services pour épauler les personnes âgées, prévenir et atténuer la perte d'autonomie<sup>59</sup>.

Les services de maintien et d'aide à domicile n'ont pas bénéficié des mêmes moyens et efforts d'amélioration comparé aux établissements médicalisés (plan « Grand Âge »)<sup>60</sup>.

Son périmètre se limite à **l'offre de soins et d'aide humaine dans les tâches élémentaires** de la vie quotidienne **sans vision d'ensemble de la situation**, tant individuelle, que familiale de la personne, de ses besoins, de ses attentes, de son logement et de son environnement.

Rester vivre chez soi est la demande d'une très grande majorité des personnes âgées.

Il faut considérer que le maintien à domicile concerne les personnes âgées de plus de 60 ans ayant besoin d'un accompagnement et d'aides ponctuelles pour certains actes de la vie quotidienne.

Les personnes âgées concernées sont des personnes évaluées selon la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources) qui établit six niveaux de pertes d'autonomie : GIR 5-6, GIR 3-4 et GIR 1-2 (Groupe Iso-Ressources).

Le soutien à domicile concerne les personnes malades souffrantes de certaines de leurs capacités fonctionnelles et/ou intellectuelles ayant des besoins de soins et d'aides dans les actes complexes et ordinaires de la vie quotidienne évaluées dans les groupes GIR de 4 à 1 et relevant de financement par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de financements de l'Assurance Maladie.

**Selon une étude de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)<sup>61</sup> au nombre de 1,28 Millions de personnes en 2015, leur nombre augmenterait de 21 000 personnes par an en moyenne avec une plus forte augmentation à partir de 2030.**

---

<sup>59</sup> Décret n°2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement au domicile

<sup>60</sup> <https://www.cnsa.fr/.../strategie-et-plans-nationaux/plan-solidarite-grand-age>Le Plan Solidarité grand âge s'est substitué au plan Vieillesse et solidarités, annoncé à la suite de la canicule de l'été 2003.

<sup>61</sup> Boneschi S Zakri M : Drees « la durée de perception de l'allocation personnalisée autonomie. Des Bénéficiaires très différents. Les dossiers de la Drees n°29 octobre 2018



*Dans notre société moderne, l'indépendance et l'autonomie<sup>62</sup> sont impossibles tant nous avons besoin les uns des autres dans une interdépendance de plus en plus complexe, l'autosuffisance est concrètement impossible et notre autonomie est encadrée par les lois et les réglementations en vigueur.*

Environ un million de personnes souffrent en France de maladie neuro-évolutive de type Alzheimer ou maladies apparentées selon le site France-Alzheimer, entraînant plusieurs incapacités à maîtriser leur indépendance physique et leur autonomie décisionnelle. Les conséquences de ces incapacités de plus en plus lourdes dans la vie quotidienne imposent aux aidants familiaux une présence de plus en plus importante pour apporter les aides concrètes nécessaires.

60 à 70% d'entre elles vivent à domicile grâce à l'aidant. Parmi ces personnes accompagnées, soutenues, soignées par un aidant familial, 20% sont des personnes malades aux stades les plus évolués de leur perte d'autonomie (GIR 1 et 2).

***Deux à trois millions d'aidants familiaux au sens juridique du mot (obligés alimentaires) représentant 82% des aidants non professionnels, les assistent et les accompagnent dans la vie quotidienne.***

***Ces aidants sont eux même âgés voir très âgés, quatre-vingt-dix pour cent des aidants familiaux se plaignent d'épuisement moral et plus de la moitié des conjoints développent une dépression avérée<sup>63</sup>.***

Un diagnostic de démence de type Alzheimer ou d'une maladie apparentée au stade débutant ou modéré à déjà des conséquences lourdes pour les aidants en raison des symptômes de la maladie (aggravation des pertes, idées obsessionnelles, troubles de l'orientation dans le temps et l'espace, apathie et/ou agitation, troubles comportementaux avec manifestations agressives, atteinte fonctionnelles et chûtes).

Toutes ces atteintes ont en commun d'entraîner avant même qu'un diagnostic soit posé, une perte d'autonomie plus ou moins importante dans les activités complexes de la vie quotidienne ; erreurs dans la gestion administrative, erreurs dans la prise des médicaments, erreurs dans la gestion du temps, danger dans la conduite automobile.

---

<sup>62</sup> Indépendance : *capacité à pouvoir agir pour soi, autonomie : capacité à pouvoir décider pour soi.*

<sup>63</sup> Site de la journée nationale des aidants 6 octobre 2018 <https://www.aidant.fr/actualites/journee-nationale-aidants-du-6-octobre-2018>

Avec l'évolution de la pathologie les pertes majeures deviennent manifestes dans les actes quotidiens et essentiels, se laver, s'habiller, faire ses courses, se nourrir.

Les conséquences pour l'aidant familial sont très importantes, notamment au niveau des décisions à prendre sans avoir le plus souvent l'accord de l'aidé, demander l'APA, mettre en œuvre l'intervention des auxiliaires de vie, l'intervention d'un SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile).

**Pour l'aidé, lorsque les aidants (conjoint, enfants, petits-enfants...) sont accompagnés par des professionnels au domicile, il développe un rejet de l'envahissement par des tiers de son lieu de vie,** ce qui ne manque pas d'avoir un impact négatif sur la personne âgée qui n'accepte plus l'intrusion de visages toujours renouvelés et aux horaires imprévus.

#### 4.3 Conclusion sur les limites du soutien à domicile :

Les limites sont d'abords liées à la personne aidée elle-même : aggravation majeure de certains symptômes, développement de nouvelles pathologies, inversion du rythme jour/nuit isolement et mise en danger répétitives (fugues, chutes fréquentes).

Les limites sont également liées au cloisonnement des services à domicile, on note ainsi l'absence de réelle coordination et un financement disparate et mal assuré, ainsi qu'une organisation hétérogène (employeurs particuliers, mandataires et prestataires publics, associatifs, lucratifs).

**Les personnels du domicile sont moins formés et rémunérés que les professionnels des EHPAD.**

Elles sont également liées à l'insuffisance des ressources financières pour assumer la charge des aides professionnelles réellement indispensables au-delà de l'enveloppe plafonnée du plan d'aide financé par l'APA.

Il y a également les limites au niveau de l'aidant<sup>64</sup>, notamment sa santé physique et morale, son éloignement géographique ou affectif, sa disponibilité selon qu'il est en activité professionnelle ou non et ses capacités d'adaptation.

---

<sup>64</sup> La loi n°2010-209 du 2 mars 2010 visant à créer une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie. Décret n°2016-1554 du 18 novembre relatif au congé de proche aidant pris en application de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et de l'article 9 de la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social

Des limites également liées à l'environnement matériel et logement inadapté :

¼ des plus de 75 ans disposent d'un logement souvent peu ou pas adapté<sup>65</sup> à leur degré d'autonomie.

Le maintien à domicile est fortement conditionné par l'adaptation du logement (aménagement des pièces, problèmes liés à la conception architecturale) qui peut s'avérer coûteuse et souvent difficile à réaliser (contraintes architecturales, copropriété, refus du bailleur).

Compte tenu de l'état du parc immobilier, de sa localisation géographique (péri-urbain, rural) de la démographie et de la faible mobilité résidentielle des retraités, plus particulièrement sur la tranche d'âge de 70 – 80 ans (apparition des fragilités) on peut déduire l'ampleur des problèmes d'adaptation d'accessibilité, de sécurité et de confort de demain<sup>66</sup>.

**La qualité de vie et de soins des personnes âgées vivant à leur domicile exige une réévaluation régulière du rapport bénéfices/risques pour l'aidé et pour l'aidant.**

**Le dilemme étant souvent éthique<sup>67</sup> (respect des droits de chacun et celui de choisir)**

Dès lors l'entrée en établissement médico-social reste la seule alternative non seulement en cas de dépendance lourde et partielle (GIR 1,2,3) mais aussi de dépendance légère (GIR 4, 19% des résidents en EHPAD soit 112 651 personnes) voir de même pour des personnes autonomes (GIR 5 et 6, 11% soit 65 219 personnes<sup>68</sup>).

---

et à la sécurisation des parcours professionnels. Loi n° 2018-84 du 13 février 2018 créant un dispositif de don de jours de repos non pris, au bénéfice des proches aidants de personne en perte d'autonomie ou présentant un handicap

<sup>65</sup> Rapport annuel 2016 Domitys domitys.fr

<sup>66</sup> L'agence nationale de l'adaptation de l'habitat estime le nombre de logements des personnes de 65 et plus inadaptés à deux millions (cf rapport Adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées, ANAH et CNAV, décembre 2013

<sup>67</sup> <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/éthique/31389> « ensemble des principes moraux et des règles de conduite... »

<sup>68</sup> DREES Etudes et résultats n°877 février 2014

## Chapitre 5 Présentation des habitats alternatifs et solutions existantes :

### 5.1 Les béguinages<sup>69</sup> :

Nés au XII<sup>ème</sup> siècle dans les Flandres et aux Pays-Bas, les béguinages ont longtemps offert la protection de la vie en communauté à des femmes fragilisées par le célibat ou le veuvage. Ce système revient à l'ordre du jour pour proposer aux séniors solidarité, convivialité et autonomie.

#### 5.1.1 Critères d'entrée :

Ces logements sont conçus pour des personnes vieillissantes ayant des difficultés de mobilité.

*« Le béguinage rassemble des personnes, souvent seules, qui recherchent un environnement sécurisant »*, explique Jean-François Trochon, fondateur de « Béguinage et Compagnie »<sup>70</sup>, une start-up d'innovation sociale de l'habitat (Economie Sociale et Solidaire) qui accompagne les collectivités et les bailleurs dans la réalisation de béguinages selon un modèle participatif.

*« En rompant un isolement qui met à mal la santé, le moral et l'autonomie, ces logements apportent un sentiment de sécurité par le lien social qu'ils créent ».*

#### 5.1.2 Les prestations délivrées :

Dans un béguinage, chaque résident est propriétaire ou locataire ; il dispose aussi d'espaces partagés : des salons, des jardins, etc. Une charte est rédigée pour encadrer le bon fonctionnement de ce lieu à la fois individuel et communautaire. Elle regroupe l'ensemble des règles à suivre, et précise le mode de gestion des difficultés qui peuvent se présenter : soucis de santé, utilisation des espaces communs, tensions de voisinage, etc.

---

<sup>69</sup> Marine Guillermou pour Echo Silver. Béguinage et compagnie

<sup>70</sup> [www.beguinage-et-compagnie.fr](http://www.beguinage-et-compagnie.fr)

Veiller les uns sur les autres, s'entraider, faire les courses pour celui ou celle qui est malade ou temporairement dépendant, jardiner pour l'agrément de tous... telle est la promesse de ce mode de vie fait de service et d'attention.

La présence d'un référent s'avère essentielle pour coordonner les activités internes et externes. Il s'agit d'une personne clé qui agit et accompagne les prises de décision, chargée de la vigilance et de la coordination.

Pour limiter les risques liés à l'âge, les béguinages misent sur la prévention. Celle-ci repose sur la vigilance réciproque, la solidarité, mais aussi sur la technologie. Des capteurs de télé-vigilance peuvent permettre de détecter des comportements inhabituels, une chute par exemple. L'humain et la technologie se complètent pour prévenir et veiller sur les plus vulnérables, permettant ainsi d'intervenir rapidement – et d'éviter autant que possible une hospitalisation.

Maintenir l'autonomie, cela signifie aussi favoriser la liberté de déplacement. Certains béguinages ou habitats groupés mettent en place des services d'autopartage et des solutions de transport à la demande.

Dans les béguinages, la vie en communauté donne à chacun le sentiment d'être utile, un point clé pour conserver le respect de soi-même, développer ses relations sociales, et peut-être aussi conserver l'envie de vivre. L'activité est encouragée, et chacun peut y participer à hauteur de ses capacités et de ses envies.

En mutualisant les biens, les espaces et les services, les béguinages permettent de réaliser de substantielles économies. L'implication des résidents dans les tâches d'entretien et de fonctionnement (gestion, jardinage, arrosage, etc.) Permet également de réduire le coût des prestations externes, avec le double bénéfice de favoriser l'autonomie et la confiance en soi.

### 5.1.3 Critères financiers :

Le plus souvent gérés par les collectivités locales, les béguinages ont une vocation sociale. Le coût des loyers et des services est pensé pour convenir à des retraités avec

des petits revenus. Les habitants des béguinages peuvent bénéficier des aides au logement (APL et ALS)<sup>71</sup> et de la prestation APA à domicile

## 5.2 Les résidences autonomes <sup>72</sup>:

Le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 pris en application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement concernant les « résidences autonomie » a été publié au journal officiel, le 29 mai 2016. Les premières mesures de ce texte sont entrées en vigueur, le 1er juillet 2016.

### 5.2.1 Critères d'entrée :

Les résidences autonomie sont ouvertes aux personnes âgées de 60 ans et retraitées ou de 57 à 60 ans, ayant une dérogation d'âge délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et relevant de GIR (6/5/4) vivant en milieu rural et en perte d'autonomie.

Les critères d'admission sont les suivants :

avoir un niveau de perte d'autonomie évalué en GIR 5 ou 6. Il est possible d'être admis en GIR 4 à condition que la résidence autonomie ait signé une convention avec :

d'une part un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), et d'autre part un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) ou un SPASAD (service polyvalent d'aide et de soins à domicile) ou un centre de santé ou un professionnel de santé.

Si un couple entre en même temps dans une résidence autonomie, les deux membres doivent remplir ces critères d'admission.

Les résidences autonomie ne sont pas, en principe, destinées à recevoir des personnes qui ont besoin de soins médicaux importants ou d'une assistance importante dans les actes de la vie quotidienne.

Les soins médicaux et les soins courants des résidents sont réalisés le plus souvent par des intervenants extérieurs ((médecins libéraux, SSIAD (services de soins infirmiers à

---

<sup>71</sup> APL : aide personnalisée au logement si l'établissement est conventionné, l'ALS : allocation de logement social est versée dans les autres cas

<sup>72</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/5.\\_fiche\\_dgcs\\_resid..](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/5._fiche_dgcs_resid..) Fichier PDF

domicile), infirmiers libéraux...)). Dans certaines résidences autonomie, du personnel médical est présent sur place comme des aides-soignants ou des infirmiers.

### 5.2.2 Les prestations :

Les résidences autonomie sont des ensembles de logements pour les personnes âgées associés à des services collectifs, souvent construites à proximité des commerces, des transports et des services. Elles sont majoritairement gérées par des structures publiques ou à but non lucratif. Le coût du logement y est modéré.

Les résidences autonomie sont conçues pour accueillir dans un logement des personnes âgées majoritairement autonomes qui ne peuvent plus ou n'ont plus l'envie de vivre chez elles (à cause d'une baisse de revenus, de difficultés d'accès aux commerces, d'un sentiment d'isolement...).

Les résidences autonomie accueillent les personnes seules ou les couples.

Vivre dans une résidence autonomie permet de :

- ✓ Continuer à vivre de manière indépendante ;
- ✓ Bénéficier d'un environnement plus sécurisé ;
- ✓ Utiliser des services collectifs : restauration, ménage, animations... ;
- ✓ Avoir un loyer modéré.

Les résidences autonomie sont composées d'appartements privatifs et d'espaces communs partagés par les résidents (salle d'animation, salle de restaurant...). Elles accueillent en moyenne une cinquantaine de résidents.

Le décret du 27 mai 2016 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement définit une liste de prestations minimales délivrées aux personnes vivant dans les résidences autonomie :

- ✓ Gestion administrative de l'ensemble du séjour, notamment l'état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie et l'élaboration et le suivi du contrat de séjour
- ✓ Mise à disposition d'un logement privatif avec la possibilité d'installer le téléphone et de recevoir la télévision
- ✓ Mise à disposition et entretien des espaces collectifs
- ✓ Accès à une offre d'actions collectives ou individuelles de prévention de la perte d'autonomie au sein de la résidence autonomie ou à l'extérieur

- ✓ Accès à un service de restauration
- ✓ Accès à un service de blanchisserie
- ✓ Accès à internet au moins dans une partie de la résidence autonomie
- ✓ Accès à un dispositif de sécurité apportant au résident une assistance et un moyen de se signaler 24h/24h.
- ✓ Accès aux animations et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement et organisation d'activités extérieures.

Selon le projet d'établissement de la résidence-autonomie, la prestation repas du petit déjeuner ou du dîner peut être incluse (livrée ou servie en salle) ou facultative (les logements sont équipés d'une petite cuisine).

**Le fonctionnement des résidences autonomie est encadré par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ainsi que par les dispositions du Code de la construction et de l'habitation.** C'est le conseil départemental qui délivre l'autorisation de fonctionnement aux résidences autonomie. Il vérifie la qualité des prestations par des évaluations régulières qui doivent être réalisées par les établissements.

### 5.2.3 Critères financiers :

Les résidents des résidences autonomie (ex-logements-foyers) peuvent bénéficier de :

- ✓ l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) à domicile,
- ✓ les aides au logement,
- ✓ l'ASH (aide sociale à l'hébergement) si la résidence autonomie est habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement.

L'attribution de ces aides dépend de deux critères :

1. Des ressources pour l'APA, l'aide au logement et l'ASH,
2. Le niveau de perte d'autonomie pour l'APA.



### 5.3 Les Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées (MARPA)<sup>73</sup> :

La Mutualité sociale agricole (MSA) a lancé le concept des MARPA (maison d'accueil rural pour personnes âgées) dans les années 1980, comme une alternative à la maison de retraite. Les aînés souffrant d'une légère perte d'autonomie n'avaient dès lors plus à choisir entre rester chez eux et entrer dans une résidence d'hébergement pour les personnes âgées.

#### 5.3.1 Critères d'entrée :

Il s'agit d'une maison d'accueil rurale destinée à des personnes âgées de 60 ans et plus vivant en milieu rural.

Ces structures conçues de plain-pied sont accessibles aux personnes à mobilité réduite, mais non aux seniors en perte d'autonomie. Les résidents présentant un niveau de dépendance élevée devront préférer une solution d'accueil différente, telle qu'un EHPAD. Les MARPA ne sont pas des établissements médicalisés, mais les résidents bénéficient d'un système de téléassistance pour contacter le personnel.

#### 5.3.2 Les prestations délivrées :

Avec en moyenne une vingtaine de résidents, ce sont des logements privatifs ainsi que des espaces de vie collective qui y sont proposés. Ce qui favorise une indépendance de la personne âgée, liée à un enrichissement du réseau actif et social.

C'est une équipe de professionnels respectant la charte des MARPA qui gère les personnes accueillies par cette structure.

La signification du sigle MARPA a changé en 2015 pour devenir : une « maison d'accueil et de résidence pour l'autonomie », faisant référence aux résidences-autonomie évoquées par la loi sur le Vieillissement de la société.

Les MARPA font partie de la Fédération nationale des MARPA.

Une maîtresse de maison s'occupe de l'organisation de la MARPA. Elle peut attribuer des tâches aux pensionnaires, pour les investir dans la vie quotidienne de la maison : préparation des repas, installation des couverts...

---

<sup>73</sup> <https://www.msa.fr/lfy/solidarite/marpa>

On dénombre en France environ 190 structures de ce type, proposant quelque 4 500 places et gérées au quotidien par une association ou un Centre Communal d'Actions Sociales.

#### 5.3.3 critères financiers :

Les frais de séjour dans une maison d'accueil rurale pour personnes âgées (MARPA) peuvent être rendus moins coûteux par l'allocation logement ou une aide spécialisée au logement de la CAF, et les pensionnaires, selon leur degré de dépendance, peuvent prétendre également à l'Allocation personnalisée d'autonomie du Conseil Départemental auxquels ils sont rattachés.

### 5.4 Les résidences services seniors<sup>74</sup> :

#### 5.4.1 Critères d'entrée :

Les résidences services seniors sont des hébergements pour des personnes autonomes, valides ou semi-valides, âgées de plus de 60 ans.

Ces résidences services seniors proposent des appartements ou maisons individuelles ainsi que des services adaptés à une clientèle de seniors.

Elles se différencient des résidences autonomes (ex foyers logements) et des MARPA (Maison d'Accueil Rurale) du fait de leur statut privé et d'une gamme et d'équipements et de services plus complète.

#### 5.4.2 Les prestations délivrées :

Les résidences services seniors assurent l'autonomie, la sécurité et le lien social du résident.

Elles proposent une gamme de services sous forme de « packs » avec des prestations de base auxquelles peuvent s'ajouter des services à la carte. En fonction des besoins de chacun.

Dans la plupart des formules nous trouvons un service d'accueil ou une conciergerie avec une présence 7 jour sur 7, un standard téléphonique, la fourniture de linge, le nettoyage

---

<sup>74</sup> Logement-seniors.com

des locaux, des animations quotidiennes et un accès à des espaces collectifs tel qu'un salon ou une bibliothèque.

En 2016 on comptait 580 résidences services seniors en France soit 45 000 logements ce qui correspond à un taux d'hébergement de moins de 2% des seniors de plus de 75 ans<sup>75</sup>.

On estime qu'en 2020 le nombre de résidences seniors devrait dépasser le millier.

Les résidences seniors comblent un vide sur le marché de l'hébergement en proposant une solution alternative entre le maintien à domicile et les hébergements pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD).

#### 5.4.3 Les critères financiers :

Les résidences services n'ont pas de vocation sociale, elles ne sont pas habilitées à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) mais les usagers peuvent bénéficier de l'APA à domicile sous conditions de ressources

#### 5.5 Le baluchonnage <sup>76</sup>relayage <sup>77</sup> pour soulager les aidants :

Le baluchonnage a été lancé en 1999 par Marie Gendron, infirmière et docteur en gérontologie de l'université de Liège, fondatrice de "Baluchon Alzheimer Québec".<sup>78</sup>

Ce dispositif de répit permet aux aidants des personnes en perte d'autonomie, atteintes de la maladie d'Alzheimer, de partir quelques jours pour se reposer.

Pendant leur absence, la prise en charge du proche dépendant est assurée à domicile, 24 heures sur 24, par des professionnels formés appelés baluchonneurs. Pour les personnes dépendantes, cet accompagnement à domicile est moins déstabilisant et leur permet de conserver leurs repères.

Au Québec, le baluchonnage repose sur la présence continue d'un intervenant unique pendant 4 à 14 jours afin d'éviter de perturber le malade.

Le premier ministre Monsieur Manuel Valls a confié en novembre 2016 comme mission à Madame Joëlle Huillier, Députée de l'Isère, de *recenser et analyser les initiatives*

---

<sup>75</sup> Rapport annuel 2016 Domitys

<sup>76</sup> [www.francealzheimer.org/baluchonnage-relayage-jusquou-va-la-ressemblance/](http://www.francealzheimer.org/baluchonnage-relayage-jusquou-va-la-ressemblance/)

<sup>77</sup> <https://solidarites->

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/3.\\_du\\_baluchonnage\\_quebecois\\_au\\_relayage\\_en\\_france\\_version\\_def\\_3.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3._du_baluchonnage_quebecois_au_relayage_en_france_version_def_3.pdf)

<sup>78</sup> [www.wikidependance.fr/le-baluchonnage-bientot-experimente/](http://www.wikidependance.fr/le-baluchonnage-bientot-experimente/)

*territoriales en matière de « baluchonnage » (...) d'échanger avec les différentes parties prenantes pour apprécier la plus-value pour les usagers de ce mode d'accompagnement, (...) d'identifier les modalités organisationnelles et de fonctionnement pertinentes, (...) de proposer les moyens de faciliter le développement » de cette offre.*

Un rapport intitulé « Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante de répit »<sup>79</sup> remis en mars 2017, a donné des recommandations pouvant faciliter la prise en compte de cette forme de répit et contribuer à ce qu'il se déploie dans un cadre adapté et sécurisé.

La Députée Joëlle Huillier, dans ce rapport, préconisait d'abandonner les termes de « baluchonnage » et de « baluchonneur » pour préférer les mots « relayage » et « relayeurs », et de faire évoluer le concept pour l'adapter à la société française.

### **Deux décrets récents autorisent l'expérimentation du baluchonnage pendant une période de trois ans.**

Un décret définit les modalités de l'expérimentation et fixe le cahier des charges du baluchonnage, l'autre établit la liste des établissements qui mèneront l'expérimentation.

**Une dérogation au droit du travail français a été nécessaire** compte tenu des spécificités du temps de travail du relayeur.

**En effet, en France, le droit du travail interdit de travailler plus de 12 heures d'affilées.**

#### 5.5.1 Les modalités de fonctionnement :

Le décret du 28 décembre 2018-80 précise les modalités de l'expérimentation et fixe le cahier des charges du baluchonnage, **que l'on appelle aussi « relayage »**. Cette pratique consiste, pour le salarié d'un établissement ou d'un service médicosocial, à

---

<sup>79</sup>[https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/3.\\_du\\_baluchonnage\\_quebecois\\_au\\_relayage\\_en\\_france\\_version\\_def\\_3.pdf](https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/3._du_baluchonnage_quebecois_au_relayage_en_france_version_def_3.pdf)

<sup>80</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/décret/n° 2018-1325 du 28 décembre 2018 relatif à l'expérimentation de dérogations au droit du travail dans le cadre de la mise en œuvre de prestations de suppléance à domicile du proche aidant et de séjours de répit aidants-aidés](https://www.legifrance.gouv.fr/décret/n°2018-1325/du28decembre2018/relatif%20a%20l%27exp%C3%A9rimentation%20de%20d%C3%A9rogations%20au%20droit%20du%20travail%20dans%20le%20cadre%20de%20la%20mise%20en%20%C5%99uvre%20de%20prestations%20de%20suppl%C3%A9ance%20%C3%A0%20domicile%20du%20proche%20aidant%20et%20de%20s%C3%A9jours%20de%20r%C3%A9pit%20aidants-aid%C3%A9s)

remplacer l'aidant familial au domicile de la personne aidée. Elle lui assure ainsi une période de répit afin d'éviter une situation d'épuisement.

Cette **dérogation au droit du travail était indispensable** du fait que le salarié de l'établissement ou du service assurant le « relayage » vit au domicile de la personne aidée. La nature de son travail l'oblige en effet à assurer une présence permanente et remet en cause les durées maximales de travail, de jour et de nuit, quotidienne et hebdomadaire, la durée minimale de repos quotidien, et les temps de pause.

#### 5.5.2 Les critères d'entrée et de fonctionnement :

Le cahier des charges précise que le dispositif de relayage doit permettre à l'aidant un moment de répit quel que soit le motif de son départ (vacances, hospitalisation...). Pour lui offrir un bénéfice réel, ce relayage doit durer au moins deux jours et une nuit, soit trente-six heures consécutives.

La durée d'une intervention au domicile d'une personne aidée ou en dehors du domicile, dans le cadre des séjours dits de répit aidants-aidés, ne peut ainsi excéder six jours consécutifs

. De même, le nombre de journées d'intervention ne peut excéder, pour chaque salarié, un plafond de 94 jours sur douze mois consécutifs. Enfin, la totalité des heures accomplies pour le compte des établissements ou services expérimentateurs par un salarié ne peut excéder un plafond de 48 heures par semaine en moyenne.

#### 5.5.3 Les prestations :

**Le relayeur ne remplace pas les services mis en place à domicile pour accompagner la personne aidée. Il effectue les tâches que réalise l'aidant dans sa vie quotidienne et ne se substitue pas aux services à la personne existant.** Le cahier des charges détaille aussi les modalités de préparation, de réalisation et de suites de l'intervention.

Avant de mettre en place la prestation de suppléance de l'aidant à domicile, l'établissement ou le service candidat devra être autorisé par le conseil départemental en qualité de service d'aide et d'accompagnement à domicile, intervenant en tant que prestataire auprès des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap. Il devra également être agréé par la direction régionale des entreprises, de la concurrence,

de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), en qualité de service d'aide et d'accompagnement à domicile, intervenant en tant que mandataire auprès des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap.

**Le décret du 26 avril 2019<sup>81</sup> fixe la liste des séjours de répit aidants-aidés autorisés à mener l'expérimentation.** Une trentaine d'établissements et services ont été sélectionnés à l'issue d'un appel à candidatures national.

Il s'agit d'EHPAD, mais aussi des structures pour adultes et enfants handicapés, comme des SESSAD (services d'éducation spéciale et de soins à domicile), des SAMSAH (services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés), des FAM (foyers d'accueil médicalisés) ou des IEM (instituts d'éducation motrice).

L'expérimentation fera l'objet d'une évaluation, dont le rapport final sera soumis au Parlement en vue d'une éventuelle pérennisation du dispositif, accompagnée, le cas échéant, d'évolutions tirées des retours d'expérience.

## 5.6 Le concept de la méthode Buurtzorg (Pays Bas)<sup>82</sup> :

**Il s'agit d'un modèle spécifique pour les soins infirmiers à domicile aux Pays Bas** qui a été créé en 2007 par Jos de Blok avec une équipe de 4 infirmières et un informaticien, En néerlandais, "*Buurtzorg*" signifie soins (zorg) de proximité (buurt, le quartier).

### 5.6.1 Les critères d'entrée :

Le périmètre des soins couverts par Buurtzorg et les quelque 4 000 structures qui se partagent le marché dans le pays comprend **les malades chroniques, les patients en convalescence après un séjour à l'hôpital, ceux en fin de vie, les personnes en situation de handicap...** Avec ses 100 000 clients revendiqués (on parle de clients et non de patients), Buurtzorg détient aujourd'hui entre 15 % et 20 % du marché des soins à

---

81 JORF n°0101 du 30 avril 2019 texte n° 23 Décret n° 2019-382 du 29 avril 2019 portant application des dispositions de l'article 104 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel relatif aux obligations en matière d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans l'entreprise

82 <https://www.soignonshumain.com/buurtzorg>

domicile des Pays Bas. L'entreprise emploie plus de 10 000 salariés, principalement des infirmières et une cinquantaine de salariés à l'administratif et 21 coachs.

### 5.6.2 Les prestations :

*Buurtzorg*<sup>83</sup> a renoué avec l'organisation des soins à domicile telle qu'elle existait jusque dans les années 1980. A partir de cette époque, une logique de rationalisation a conduit à regrouper les infirmières dans des organisations hiérarchiques et de plus en plus grosses pour faire des économies d'échelle, avec des centres d'appels et des manager.

**Chaque tâche** (faire prendre une douche, changer un pansement...) **devient un produit, auquel correspondent une durée et un prix**, ce qui permet d'établir une facturation. Les infirmières les plus qualifiées n'interviennent que pour les soins les plus qualifiés. Cette rationalisation a permis de réduire les coûts et de renforcer l'autonomie des infirmières

**Il s'agit d'une démarche d'approche globale et préventive.**

La méthode promue par Buurtzorg repose sur quatre principes :

1. Une approche holistique (qui regroupe tous les types de soins à effectuer) du patient et du soin ; chaque professionnelle est donc une généraliste, capable d'effectuer les différents soins requis.
2. Redonner de l'autonomie aux infirmières qui travaillent en petite équipe, à une échelle locale. Chaque équipe compte entre huit et douze praticiens et praticiennes pour un quartier (15-20 000 habitants) qui sont décisionnaires sur leur zone d'exercice. Chaque équipe doit pouvoir prendre en charge entre 40 et 60 patients (dont 17 % doivent avoir plus de 65 ans), à raison de cinq ou six patients visités deux fois par jour.  
Buurtzorg a choisi de supprimer le management intermédiaire et l'encadrement. Ce sont les équipes qui fixent leur emploi du temps, les tâches d'organisation (réfèrent planning, animation de réunion...) tournant entre les professionnelles.
3. Mettre l'informatique au service du soin. "L'idée a été d'enlever la charge du travail administratif des infirmières"
4. Développer l'autonomie des usagé et patients. Les infirmières construisent un réseau autour du client. Comme elles sont ancrées dans un quartier, elles sont en lien avec les autres professionnels (kiné, pharmacie, médecin, hôpital...). Mais le but est aussi

---

<sup>83</sup> <https://www.alternatives-economiques.fr/buurtzorg-transforme-soins-a-domicile/00082834>

d'activer le réseau des proches, par exemple les enfants pour prendre rendez-vous chez le coiffeur.

*"En investissant du temps au début, on connaît bien le patient, on est très sensible aux changements, cela permet d'anticiper"*, résume Odessa Petit dit Dariel, chercheuse au laboratoire du management des organisations de santé à l'Ecole des hautes études en *santé publique (EHESP)*.

Dans cette organisation, le rôle du siège consiste à fournir un soutien logistique et financier, en facilitant l'acquisition d'un local de travail pour chaque équipe. Il valide les nouveaux recrutements ou la réalisation d'une formation, mais la décision est laissée aux équipes locales. L'entreprise organise les échanges entre équipes, grâce à un forum Internet. Des coachs régionaux aident à la résolution des problèmes. Comme d'autres structures fonctionnant de manière non hiérarchique, **Buurtzorg a des mécanismes de résolution des conflits et forme le personnel à la communication non violente.**

#### 5.6.3 Les critères financiers :

Depuis 2015, les soins à domicile, jusque-là couverts par une assurance étatique spéciale, l'AWBZ, sont pris en charge comme les soins courants, dans le cadre de l'assurance santé souscrite par chaque Néerlandais auprès d'un opérateur privé soumis à certaines obligations (contrat standard, pas de sélection des patients...). Ils sont donc remboursés, à moins d'une demande particulière hors prescription faite par le client.

#### 5.7 L'habitat inclusif<sup>84</sup> :

Il s'agit d'une réponse complémentaire au logement classique et à l'hébergement en institution.

Il est composé de petits ensembles de logements indépendants proposés aux personnes âgées ou aux personnes handicapées, associés à des espaces communs. Ils permettent de combiner vie autonome et sécurisation de l'environnement. Ils réunissent des

---

<sup>84</sup> <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/lobservatoire-de-lhabitat-inclusif-est-au-travail>



personnes souhaitant s'intégrer dans un projet de vie spécifique, souvent à forte dimension citoyenne.

Le terme « habitat inclusif » regroupe des organisations différentes, mais qui présentent trois caractéristiques communes :

- 1 Une organisation qui fait du lieu d'habitation de la personne, son logement personnel, son « chez soi »,
- 2 La conjugaison de la réponse au besoin de logement et aux besoins d'aide, d'accompagnement et, le cas échéant, de « surveillance »,
- 3 L'insertion active dans la vie de quartier, l'environnement de proximité

#### 5.7.1 Les critères d'accès :

La loi sur le logement n°2018-1021 du 23 novembre 2018<sup>85</sup> portant évolution du logement de l'aménagement et du numérique compte 234 articles et réforme de nombreux domaines : copropriété, location, construction, urbanisme,

**L'article 129<sup>86</sup> de la loi Elan précise le régime de l'habitat inclusif** pour les personnes handicapées et les personnes âgées. Ces dispositions sont insérées au sein du code de l'action sociale et des familles.

**L'habitat inclusif est destiné aux personnes handicapées et aux personnes âgées** qui font le choix d'un mode d'habitation regroupé. Elles peuvent se regrouper entre elles ou avec d'autres personnes.

#### 5.7.2 Les objectifs :

**Les personnes qui se regroupent ont un projet de vie sociale et partagée.** Ce projet est défini par un cahier des charges national fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du logement.

---

<sup>85</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037639478&categorieLien=id>

<sup>86</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/11/23/2018-1021/jo/article\\_129](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/11/23/2018-1021/jo/article_129)

### 5.7.3 Le mode d'habitat :

Il s'agit soit d'un logement (meublé ou non), en cohérence avec le projet de vie sociale et partagée, loué dans le cadre d'une colocation, soit un ensemble de logements autonomes destinés à l'habitation, (meublés ou non), en cohérence avec le projet de vie sociale et partagée et situés dans un immeuble ou un groupe d'immeubles comprenant des locaux communs affectés au projet de vie sociale et partagée.

L'habitat inclusif peut être constitué dans :

- Des logements-foyers accueillant des personnes handicapées ou des personnes âgées
- Certains logements sociaux locatifs.

### 5.7.4 Les critères financiers :

Création d'un forfait pour l'habitat inclusif pour le financement du projet de vie sociale et partagée. Il est attribué pour toute personne handicapée ou toute personne âgée en perte d'autonomie résidant dans un habitat répondant aux conditions fixées dans le cahier des charges national.

**Le montant, les modalités et les conditions de versement de ce forfait** au profit de la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée **seront fixés par décret.**

Une conférence des financeurs de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées recense les initiatives locales. Elle définit également un programme coordonné de financement de l'habitat inclusif<sup>87</sup>.

---

<sup>87</sup> <https://www.inc-conso.fr/content/logement/loi-elan-lhabitat-inclusif-pour-les-personn...>

## Chapitre 6 : Quelques pistes internationales 88

Il n'y a pas qu'en France que la prise en charge des personnes âgées interpelle. Si la situation n'est pas toujours comparable, certaines pistes proposées à l'étranger méritent d'être étudiées, notamment la certification des services à domicile, la coordination interprofessionnelle et la prévention des hospitalisations par une planification des soins et de l'apport de la domotique.

### 6.1 L'évolution du programme de soins à domicile aux USA<sup>89</sup> :

Comme pour les français, la majorité des Américains veulent vieillir chez eux. En 2012, Medicare<sup>90</sup> a consacré 18,2 milliards de dollars à ce programme dont 3,5 millions d'Américains ont profité. Mais de nombreuses difficultés émaillent le programme : fraudes, hétérogénéité territoriale de l'offre, défaut de coordination avec les soins primaires.

Ces questions sont centrales si l'on considère que 70 millions d'Américains sont susceptibles de rejoindre le programme d'ici 2030.

Le programme en vigueur procure une couverture pour les soins infirmiers incluant les soins, l'éducation thérapeutique, et les soins de suite et de rééducation. L'aide sociale (ménage, appui à domicile) peut être obtenue en complément, mais pas isolément des soins infirmiers. L'Affordable Care Act (ACA) a ajouté l'obligation d'une procédure de certification en face-à-face exigeant une rencontre entre un médecin de l'organisme payeur et le patient. Les services agréés de soins à domicile reçoivent, pour chaque patient, un forfait de 60 jours de soins ajusté sur la sévérité et la complexité des soins nécessaires. En 2013, la marge de ces services est en moyenne de 13,6 %, mais cela ne couvre pas tous les frais et notamment les actions sur les patients non assurés. Les ACA ont dû réduire leur subvention en 2014-2017.

---

<sup>88</sup> [www.macs-f-exerciceprofessionnel.fr/.../prise-en-charge-personnes-agees](http://www.macs-f-exerciceprofessionnel.fr/.../prise-en-charge-personnes-agees)

<sup>89</sup> Source: Landers S. The future of the medical home health program, JAMA, 2013, 310, 14; 1442-44

<sup>90</sup> <https://www.medicare.gov> : a federal government website managed and paid for by the U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services.

Les patients sont appelés à payer la différence. Les recherches sur le sujet restent modestes, notamment sur les échanges de coût à l'échelon de la nation entre payer un service de qualité à domicile et éviter des hospitalisations très coûteuses. Une des limites du programme est représentée par les cas pas trop sévères de besoins, sans doute les plus utiles à aider pour empêcher l'aggravation, mais qui n'atteignent pas le seuil d'éligibilité du programme (en quelque sorte la prévention ne fonctionne pas).

Tout le schéma de paiement est à repenser, et c'est un grand chantier.

Coordinations interprofessionnelles pour la prise en charge médicale des personnes âgées

Les (mauvaises et multiples) transitions interprofessionnelles entre établissements et domiciles aggravent les risques d'événement indésirable grave (EIG) chez les personnes âgées. Les progrès sont lents, mais il existe de nombreux guides et référentiels pour améliorer ces transitions.

Les publications<sup>91</sup> mettent l'accent sur le rôle mieux établi de chaque professionnel dans cette coordination, les stratégies d'équipe, *les aides technologiques, particulièrement informatiques. L'amélioration de ces transitions réduit la fréquence des ré-hospitalisations et le coût global de prise en charge. Dans tous les cas, la formation continue apparaît nécessaire.*

Quelques pistes complémentaires : ré-inclure plus fortement dans le parcours de soins le rôle du patient et de son entourage/aidants dans le ciment de cette communication ; faire des efforts particuliers pour les patients âgés les plus démunis socialement et les plus vulnérables à ces défauts de coordination ; faire évoluer le rôle des généralistes (encore souvent trop isolé) dans ces équipes pluridisciplinaires de prise en charge gériatrique pour mieux le coupler au travail et à la compétence spécifique des équipes de soins spécialisés dans le grand âge. Hospitalisation évitable par prévention à la maison.

---

<sup>91</sup> Source: Allen J, Ottmann G, Roberts G. Multi-professional communication for older people in transitional care : a review of the literature, International Journal of Older People Nursing. 2012 Feb 7. Doi : 10.1111/j.1748-3743.2012.00314.x.

## 6.2 La situation au Royaume uni<sup>92</sup> :

22 % des Britanniques auront plus de 65 ans en 2020, avec leur cortège de pathologies, comorbidités et fins de vie plus nombreuses. L'étude introduit le concept de planification de soins (anticipatory care planning) en le définissant comme un projet de soins résultant d'une discussion entre patients, professionnels, et souvent familles et amis. L'étude porte sur une cohorte de patients identifiés comme à risque d'hospitalisations par les bases écossaises médicales (SPARRA, Scottish Patients at risk of Readmission and Admission). Une visite était faite à ces patients avec un questionnaire évaluant 6 points et construisant un plan d'aide personnalisé : évaluation de l'état immédiat, compréhension des risques, compréhension des pathologies, préférences dans la prise en charge, souhaits de réanimation ou pas en cas d'événements gravissimes.

Les résultats de ce questionnaire étaient mis à disposition des soignants et médecins, et gardés aussi au domicile. Cent dix patients ont été inclus entre avril 2007 et novembre 2008, en utilisant aussi une cohorte test équivalente. Le nombre d'admissions dans la cohorte étudiée a été spectaculairement réduit (52 %) sans augmenter le nombre de décès et avec moins de décès survenant à l'hôpital.

## Chapitre 7 : Le nouveau marché des domiciles adaptés aux soins des personnes

L'idée de domiciles conçus pour mieux vivre en tant que personne âgée fait son chemin, avec une assistance 24h/24 disponible grâce à l'intelligence de la maison.

La maison est domotisée, avec des senseurs et des capteurs reliés à un centre à distance fonctionnant 24h/24 capable d'analyser la demande médicale et la demande d'urgence ; la technologie peut être étendue à l'équipement de la personne, avec des capteurs implantés ou posés sur la personne âgée en externe (caméra).

La difficulté actuelle n'est plus dans la disponibilité des techniques, mais dans la sélection de la technique pertinente, la compréhension réelle des besoins de la personne et la

---

<sup>92</sup> Source : Baker A., Leak P., Richie L. Lee A., Fielding S., Anticipatory care planning and integration, British Journal General Practice, 2012, e112-e120

résolution des barrières qui restent nombreuses en matière légale, éthique (sphère de l'intime) et financière (les sécurités sociales dans les différents pays n'ayant pas encore tarifé le niveau de prise en charge de ce service d'aide qui peut être assez coûteux à installer et à maintenir).

A priori le modèle « smart home »<sup>93</sup> devrait pouvoir abaisser les coûts de la dépendance (résultats de plusieurs études pilotes en Australie, Nouvelle Zélande)<sup>94</sup>. Ce type de maison domotique, spécialisé dans la dépendance, peut évidemment aussi offrir toute la gamme des services de télémédecine, consultations, HAD, etc.

Il est certain que la technologie permet et permettra rapidement ce saut qualitatif. Reste à organiser globalement le système de santé pour avoir un dispositif cohérent.

### 7.1 Des innovations numériques et technologiques en gérontologie :

Notre système de santé connaît un changement de paradigme : les nouvelles technologies sont au service des personnes âgées les plus fragiles. L'évolution de notre société (avec l'émergence des nouvelles technologies, l'allongement de l'espérance de vie, une entrée tardive en EHPAD) et de notre système de santé (avec l'évolution des dépenses de santé, La politique publique et des objectifs prioritaires de santé, ...) ont généré de nouveaux besoins.

Améliorer la qualité de vie des personnes âgées, garantir leur autonomie le plus longtemps possible ou même allonger leur espérance de vie : tels sont les principaux objectifs de la Silver Economie<sup>95</sup>.

Sous ce nom se regroupent l'ensemble des produits et services à destination des seniors, qui se développent avec le vieillissement des Français. « *Les nouveaux besoins économiques, technologiques et industriels liés à l'avancée en âge (...) [ouvrent] un champ vaste pour l'économie et l'industrie dans nos pays* », soulignaient en 2013 les ministères de l'Economie et des Finances et des Affaires sociales et de la Santé.

---

<sup>93</sup> Maison intelligente

<sup>94</sup> Source : Chan M., Campo E., Estève D., Fourniols JY. Smart homes-Current features and future perspectives, *Maturitas* 64 (2009) 90–97

<sup>95</sup> <https://www.silvereco.fr>

**Le ministère de l'Economie et des Finances et le ministère des Affaires sociales et de la Santé ont signé en 2013 un contrat de filière pour la Silver Economy. Objectif : structurer ce secteur en une vraie filière industrielle et créer un écosystème national et régional pour faire émerger un grand marché et favoriser l'essor de l'industrie française.**

En mars 2019 le conseil national de la Silver Economy présentait le rapport Bourquin-Aquino : intitulé « Nouvelles technologies et grand âge : mieux vieillir avec le numérique ?<sup>96</sup> »

Face au constat indiscutable du vieillissement de la population et d'une espérance de vie des français ne cessant de progresser, le nombre de personnes touchées par les maladies liées à l'âge pourrait doubler tous les 20 ans.

***Les nouvelles technologies, qui se développent très rapidement ces dernières années et qui visent à favoriser le maintien de l'autonomie et l'optimisation de la fin de vie, s'apprêtent-elles à modifier la prise en charge du grand âge ? Les innovations numériques et technologiques seraient-elle une des réponses à ce grand défi ? Leur déploiement suscite des questions, notamment sur un risque - réel ou supposé - de déshumanisation des soins.***

*Dans les suites du rapport de Dominique Libault, l'étude co-rédigée par Marc Bourquin (conseiller stratégie à la Fédération Hospitalière de France) et Jean-Pierre Aquino (médecin gériatre secrétaire général de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie) interroge la place et le rôle des nouvelles technologies dans l'accompagnement du grand Âge, Comment donner une véritable impulsion aux technologies en gérontologie ? Comment les technologies peuvent-elles servir de catalyseur pour promouvoir les capacités de la personne ?*

*Les technologies sont-elles une aide ou une menace pour les professionnels ?*

*Voici les questions essentielles qui ont préfiguré et nourri la réalisation de cette enquête qui a conduit à auditionner 21 acteurs du secteur du grand âge ».*

Ces auditions ont abouti à la formulation **de 10 préconisations principales** :

---

<sup>96</sup>[www.ehpadia.fr/Rapport-Bourquin-Aquino-Nouvelles-technologies-et-grand-age-mieux-vieillir-avec-le-numerique\\_a352.html](http://www.ehpadia.fr/Rapport-Bourquin-Aquino-Nouvelles-technologies-et-grand-age-mieux-vieillir-avec-le-numerique_a352.html)

1. *Le déploiement des nouvelles technologies ne menace pas l'emploi et au contraire en crée, tout en accroissant le lien social.*
2. *L'âge n'est pas un frein à l'usage des technologies, sous réserve de certaines conditions : les technologies peuvent servir de catalyseur pour promouvoir les capacités de la personne. Les robots ne sont pas déshumanisant, ne sont infantilissants que dans l'esprit des bien-portants et peuvent maintenir les capacités cognitives.*
3. *Les technologies comme contribution à la qualité de vie des usagers et la qualité de vie au travail des professionnels*
4. *Le cercle vertueux : patients et professionnels de santé, chercheurs et enseignants, industriels et start-up, pouvoirs publics.*
5. *L'impératif de la réflexion éthique<sup>97</sup> : pas de nouvelles technologies sans consentement et analyse du besoin.*
6. *Intégrer l'évaluation des technologies dans un centre national de preuves : les pouvoirs publics devront afficher que seuls les dispositifs assortis d'un temps d'appropriation prévu par le fournisseur pourront faire l'objet d'une aide à l'investissement.*
7. *La télémédecine est un outil de non-renoncement au soin et une valorisation des métiers.*
8. *La conduite du changement suppose une appropriation collective : création d'un mi-temps de référent en technologie par EHPAD de 100 lits.*
9. *Les moyens dégagés dans le cadre des conférences des financeurs (140 millions d'euros) restent insuffisants et ne concernent pas les établissements.*
10. *Objectif d'un plan d'investissement de 3,5 milliards d'€ sur 10 ans subventionné à 50% : un « à valoir » sur les dépenses hospitalières et les frais liés à la dépendance*

---

<sup>97</sup>«la démarche éthique est avant tout une posture de questionnement. Elle consiste à interroger en permanence la cohérence entre nos actes et les fondamentaux du prendre soin à l'égard des résidents, reposant sur des principes simples comme le respect de leur autonomie en tant que personne et citoyen, le principe de bienfaisance, le principe de non-malfaisance... », Docteur Eric Kariger Gériatre, directeur éthique et médical au sein du groupe Maisons de Famille. Journal du médecin coordonnateur n°83



A l'issue de cette présentation, la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie a proposée deux types de préconisations à savoir des préconisations générales et des préconisations thématiques.

*En premier lieu la mise en place d'un « bouquet » technologique dans les EHPAD, les USLD, les Résidences Autonomies, Résidences Seniors et services d'aide à domicile.*

Il s'agit d'engager la modernisation des structures et de permettre **le déploiement à grande échelle de solutions nouvelles, permettant l'abaissement des coûts de production et la définition d'un socle commun de technologies** qui pourrait comprendre les quatre éléments de solutions suivants :

1. **Des outils domotiques pour maintenir l'autonomie** (luminosité, volets, télévisions, dispositifs de transfert, fauteuils électriques, clés électroniques.)
2. **Des dispositifs de « levée de doute »** détection électronique des chutes et géolocalisation.
3. **Des dispositifs de traçabilité et d'accès effectif aux soins** : dossier patients informatisés interopérables, télémédecine, verres connectés pour lutter contre déshydratation, piluliers connectés pour assurer l'observance
4. **Des outils favorisant le lien social et luttant contre l'isolement et les troubles cognitifs** : robots sociaux, réalité virtuelle...

**Toutes ces évolutions entraînent une temporalité et une évolution des pratiques et une appropriation des outils qui auront un impact important sur la formation des professionnels.**

Pour le déploiement de ce pack technologique un plan de financement permettra un partage de l'investissement entre les différents acteurs.

**Cet effort d'investissement supplémentaire est évalué par la SFGG à 5 000 euros/place soit 3,5 Milliards d'euros sur 10 ans** avec la proposition de répartition suivante :

- ✓ *Investissement de 175 millions d'euros/an provenant du PLFSS, de la CNSA ou de la conférence des financeurs.*
- ✓ *600 millions d'euros abondés par le budget de fonctionnement des établissements et services afin de financer la création d'un poste de « référent technologie » partagé entre les opérateurs à raison de 0,5 ETP (équivalent temps plein) pour 100 lits ou places, soit un coût de 170 millions d'euros pour l'ensemble des EHPAD, USLD, SSIAD.*
- ✓ *Intégrer progressivement des amortissements d'équipements dans les tarifs à hauteur de 625 euros/an soit un renforcement du forfait soins de 430 millions d'euros.*

*Un rapport doit être remis à la Ministre des Solidarités et de la Santé ainsi qu'aux parlementaires.*

*Les innovations engendrées par l'évolution technologique vont permettre de développer une nouvelle offre d'accompagnement et de nouveaux services permettant d'apporter des réponses aux attentes des seniors en perte d'autonomie et leur choix de rester à domicile.*

### Partie 3 - Analyses des expérimentations en cours de dispositifs d'EHPAD hors les murs ou à domicile<sup>98</sup>

« Une innovation sociale ne peut exister que si elle appartient à ce monde, que si elle a du sens pour tous les trans-acteurs. » Dans notre analyse, il s'agit bien des usagers, les personnes âgées.<sup>99</sup>

Le modèle de l'EHPAD doit pouvoir répondre aux enjeux liés à la transition démographique et à l'impact du profil des futurs ainés et notamment leur approche de l'innovation et de leur rapport à la consommation et notamment de la société numérique : Connecté et équipés, ils utilisent internet et les outils technologiques. Ils disposent des clés de compréhensions des enjeux des technologies, la valorisation de leur liberté et la non contrainte sont des éléments déterminants de leur comportement<sup>100</sup>

L'évolution des EHPAD vers la création de pôles de services gérontologiques locaux fait l'objet de plusieurs expérimentations sur le territoire national.<sup>101</sup>

Dans le cadre de mes recherches j'ai identifié plusieurs expérimentations en cours.

Actuellement en cours de déploiement elles n'ont pas encore fait l'objet d'évaluation.

#### **Fait important :**

**Il n'existe pas, à ce jour, d'études complètes sur les dispositifs « d'EHPAD hors les murs » permettant de les évaluer et de modéliser un modèle performant pour une généralisation.**

---

<sup>98</sup> Ehpads de demain, vers la création de pôles ressources gérontologiques locaux CREAI Pays de Loire

<sup>99</sup> source: Guy Bellemare, Paul-André Lapointe , relations industrielles. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2006, 330p.

<sup>100</sup> Les enjeux du vieillissement de la population : étude Generatio /Mixing Générations 2018 Mutualité Française

<sup>101</sup> [www.mutualite.fr/actualites/lehpads-a-domicile-rester-chez-soi-plus-longtemps](http://www.mutualite.fr/actualites/lehpads-a-domicile-rester-chez-soi-plus-longtemps)

## Chapitre 8 : Analyse des expérimentations en cours comme alternatives à l'institutionnalisation

### 8.1 Le dispositif MAD@

Le dispositif *Mad@* est expérimenté dans le Limousin et porté par la fondation Partage et Vie.

Il a pour objectif d'inverser les logiques de l'accompagnement de la personne âgée, en effet les services de l'EHPAD sont transposés à domicile.

Son champ d'intervention se situe dans un rayon de 20 minutes en voiture autour de la périphérie de la ville de Tulle.

*Le passage d'une logique de projet d'établissement à une logique de projet de vie :*

Le dispositif *M@do* entend faire évoluer les accompagnements mis en œuvre par les équipes de l'EHPAD d'une logique de projet d'établissement à une logique de projet de vie.

L'expérimentation s'inscrit dans un processus de soutien des personnes à domiciles dont le fil conducteur doit être la préservation de l'autonomie par un accompagnement adapté à tout type de situation et de contexte.

Le dispositif propose un accompagnement précoce des personnes manifestant des premiers signes de perte d'autonomie par le repérage directement ou en lien avec les ressources du territoire, auprès des personnes en risque de perte d'autonomie et l'apport de réponses adaptées et personnalisées.

Après le repérage, *M@do* met en place une évaluation globale et définit un ensemble de réponses graduées et adaptées, pouvant alterner soutien à domicile et en établissement en garantissant la position de décideur du bénéficiaire, avec l'appui des proches aidants, en préservant leur sérénité par des accompagnements complémentaires.

### 8.1.1 Les modalités d'admission :

Le service s'adresse aux personnes âgées, en situation de handicap, aux personnes présentant une maladie chronique ou une perte d'autonomie.

Certaines personnes sont issues de certaines filières de soins identifiées sur le territoire (neurologique ou oncologique) pour lesquelles un équipement sanitaire n'est plus à mobiliser mais dont la situation de dépendance justifie un accompagnement rapproché et la réalisation de bilans réguliers de la situation.

Le critère principal d'admission dans le dispositif est la volonté de la personne de rester à son domicile.

### 8.1.2 L'organisation d'une veille médico-sociale sur le territoire :

En amont de l'admission dans le dispositif *M@do* un partenariat de veille médico-sociale afin d'obtenir une connaissance approfondie de la configuration de la population du territoire pour anticiper une évolution déficitaire des personnes repérées.

Une plateforme de téléassistance permet d'assurer cette veille. La recherche de l'actualisation se fait via 4 actions définies ci-après :

1. Une évaluation régulière des personnes abonnées
2. Le partage d'informations relatives aux personnes suivies par les coordinations gérontologiques
3. Le partage d'informations relatives aux personnes suivies par les équipes médico-sociales du département
4. Le partage d'informations relatives aux personnes suivies par les établissements et services médico-sociaux et les établissements sanitaires.

### 8.1.3 Les modalités d'admission au dispositif :

Avant de valider l'admission dans le dispositif, il est mené une triple expertise afin de statuer en interdisciplinarité sur les besoins effectifs des personnes.

L'expertise médicale permet de déterminer précisément le niveau d'accompagnement en soins requis. Elle est menée en présence du médecin traitant et du médecin coordonnateur du dispositif *M@do* et/ou du praticien hospitalier.

L'expertise environnementale au domicile de la personne est réalisée par un ergothérapeute afin d'évaluer la qualité de l'habitat et définir les aides techniques à apporter pour compenser la situation de perte d'autonomie ou de handicap.

Ces trois expertises permettent de partager et de valider des préconisations en synthèse collégiale qui servent de socle à la définition du projet de vie de la personne accompagnée.

A partir de la synthèse collégiale, un gestionnaire de cas est chargé de définir le plan d'actions et de le mettre en œuvre.

Le gestionnaire de cas définit la réponse aux besoins globaux de la personne accompagnée et dans le cadre de la coordination il exerce un contrôle sur l'effectivité des prestations et des actes prévus et en assure la traçabilité.

Il évalue en permanence l'accompagnement réalisé et organise la transmission des informations en direction des tiers, en interne et en externe.

#### 8.1.4 Les prestations délivrées par le dispositif M@do :

Les prestations délivrées par le dispositif sont en phase avec la tarification ternaire appliquée aux EHPAD, à savoir des prestations hôtelières, d'accompagnement à la perte d'autonomie et de soins.

##### 8.1.4.1 Les prestations hôtelières :

Le dispositif délivre des services qui peuvent être pris en charge par l'APA, il s'agit des prestations suivantes :

- Entretien régulier du domicile
- Approvisionnement et prise de repas, par portage ou aide à la réalisation des repas
- Surveillance et sécurisation du domicile par abonnement systématique à une plateforme de téléassistance domotique associée.
- Prestation de service pour le linge plat
- Intervention pour le petit bricolage, selon un forfait mensuel
- Entretien du linge de la personne accompagnée
- Mise à disposition de lits médicalisés et des aides techniques requises.

Une vigilance est portée sur les prestations délivrées notamment en terme d'organisation des tournées afin de concilier une surveillance à distance par le tiers et l'intrusion qui peut être ressentie en raison d'interventions trop récurrentes au domicile.

#### 8.1.4.2 Prestations d'accompagnement à la vie citoyenne et au projet de vie :

Un forfait hebdomadaire, mutualisé sur plusieurs personnes, est prévu pour assister les personnes accompagnées dans l'exercice de leur vie sociale et citoyenne.

Ce forfait mutualisé permet de définir un programme d'animations et d'ateliers thérapeutiques, afin de maintenir le plus longtemps possible les capacités intellectuelles, organisées dans les EHPAD du territoire.

#### 8.1.4.3 Les prestations de soins :

L'encadrement de la fonction soin est confié au médecin coordonnateur du service.

Les prestations de soins et d'aide à la vie quotidienne sont assurées par des salariés du service, d'autres services médico-sociaux ou des professionnels exerçant à titre libéral, afin de fédérer toutes les ressources soignantes et de maintenir les liens de proximité.

Le matériel médical support de soins, les traitements médicamenteux, les produits d'incontinence sont présents au domicile de la personne selon des dotations définies en fonction du besoin et de la prescription médicale du médecin traitant.

Par un système de relais auprès de la plateforme de téléassistance, chaque intervenant atteste de son passage. A défaut une alerte est déclenchée et lien est fait avec le gestionnaire de cas qui coordonne le dispositif.

Des synthèses régulières sont organisées par le gestionnaire de cas afin d'évaluer l'efficacité de l'accompagnement et permettre des réajustements le cas échéant.

*M@do* met en place un système de dossier de personne accueillie permettant la traçabilité des actes de soins et d'accompagnement réalisés afin d'assurer un recensement exhaustif de toutes les prescriptions, de leur réalisation et de leur évaluation.

Un système de garde itinérante, disponible 24h/24 et 7j/7 a été mis en place et en cas d'urgence (absence ou maladie du proche aidant notamment) une chambre est à disposition au sein de l'EHPAD pour accueillir la personne aidée et d'éviter une hospitalisation non adaptée.

### 8.1.5 Modalités de financement du dispositif et composition de l'équipe :

Le coût de fonctionnement du dispositif est évalué à 50€/jour/personne (hors soins), financé partiellement et selon les revenus des personnes, par l'APA.

La dotation soins annuelle allouée par l'ARS Nouvelle Aquitaine est de 500 000 euros.

Elle permet de financer 0,25 ETP de médecin coordonnateur, 1 ETP de gestionnaire de cas (infirmier de formation), le versement des honoraires aux médecins traitants et aux infirmiers libéraux.

10 aides-soignant(e)s et 10 accompagnements éducatifs et sociaux interviennent également au sein du dispositif *M@do*, financés par la dotation soins et l'APA à titre expérimental.

## 8.2 Le dispositif EHPAD@dom

Porté par la Croix Rouge sur son EHPAD de Sartrouville dans les Yvelines (78) *EHPAD@dom* est expérimenté depuis novembre 2017 sur le territoire de la commune de Sartrouville auprès de 24 personnes âgées à domicile relevant des GIR 1 à 4.

### 8.2.1 L'origine du projet et son contexte :

Le projet est né de l'idée selon laquelle les personnes âgées si elles en expriment le souhait, pourraient rester à leur domicile dans les meilleures conditions et plus longtemps, à condition de renforcer la coordination des intervenants auprès des personnes à domicile, de lutter contre l'isolement social et de garantir la sécurité des personnes.

Pour répondre à ces trois exigences qui font obstacles au maintien à domicile, l'EHPAD peut constituer un pôle de ressources sur le territoire, capable d'assurer la coordination des intervenants, de permettre la participation à des activités pour renforcer la vie sociale et répondre aux urgences des personnes à domicile.

Cette expérimentation de deux ans se donne pour objectif de démontrer que le dispositif *EHPAD@dom* qui situe l'EHPAD en pôle ressource sur le territoire, favorise le maintien à domicile par le renforcement de la coordination et ce à un coût supportable pour les bénéficiaires et les financeurs.



Cette expérimentation fait l'objet d'une évaluation conduite par le Legos<sup>102</sup> (laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé) de l'Université Paris-Dauphine et le gérontopôle de Reims.

### 8.2.2 Le projet :

L'expérimentation *EHPAD@dom* associe un EHPAD, un SSIAD, un Service à Domicile et des professionnels de santé libéraux autour d'un projet partagé d'accompagnement de 24 personnes âgées à domicile, en partenariat avec un prestataire de téléassistance qui propose également d'équiper les logements des personnes âgées de détecteurs de chute. A la suite d'une évaluation effectuée par l'équipe du dispositif, la personne âgée peut bénéficier, au regard des besoins identifiés dans son projet personnalisé d'accompagnement et de soins, de prestations délivrées à domicile ainsi que des services et des activités proposées au sein de l'établissement.

### 8.2.3 Les prestations délivrées par le dispositif :

- Une aide à la vie quotidienne et de soins quotidiens
- Une astreinte de nuit par un infirmier en cas de besoin d'intervention la nuit
- Une plateforme de téléassistance 24h/24 et 7j/7
- Un service de petits travaux et de bricolage (1 heure/mois)
- Un service de transport accompagné entre le domicile et l'EHPAD ressource
- La coordination entre les différents intervenants à domicile (SSIAD, SAAD) et avec les autres interventions à domicile (professionnels de santé libéraux, portage de repas.)
- Une aide aux démarches administratives pour constituer le dossier d'aide à la prise en charge.

#### 8.2.3.1 Les prestations de services et activités proposées dans les locaux de l'EHPAD :

- Un hébergement d'urgence pour 72 heures dans une chambre mise à disposition
- L'accès au restaurant et au salon de coiffure

---

<sup>102</sup> <https://www.legos.dauphine.fr>

- Des séances individuelles programmées avec un kinésithérapeute, un podologue, un psychomotricien ou une psychologue
- Des ateliers de prévention et d'éducation à la santé
- La participation aux évènements festifs, animations et ateliers (créatifs, musicaux, esthétique, bien-être, mémoire...)
- L'accès au pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)
- L'accès au dispositif « Halte Répét-Détente Alzheimer » lieu d'accueil et de lien social pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, géré par des bénévoles

L'EHPAD occupe une place centrale dans le dispositif, il coordonne les interventions à domicile du SSIAD des SAAD et de professionnels de santé et il propose ses prestations aux personnes âgées à domicile.

#### 8.2.3.2 Modalités de financement du dispositif et composition de l'équipe :

Les personnes âgées à domicile perçoivent l'APA à domicile pour financer les aides à la vie quotidienne.

La coordination effectuée par l'EHPAD fait l'objet d'un financement spécifique réparti entre le soin (ARS) et l'hébergement (conseil départemental).

- Une dotation soins de 250 000 euros qui finance le temps de coordination de l'IDEC de l'EHPAD ainsi que des temps supplémentaires d'intervention d'aides-soignant(e)s au sein du SSIAD
- 47 000 euros sur le budget hébergement, pour financer du temps supplémentaire de direction et de secrétariat.

Le coût de l'EHPAD@dom à la charge des personnes âgées à domicile est de 5 euros/jour, hors service du repas (5,70 euros à l'EHPAD entre 8 et 9 euros à domicile) et de l'abonnement à la téléassistance (24 euros/mois).

Avec ce système, la personne âgée payera 5 euros par jour au lieu des 70 euros journaliers de l'EHPAD. Les frais à domicile des retraités sont pris en charge par l'APA domicile, "*cette allocation personnalisée à l'autonomie finance la personne qui vient faire à manger par exemple et toutes les dépenses des professionnels de santé libéraux sont*

*prises en charge par l'assurance maladie",* explique Murielle Jamot, Directrice des métiers sanitaires et médico-sociaux, à la Croix Rouge Française.

### 8.3 Le dispositif de la fondation COS<sup>103</sup>

Expérimenté dans le cadre du PAERPA (programme Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) en Aquitaine<sup>104</sup>

Objectif : Utiliser l'EHPAD pour le maintien à domicile comme postulat de base.

Le dispositif s'appuie sur un établissement pivot, l'EHPAD Villa Pia à Bordeaux.

« L'EHPAD hors les murs » est intégré au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

#### 8.3.1 Le contexte :

A Bordeaux l'association Le COS inscrit ses EHPAD dans la politique de maintien à domicile des personnes âgées et met en œuvre, depuis 2015, un dispositif « d'EHPAD hors les murs » qui vise à favoriser le maintien à domicile et à prévenir ou gérer les risques de rupture.

L'un des risques majeurs du maintien à domicile des personnes fragilisées par l'âge et la maladie est que, lorsqu'un problème survient en soirée ou la nuit, elles n'ont jusqu'à présent pas d'autre choix que d'être hospitalisées dans le service d'urgence médicale le plus proche. Cette rupture engendre bien souvent un traumatisme (affectif et psychologique) qui accélère le déclin de leurs capacités cognitives, générant souvent des complications pour leur retour à domicile après l'hospitalisation.

#### 8.3.2 Les prestations de services :

Le concept « d'EHPAD hors les murs » du COS est mis en œuvre au sein de l'EHPAD COS Villa Pia à Bordeaux, avec comme objectif de faire bénéficier les personnes âgées qui souhaitent vieillir chez elles, d'une téléassistance reliée 24h/24 à l'équipe soignante de l'EHPAD et d'un accueil d'urgence 24h/24.

---

<sup>103</sup> [www.fondationcos.org/sites/default/files/EHPAD hors les murs.pdf](http://www.fondationcos.org/sites/default/files/EHPAD_hors_les_murs.pdf)

<sup>104</sup> [www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/paerpa-parcours-de-sante-des-aines-ville...](http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/paerpa-parcours-de-sante-des-aines-ville...)

Ce concept repose sur un ensemble de dispositifs intégrés :

- ✓ Une connexion permanente 24h/24 par visio-assistance et un dossier médical partagé entre le domicile et l'EHPAD.
- ✓ Une offre de répit et d'accompagnement souple : accueil séquentiel (jour-nuit-soirée), répit au domicile et soutien psychologique de l'aidant.
- ✓ Un partenariat renforcé et formalisé (conventions) avec les services ambulatoires : professionnels libéraux (Médecin, IDE), SSIAD, SOS Médecins, Samu...
- ✓ Une chambre d'accueil d'urgence 24h/24 à l'EHPAD de l'association COS Villa Pia.

Si l'offre de répit et d'accompagnement ne permet pas d'éviter une situation de crise, l'aidant peut à tout moment contacter le service de soins de l'EHPAD par visio-assistance (via une tablette).

En fonction de la situation, l'infirmière évalue la réponse à apporter et, si nécessaire, en lien avec le Samu ou le médecin traitant, propose un accueil d'urgence en EHPAD.

Il permet, tout en s'assurant d'une validation médicale de la situation (médecin traitant, SOS, SAMU), d'éviter une hospitalisation non pertinente et répondre à un besoin d'accueil temporaire non anticipé/non résolu.

#### 8.3.2.1 Les prestations innovantes du dispositif :

- ✓ Rendre accessible l'expertise gériatrique d'un EHPAD aux personnes âgées résidant à leur domicile
- ✓ Proposer une assistance 24h/24h, une équipe pluridisciplinaire, un hébergement séquentiel, du lien social
- ✓ Maitriser son projet d'accompagnement en fonction des besoins
- ✓ Anticiper les risques de rupture dans le quotidien des personnes isolées, réduire le nombre d'hospitalisations inutiles et permettre de rester au domicile le plus longtemps possible
- ✓ Rassurer le couple aidant-aidé, en maitrisant le risque lié à la fragilité/hospitalisation de l'aidant par une solution d'hébergement d'urgence 24h/24.

La tablette permet aux différents intervenants de bénéficier d'un dossier médical personnel. Un temps est donc nécessaire pour l'opérabilité du système (installation, formations de la personne et des professionnels libéraux), les bénéficiaires deviennent adeptes de cette révolution technologique simple d'utilisation.

Ce dispositif nécessite un équipement du domicile, un lien téléphonique et d'une visio-assistance actifs 24h/24 et reliés aux services infirmiers de la Villa Pia.

Il s'agit d'une connexion permanente jour et nuit entre les domiciles des personnes âgées et l'EHPAD sur la base d'une technologie adaptée (dispositif d'alerte et de communication par phonie et/ou visiophonie).

Les personnes retenues bénéficient d'une téléassistance via un médaillon connecté.

#### 8.3.2.2 La dimension de la relation humaine dans le « prendre soin » :

Une approche humanisée et relationnelle est recherchée pour apporter une réponse personnalisée. Cela passe par l'organisation de rencontres entre les bénéficiaires et les professionnels de l'EHPAD.

Il nécessite un échange et un partage d'informations médicales et médico-sociales entre l'EHPAD, les acteurs de soins ambulatoires et les acteurs de soins sanitaires.

Le dossier personnel informatisé (DPI) mis en œuvre par le COS est accessible aux médecins traitants, SSIAD, professionnels libéraux. Il comprend le dossier de soins et le dossier de liaison d'urgence (DLU) sous conditions d'accès sécurisés.

### 8.4 Le projet seniors connect+ de la CARSAT Alsace Moselle et du groupe SOS Séniors

#### 8.4.1 Le contexte :

La Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) et le groupe SOS Séniors ont conçu un dispositif visant à faire de l'EHPAD un lieu ressources et une plateforme de coordination des services à domicile.

#### 8.4.2 Le concept :

L'objectif du projet consiste à retarder ou d'éviter l'entrée en EHPAD et de maintenir les coûts de l'accompagnement.

Une coordinatrice établit un lien de confiance avec les seniors souhaitant bénéficier du service et effectue avec eux un état des lieux de tout ce qui pourrait leur faciliter la vie. La coordinatrice propose un accompagnement de proximité, de façon personnalisée, constante dans la durée et adaptée à l'évolution des besoins.

Axé autour des GIR 5 et 6, Seniors connect+ veut mettre, au-delà de l'assistance à domicile un support de blanchisserie permettant au linge des personnes à domicile d'être lavé à l'EHPAD.

5 établissements du groupe SOS participent à l'expérimentation.

Dans le cadre du dispositif l'établissement joue un rôle social et il offre la possibilité aux seniors disposant de faibles capacités financières de venir dîner à l'EHPAD.

Le rayon d'action de l'intervention de l'EHPAD se réalise dans un rayon de 15 kilomètres environ en environnement rural.

#### 8.4.3 composition de l'équipe et ressources mises à disposition :

Le service Seniors Connect bénéficie des ressources de l'EHPAD auquel il est rattaché et de l'appui de l'équipe médicale et paramédicale de l'établissement (médecin, infirmières, coiffeur, kiné, restaurant, animation, espace bien-être, etc.).

#### 8.4.4 Modalités de financement du dispositif :

Une étude médico-économique sera réalisée pour identifier le modèle de financement et de calibrage optimal.

Une enveloppe estimée à 150 000 / 200 000 euros permettra la mise en place du dispositif.

Cette expérimentation d'EHPAD « hors les murs » est menée sur deux sites pilotes sur deux ans : l'EHPAD Les Cèdres à Metz et l'EHPAD Julie Gsell à Bischwiller, avant de pouvoir être étendu à d'autres établissements de GROUPE SOS Seniors.

Les usagers peuvent bénéficier de services à la carte ou en s'abonnant pour un coût de 35€ / mois ouvrant droit à 50% de crédit d'impôts

#### 8.4.5 Les prestations de services :

L'offre d'accompagnement est présentée dans le tableau ci-dessous :



Figure 3 Source groupe SOS

### 8.5 ACPPA<sup>105</sup> Residom<sup>106</sup>

L'association ACPPA dont le siège social est en région lyonnaise, accompagne et accueille les personnes âgées et leurs familles dans une logique de parcours de vie.

#### 8.5.1 Le concept :

Elle déploie de l'accompagnement à domicile via sa filiale RESIDOM Intégrées dans une notion de parcours de vie des aînés, Cette activité répond au souhait des personnes âgées ou handicapées, de rester à leur domicile le plus longtemps possible. L'association propose également un accompagnement en établissement (EHPAD et résidences autonomie).

<sup>105</sup> [www.groupe-acppa.fr](http://www.groupe-acppa.fr)

<sup>106</sup> <https://residom.fr/actualite/projet-connect-une-application-sur-tablette-pour-les-seniors>

### 8.5.2 Le projet :

La révolution numérique en cours y compris dans le secteur sanitaire et médico-social, notamment avec les services de maintien au domicile permet un suivi et un accompagnement de la personne âgée dans une logique de parcours de vie.

Eviter les risques de rupture en développant les actions de prévention et le maintien à domicile des personnes âgées via une connaissance renforcée et un suivi régulier des personnes sur les plans sociaux, psychologiques et médicaux.

« Le contexte actuel nécessite une réflexion sur les nouvelles technologies : pourquoi et pour qui ? Dans quelles dimensions éthique et légale ? Quels en sont les avantages et les risques ? Quels seront les nouveaux rôles des structures face à ces nouveaux outils » ?

Le Groupe ACPPA a démarré, il y a plus de 5 ans, le projet SIET avec une application développée sur tablette et à destination des séniors, quel que soit leur lieu de vie (domicile, résidence autonomie ou EHPAD).

Cette action se poursuit aujourd'hui sous le nom de « Projet Connect ». Dans cette étape, 141 tablettes seront déployées auprès de personnes vivant en résidence autonomie ou à domicile.

### 8.5.3 Prestations de services :

La première étape du projet, soutenue par le Ministère de la Santé, avait permis de confirmer l'intérêt des utilisateurs et le bien-fondé des services proposés (maintien du lien social, musique, photos, jeux de mémoire). Le business model étant maintenant établi, l'association peut développer le projet via les services d'aide et de soins à Domicile RESIDOM (SAAD et SSIAD).

Les évolutions se poursuivent avec le soutien financier de la CARSAT Rhône-Alpes, en s'orientant vers les personnes à domicile.

La société TMM software est le partenaire technique principal, et de nouveaux participants ont rejoint le projet, notamment le bailleur social Lyon Métropole Habitat.

Un partenariat avec la société Schneider Electric a été signé dans l'objectif de tester la mise en place de capteurs d'activité au domicile de 5 personnes volontaires.



L'Association ACPA souhaite mettre en place un test sur de la téléconsultation, voire de la télémédecine, avec le Centre de Prévention de l'Assurance maladie et celui des caisses de retraite complémentaires.

L'objectif est de développer cette solution pérenne pour des personnes vivant à domicile avec un coût accessible au plus grand nombre.

### **8.6 Conclusion sur l'analyse des expérimentations :**

**Toutes ces expérimentations ont pour intérêt de prouver aux pouvoirs publics qu'il faut mener une réflexion innovante sur la prise en charge de la personne âgée.** Ces nouveaux dispositifs permettent le décloisonnement entre le médico-social (institutions et structures de maintien à domicile) et le sanitaire.

**Ces expérimentations non conventionnelles au cadre réglementaire s'inscrivent dans les « pistes et enjeux décrits par la loi de l'adaptation de la société au vieillissement »**

**Elles doivent servir à poser et développer les principes d'un nouveau cadre réglementaire,**

C'est à partir de ces expérimentations que je présente une proposition de solution pour une prise en charge coordonnée et efficiente des personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire géographique de l'EHPAD Maison Saint Jean situés à Laventie, commune du département du Pas de Calais sur le territoire de la communauté de communes « Flandres Lys » regroupant 7 communes sur deux départements.

## Partie 4 - Etat des Lieux et cartographie des personnes âgées sur le territoire des Hauts de France

### Chapitre 9 - analyse des données de l'INSEE et du Schéma Régional de Santé des Hauts de France 2018 - 2023

#### 9.1 Eléments démographiques :

Répartition de la population sur le territoire des Hauts de France :

Selon les chiffres de l'INSEE de 2018, les Hauts de France sont la troisième région la plus peuplée de France avec 5,9921 millions d'habitants. Près de 7 habitants de la région sur 10 vivent dans le Nord-Pas-De-Calais. Ce territoire connaît une croissance de sa population élevée qui s'explique par le nombre de naissances supérieures au nombre de décès. Cependant, il y a plus de personnes qui quittent la région que de personnes qui s'y installent.

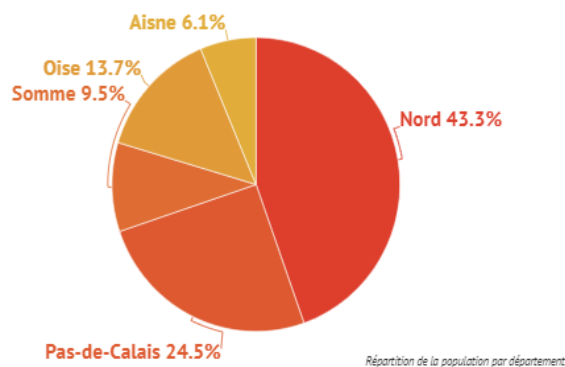


Figure 4 : Répartition de la population par département selon l'INSEE.

Le département du nord connaît une croissance plus dynamique que celle du Pas-de-Calais.

### 9.1.1.1 Répartition de l'âge sur le territoire des Hauts de France :

Selon INSEE, au 1<sup>er</sup> Janvier 2019 l'estimation de la population par sexe de 75 ans et plus pour le Pas-de-Calais est de 8,1 % et de 7.5 % pour le Nord.

Estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2019, par département, selon le sexe et la classe d'âge<sup>107</sup>

DEPARTEMENTS	ENSEMBLE		HOMMES		FEMMES	
	60 à 74 ans	75 et plus ans	60 à 74 ans	75 et plus ans	60 à 74 ans	75 et plus ans
AISNE (02)	96000	48 130	45 907	18 308	50 093	29 822
NORD (59)	399 542	193 403	184 183	69 353	215 359	124 050
OISE (60)	131 957	59 417	62 553	23 095	69 404	36 322
PAS-DE-CALAIS (62)	250 635	117 989	116 328	41 158	134 307	76 831
SOMME (27)	99 984	50 518	47 356	18 973	52 628	31 545

Pour conclure, l'estimation de la population au 1er janvier 2019 dans la région des Hauts de France est de :

- Pour les 60 à 74 ans : 978 119 (Hommes : 456 327-Femmes : 521 791) ;
- Pour les 75 et plus ans : 469 457 (Hommes : 170 887-Femmes : 298 570).

### 9.2 Perte de l'autonomie des personnes âgées à domicile :

Les territoires d'outre-mer, du nord et du nord-est de la France, ainsi qu'une grande partie de la moitié sud de la France combinent de fortes prévalences de la perte d'autonomie à domicile et d'un fort recours à l'aide.

L'indicateur de limitations d'activité générales, dit « GALI » (Global Activity Limitation Indicator) est un indicateur générique de la dépendance. Il permet d'avoir une vision générale des limitations d'activités des personnes. La prévalence moyenne de l'indicateur « GALI » chez les 75 ans ou plus vivant à domicile est de 20 %. Le département des

<sup>107</sup> Source : Insee - Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2018).

Hauts de France a une prévalence départementale des limitations d'activité générale supérieure à 21,7%. Le département a une prévalence départementale significativement différente de la prévalence nationale avec un écart de 14 points.

Les personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile dans la région des Hauts de Franc déclarent de fortes limitations physiques, sensorielles et cognitives. De plus, ce public déclare avoir besoin d'une aide provenant de leur entourage et d'une aide professionnelle. Par conséquent, l'offre de l'aide à domicile est élevée dans la région.

Dans le département du Nord, 72 % des personnes âgées dépendantes vivent à domicile, contre 61 % au niveau national.

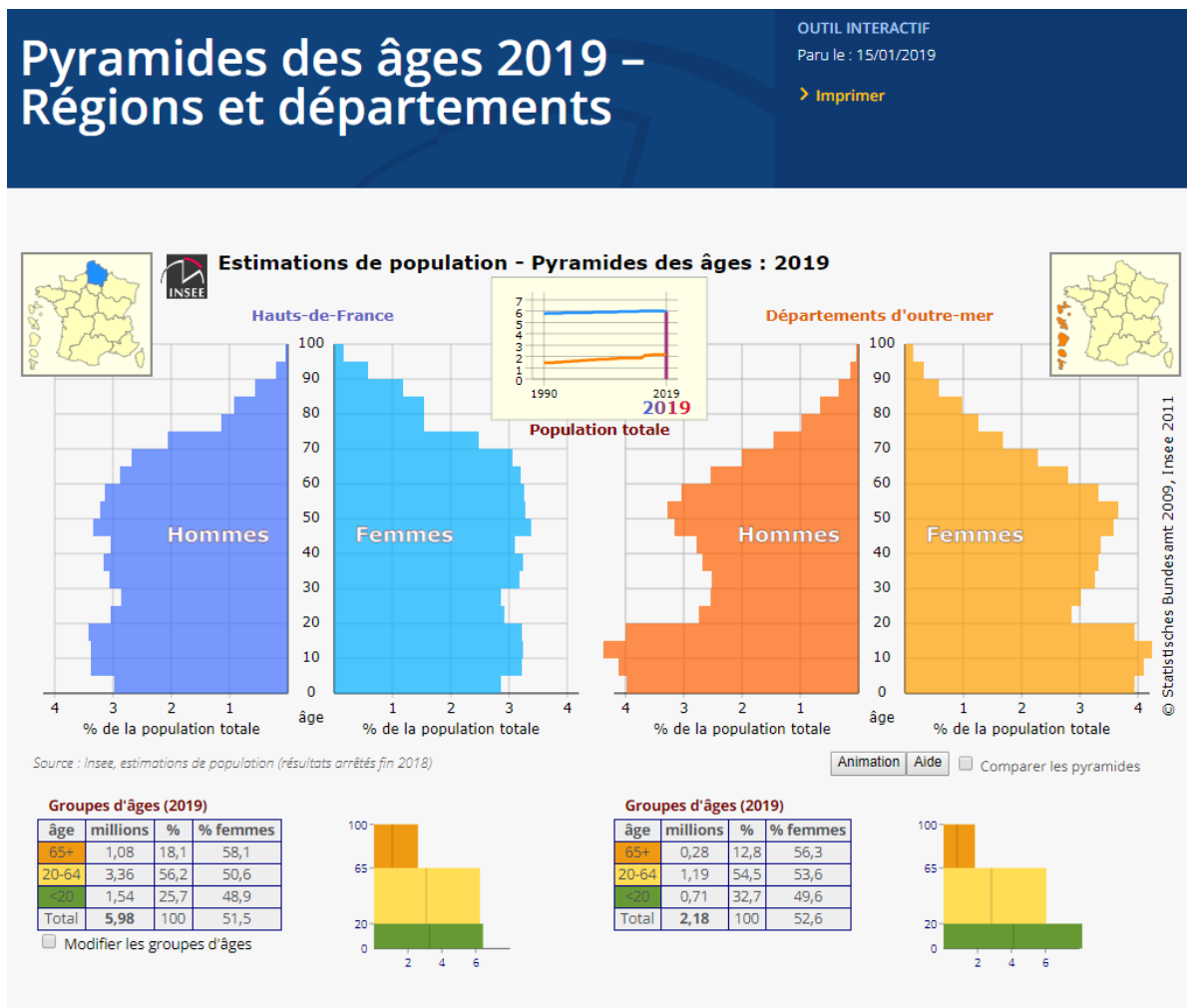


Figure 5 Estimation de population Pyramides des âges 2019 Source INSEE

Eléments contextuels :

### 9.2.1 Bénéficiaires de l'APA :

Le Nord et le Pas-de-Calais sont deux départements qui comptabilisent le plus grand nombre de bénéficiaires de l'APA.

La répartition entre les personnes âgées bénéficiaires de l'APA vivant à domicile et en établissement est présentée ci-dessous :

Bénéficiaires APA		2014	2016
A domicile	NORD	25046	26124
	PAS-DE-CALAIS	26375	27136
En établissement	NORD	17797	19567
	PAS-DE-CALAIS	8990	8680

Source : DREES, Enquête Aide sociale 2014 ; 2016.

### 9.2.2 Précarisation des personnes retraitées :

Selon les chiffres de l'INSEE de 2018, les personnes âgées sont énormément exposées à la pauvreté notamment dans le Pas-de-Calais. Le taux de précarité des ménages âgés (75 ans ou plus) est important dans les territoires peu denses de l'arrière-pays du Boulonnais, du Calais, de la Thiérache ou de l'Avesnois. Il varie de 14 à 21 % et est parfois deux fois supérieur à la moyenne régionale (10,9 %). Ces ménages plus âgés sont surreprésentés dans ces territoires (16 % des ménages contre 14 % au niveau régional).

### 9.2.3 Etat des lieux des structures et services :

A/ Services d'assistance à la personne : (SAAD) :

Départements	SAAD	Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 ou 2 parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile
Nord	377	20,1%
Pas-de-Calais	224	21,5%

Taux d'équipement, source : DREES, Enquête Aide Sociale 2018

B/ Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) :

Taux d'équipement

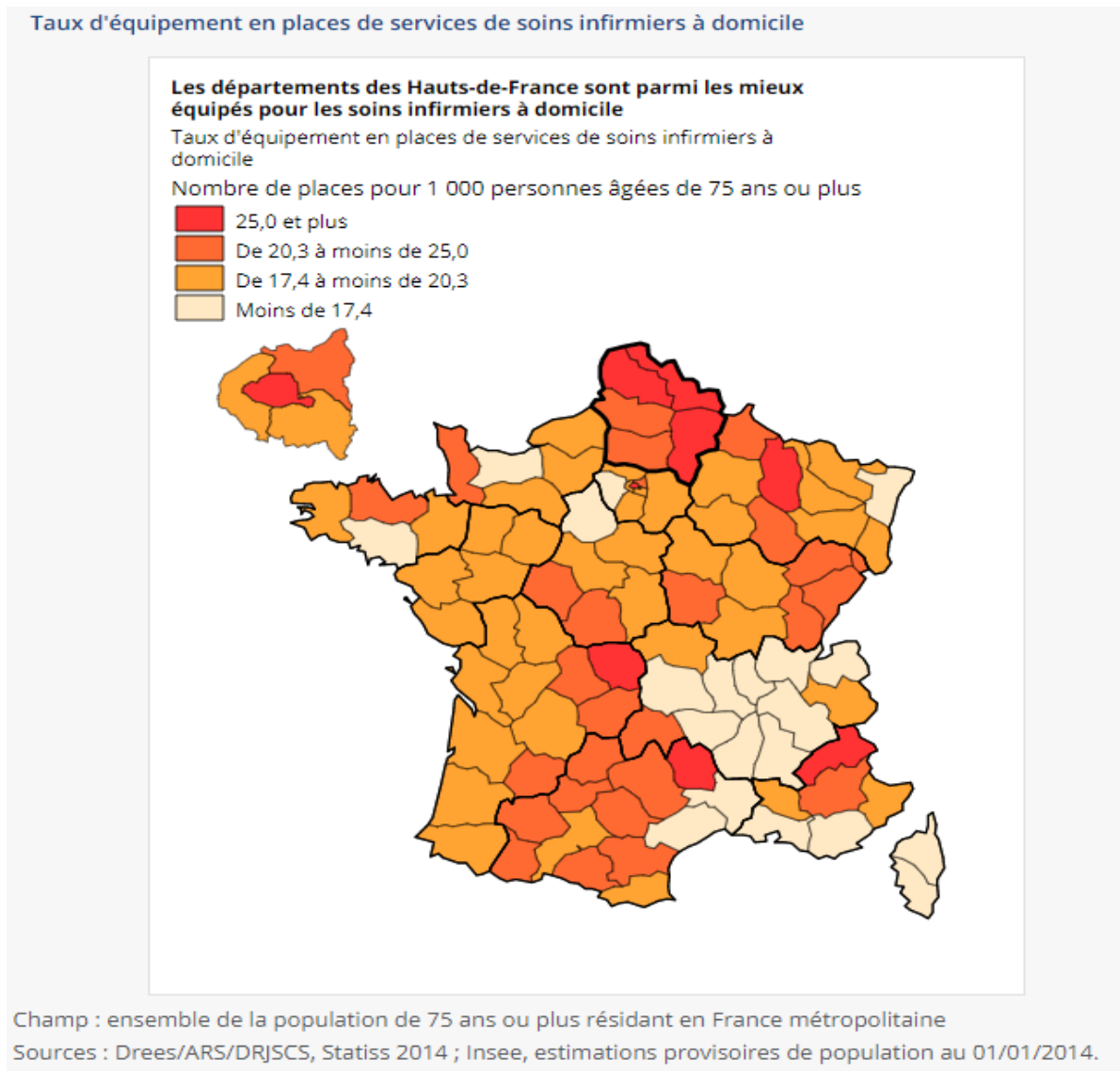


Figure 6 ensemble de la population de 75 ans ou plus résidant en France métropolitaine

La région des Hauts de France est l'une des mieux équipés pour les soins infirmiers à domicile. Pour le Nord le pourcentage de places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus est de 27,7%. Pour le Pas-de-Calais, le taux est de 26,4%.

Département	Nombre de SSIAD	Nombre de places	Pour 1000 personnes de 75 ans et plus (%)
NORD	76	5 686	29,4 %
PAS-DE-CALAIS	46	3 381	29,4 %

Sources : DREES - DRJSCS, Panorama Statistique Jeunesse Sports Cohésion Sociale pour les places d'hébergement et Insee, estimations provisoires de population au 01/01/2018

C/ Structures pour personnes âgées (EHPAD, foyers logement, soins à domicile, soins longues durées)

1) Taux d'équipement et répartition des structures pour personnes âgées

Le Nord-Pas-de-Calais dispose de bon nombre de structures pour personnes âgées.

Département	Taux d'équipement en places (pour 1000 personnes de 75 ans ou plus)	Taux d'équipement en place d'hébergement pour 1000 personnes de 75 ans et plus	Taux d'équipement en lits médicalisés pour 1000 personnes de 75 ans et plus	EHPAD (nombre de lits)	Maisons de retraite non EHPAD (nombre de lits)	Logements-foyers (nombre de logements)	Soins à domicile (nombre de places)	Soins de longue durée (nombre de lits)
NORD	159	131,5	104,3	19 313	291	4 738	5 686	996
PAS-DE-CALAIS	142	119,8	91	10 013	38	3 317	3 381	666

Tableau : Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement au 31 décembre 2015 : comparaisons départementales. Sources : ARS et Drees, Finess ; Insee, estimations de population.

Cependant, la répartition des établissements conventionnés à l'aide sociale ou non engendre sur certains secteurs des situations paradoxales : le délai d'attente dans les EHPAD s'est largement amélioré. Néanmoins, les listes d'attente s'allongent dans certains établissements conventionnés.

### 9.3 Les besoins identifiés :

Les personnes âgées vivent de plus en plus longtemps dans leur domicile. Le maintien à domicile devient un enjeu important pour sauvegarder l'autonomie des personnes.

Par conséquent l'identification des besoins des populations ont été identifié :

1. Lutter contre l'isolement et la précarisation du public âgé de plus en plus dépendant vivant à domicile (avec des troubles cognitifs, des troubles psychiques etc.)
2. Répondre au double besoin de présence, exprimé dans le besoin de compagnie, et de sécurité que l'on retrouve en institution ;
3. Veiller aux effets des syndromes dépressifs ;
4. Faciliter l'accès des services aux logements notamment dans les ensembles collectifs ;
5. Limiter les hospitalisations et la logique de recours in extremis aux soins intensifs ;
6. Apporter une réponse supplémentaire à la prise en charge sanitaire, limitée notamment dans le temps dans les SSR ;
7. Faciliter le retour d'hospitalisation en coordonnant les interventions à domicile : anticipation et articulation entre les SSIAD, l'HAD, les services d'aide à domicile, et les EHPAD ;
8. Profiter d'un accompagnement plus qualifié à domicile pour compenser des déficiences multiples ;
9. Apporter du répit aux aidants au travers de l'animation ou mesures favorisant le développement de liens sociaux ;
10. Adapter le logement de la personne ou tout autre logement comparable à un domicile
11. S'interroger sur l'utilité sociale des EHPAD et son évolution, en redéfinissant la conception de la maison de retraite comme un pôle de services ;



### 9.3.1 Synthèse du Schéma Régional de Santé 2018-2023. Projet Régional de Santé des Hauts-de-France :

Le Schéma Régional de Santé (SRS) dispose d'un objectif sur la prévention et le repère de la perte d'autonomie<sup>108</sup>. Le maintien de la mobilisation de tous les acteurs potentiels sur le territoire doit permettre d'anticiper et de prévenir la perte d'autonomie et la fragilité en particulier pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives et les publics en précarité. En effet, les personnes âgées vivant à domicile sont de plus en plus susceptibles de perdre leur autonomie. Cette conséquence est liée à l'isolement social et à un manque de prise en charge personnalisée et continue de la personne âgée vivant à domicile. Des actions de prévention collectives et individuelles concertées seront développées avec des partenaires, en lien avec les conférences des financeurs (CDF). L'ETP développée rend les patients et leurs aidants plus autonomes et acteurs de leur santé [articles D.1161-1 et suivants du code de la santé publique].

Pour développer la prévention, le dépistage de la fragilité doit aller jusqu'au domicile avec le déploiement d'expertise gériatrique, l'accès à des bilans neuropsychologiques en ville et l'organisation de bilans pluridisciplinaires pour les personnes plus fragiles. L'équipe mobile du projet pourrait réaliser des diagnostics auprès des personnes âgées vivant à domicile afin de réaliser un bilan et proposer un accompagnement personnalisé.

#### **Le SRS attend d'ici 5 ans plusieurs résultats :**

- **« Le déploiement régional de programmes d'ETP ciblé sur les problématiques des personnes âgées est encouragé avec :** des programmes sur les maladies neurodégénératives (MND) (Parkinson et sclérose en plaques (SEP)) dans les territoires ; l'accompagnement au déploiement de programmes sur la maladie d'Alzheimer ; l'analyse des programmes d'ETP expérimentaux PAERPA et des autres programmes personnes âgées existants sur les syndromes gériatriques ;
- *Le déploiement de l'expertise gériatrique à domicile est visé dans au moins 80% du zonage de l'offre de soins.*

---

<sup>108</sup> Schéma Régional de Santé 2018-2023. Projet Régional de Santé des Hauts-de-France, p.48

- *Le développement de bilans pluridisciplinaires (dont consultations expertes, hospitalisations de jour de médecine selon circulaire frontière HDJ 15 juin 2010) sera encouragé pour les personnes les plus fragiles.*
- *L'offre de plans personnalisés de santé (PPS (2)) au travers de coordinations cliniques de proximité (CCP) du PAERPA sera poursuivie et déployée selon l'évolution de l'expérimentation.*
- *L'accès à des bilans neuropsychologiques en ville au près des neurologues libéraux sera rendu effectif dans la région, ainsi que l'extension de fonctions d'expertises et d'accompagnement en ville des patients atteints de SEP ou maladie de Parkinson. »*

Le SRS ne fixe pas de priorité spécifique pour la réalisation des résultats.

**Suite à l'ensemble des résultats attendus, le projet de l'équipe mobile sera une véritable opportunité pour prévenir et repérer la perte de l'autonomie. Ce projet pourra créer un accompagnement des personnes âgées à leur domicile puis une possibilité de transfert dans l'EHPAD SAINT-JEAN en cas d'impossibilité du maintien à domicile.** Les personnes âgées auront un accompagnement continu avec les professionnels de l'établissement qui permettront une meilleure intégration et acceptation dans l'établissement.

Le Schéma Régional de Santé (SRS) a fixé un objectif spécifique sur l'accompagnement du vieillissement et le soutien des aidants.<sup>109</sup>

**L'équipe mobile du projet pourra être un appui pour les aidants naturels et pour l'accompagnement des personnes âgées à domicile.**

**Le SRS a pour objectif également d'ajuster l'offre sur les territoires selon les besoins identifiés.** Son rôle est l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des usagers, la contractualisation, les outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention<sup>110</sup>.

---

<sup>109</sup> Schéma Régional de Santé 2018-2023. Projet Régional de Santé des Hauts-de-France, p.49

<sup>110</sup> Schéma Régional de Santé 2018-2023. Projet Régional de Santé des Hauts-de-France, p.50

Cet axe dispose que pour répondre aux besoins de la population âgée, les moyens et dispositifs des filières gériatriques hospitalières et de leurs partenaires doivent être adaptés.

Ces derniers doivent respecter la circulaire des filières gériatrique de 2007, selon les particularités du zonage de l'offre de soins, en évitant un maximum le recours aux urgences inutilement.

Selon l'offre, il doit être répartie de manière la plus équitable sur la région afin de permettre une accessibilité des proximités, des soins de suite "affections de la personne âgée poly-pathologique dépendante ou à risque de dépendance", des USLD et des SSIAD dédiés à des prises en charge spécifiques.

**L'offre nécessite une bonne organisation pour éviter des « doublons d'activité », notamment entre le secteur sanitaire et médico-social.** Cette organisation comprend une attention aux situations complexes dont MND et psycho-gériatrie. Elle concerne ainsi une organisation à domicile et en établissement pour les soins palliatifs, l'onco-gériatrie et les personnes en situation de handicap vieillissantes.

Le SRS attend d'ici 5 ans selon le zonage de l'offre et / ou des territoires de proximité du médico-social selon la circulaire de 2007 :

*« L'hospitalisation complète de SSR gériatriques et les USLD seront présentes ;*

*Un rééquilibrage territorial de l'offre d'USLD, SSR, SSIAD sera effectué en fonction des besoins ;*

*Avec l'accord des départements, le nombre de SPASAD sera augmenté sur la base du volontariat et dans une optique d'équité territoriale ;*

*La gestion de cas sera consolidée et articulée avec les acteurs existants pour une répartition populationnelle équitable.*

*La structuration graduée de l'offre pour les Malades Alzheimer et Maladies Apparentées (MAMA) sera poursuivie entre zonage de l'offre de soins et territoires de proximité du médico-social dans une logique d'amélioration de l'orientation et de la complémentarité des réponses, avec : l'accès à des consultations mémoire organisées en maillage régional ; le déploiement d'UCC ; la couverture avec au moins une unité d'hébergement renforcée*

*par territoire de proximité du médicosocial ou selon le zonage de l'offre de soins ; la poursuite du déploiement des PASA.*

*La couverture régionale par les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD) sera rendue effective avec une répartition populationnelle équitable ;*

*L'amélioration de la qualité de l'accompagnement des MAIA en EHPAD sera favorisée dans le cadre des projets d'établissements par la reconnaissance notamment d'UVA, renforçant ainsi la palette des réponses en établissement, entendu que tout MAMA peut être accueilli sur une place bénéficiant ou non d'une reconnaissance ou d'un label spécifique. [...] »*

Le SRS a pour objectif d'améliorer l'articulation des dispositifs et acteurs sur les territoires afin de mieux orienter les personnes âgées selon leur besoin<sup>111</sup>. Cet axe contribue à améliorer la communication entre l'ensemble des acteurs du territoire. Le partage des outils communs et utilisation des nouvelles technologies vont permettre de garantir une communication plus fluide avec les acteurs, les usagers et les relations avec les professionnels. Ce décloisonnement entre les dispositifs et les acteurs accordent un bon accompagnement des personnes âgées notamment en psychogériatrie afin de favoriser le maintien à domicile.

De plus, l'amélioration des parcours locaux des personnes âgées nécessite un accompagnement dans le cadre de filières de gériatrie structurées et de qualité au sens de la circulaire de 2007 et de mieux articuler les dispositifs de coordination.

**D'ici 5 ans, l'ensemble des tables stratégiques et tactiques MAIA viseront à un fonctionnement régulier concourant à la lisibilité de l'offre et à la coopération des acteurs, vers l'intégration. Les territoires MAIA seront harmonisés en cohérence avec les filières gériatriques et les territoires de proximité du médico-social.**

---

<sup>111</sup> Schéma Régional de Santé 2018-2023. Projet Régional de Santé des Hauts-de-France, p.51

## Partie 5 - Projet de l'EHPAD Maison Saint Jean

*« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas  
C'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles »*

Sénèque

**Mise en œuvre d'une plateforme de ressources et création d'une équipe mobile gériatrique d'intervention à domicile, il s'agit d'une démarche d'innovation Sociale<sup>112</sup>.**

**Le projet répond à 9 des 11 besoins identifiés dans le schéma régional de santé (cf. page 73).**

**Il répond également à la priorité n°2 du rapport LIBAULT<sup>113</sup>, à savoir pouvoir choisir librement de rester à domicile.**

**La priorité au domicile doit être effective. Garantir ce libre choix de la personne âgée suppose de lever les obstacles au maintien à domicile.**

Je m'appuierai sur les éléments proposés par *l' AVISE*<sup>114</sup> Agence d'ingénierie et centre de ressources, l'Avise agit depuis 2002 pour le développement de l'économie sociale et solidaire en accompagnant l'émergence, la consolidation et le changement d'échelle des structures d'utilité sociale, créatrices d'activités innovantes et d'emplois de qualité

---

<sup>112</sup> Guide « innovation nouvelle génération » Bpifrance, 2015

<sup>113</sup> Rapport concertation Grand Âge et autonomie, Dominique Libault mars 2019

<sup>114</sup>[https://www.avise.org/sites/default/files/atoms/files/20150731/201507\\_avise\\_mode\\_demploi\\_innovation\\_sociale.pdf](https://www.avise.org/sites/default/files/atoms/files/20150731/201507_avise_mode_demploi_innovation_sociale.pdf)

## Chapitre 10 - Diagnostic du territoire

Le projet sera organisé sur le territoire de santé de la communauté de communes de Flandres-Lys regroupant 7 communes et répondre aux besoins des personnes âgées de plus de 60 ans dépendantes pour les personnes âgées vivant encore au domicile.



Figure 7 territoire communauté de communes Flandres Lys source : Communauté de communes Flandres Lys

Le périmètre défini devra être cohérent au regard des prestations et moyens mis à disposition ou structures existantes.

Nous projetons une file active entre vingt et trente personnes âgées en perte d'autonomie résidant à domicile dans un rayon de 15 kilomètres.

La commune de Laventie se situe dans le département du Pas de Calais, sur le territoire de l'Artois Douaisis. Celle-ci se situe à moins de 30 km des grandes villes de Lille, Béthune et Armentières.



Figure 8 situation géographique Laventie

Tableau 1 : Structure de la population de Laventie par tranche d'âges

Source : INSEE<sup>115</sup>

Années	Population	Moins de 30 ans	30-60	60-89	+ 90
2016	4988	33,8%	39,6%	24,4%	2%
2014	4957	36,5%	41,8%	20,8%	0,8%
2013	4967	36,8%	21,9%	20,5%	0,8%
2012	4924	36,8%	41,8%	20,5%	0,9%
2010	4838	37,6%	43,7%	18,7%	0%
2007	4745	38,3%	43,6%	18,1%	0%

La commune compte 4988 habitants au recensement de L'INSEE de 2016. La commune connaît donc une croissance démographique positive puisqu'elle a augmenté de 0,62 %.

<sup>115</sup><https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-62491#chiffre-cle->

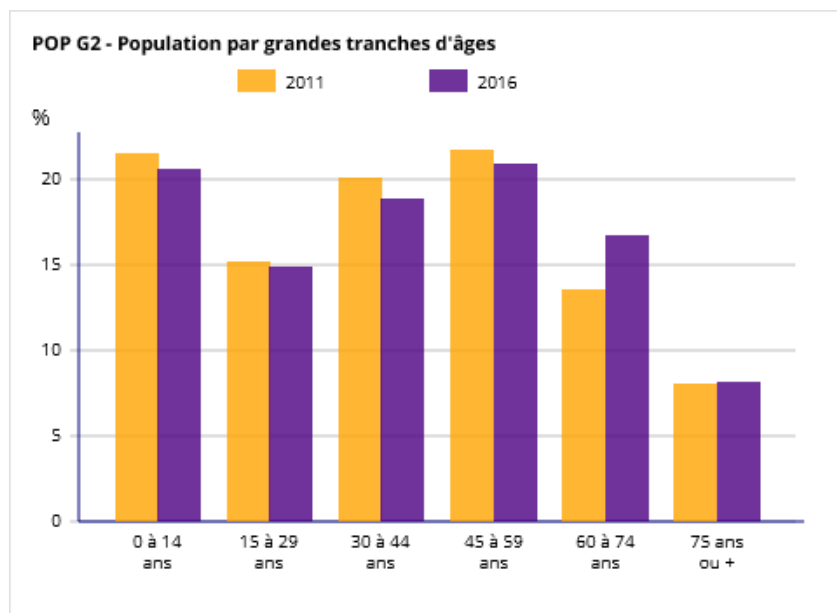


Figure 9 Commune de Laventie population par grandes tranches d'âges INSEE 2016

**Laventie n'échappe pas à la tendance du vieillissement de la population.** En 7 ans, les plus de 60 ans ont connu une évolution importante puisque leur proportion a augmenté de 2,7%. Ce tableau apporte une grande attention à l'apparition des nonagénaires à partir des années 2012. Les projections démographiques réalisées par l'INSEE montrent une augmentation de la population de plus de 90 ans. Ces projections attestent de l'importance du vieillissement démographique de la population, qui devient plus fragile.

Tableau 2 Proportion de séniors par tranche d'âges

	60-74	75 ans ou +
<b>Laventie</b>	13,62%	8,03%
<b>Pas de Calais</b>	14,6%	8,4%

La proportion des séniors est légèrement inférieure à la moyenne départementale cependant les projections démographiques de l'INSEE démontrent que « *La part des séniors dans la population devrait croître de manière plus prononcées qu'en région (+11*



*points en 2050). Le Pas-de-Calais serait ainsi plus touché par le vieillissement démographique que la région dans son ensemble ».*

Créée en 1976, la maison de santé de Laventie est une des plus ancienne de la région et permet le regroupement de professionnels de santé, ce qui s'avère attractif pour les personnes âgées restant à domicile.

La ville de Laventie se trouve également à proximité de plusieurs établissements et notamment du centre Hospitalier d'Armentières. Force est de constater une proximité de l'offre de soin de premier et second recours.

## **Chapitre 11- Originalité et caractère novateur du projet :**

### **Une offre nouvelle pour un véritable projet de vie à domicile**

L'offre actuelle de prise en charge des personnes âgées dépendantes est articulée autour des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des services d'aide à domicile (SSIAD et SSAD) qui mobilisent de nombreux intervenants et une coordination limitée entre eux. Ces services ne sont effectifs qu'en journée et pas la nuit et leur continuité n'est pas effective 7 jours sur 7.

**L'EHPAD Maison Saint Jean de Laventie se positionne comme une plateforme de ressources gérontologiques et de coordination permettant de décloisonner les différents services qui interviennent à domicile en proposant une offre complète, individualisée et coordonnée.**

Nous envisageons l'expérimentation *d'un partenariat pluridisciplinaire permettant un suivi concerté de la personne âgée lui laissant le choix de rester à domicile tout en assurant une qualité de suivi médical optimisée grâce à la coopération transversale des acteurs de santé du territoire* qui permet la mutualisation des compétences et des expertises de l'accompagnement de la personne âgée.

*Le monde évolue. Les dernières décennies se caractérisent par des mutations sociétales qui affectent les pratiques professionnelles et les modes d'organisation des établissements et services du secteur social et médico-social. Au cœur de ces mutations*

*sociétales, concernés par les pratiques en transformation, les professionnels doivent non seulement s'adapter aux évolutions de l'environnement mais aussi conduire un changement. Changement qui nécessite le respect et la reconnaissance de l'autre, il doit s'adosser à des savoirs, élaborer des savoir-faire, se concevoir en référence à des principes éthiques : un changement à penser et à mettre en œuvre.*<sup>116</sup>

**Ce projet est en phase avec le projet de l'établissement qui au travers de l'ouverture vers l'extérieur répond à l'enjeu du décloisonnement du parcours de la personne âgée tout en apportant des solutions de proximité permettant le maintien à domicile dans les meilleures conditions.**

Ce projet apporte des solutions pour le suivi médical des personnes ayant des difficultés pour se déplacer.

**L'établissement Maison Saint Jean apporte également les moyens humains (médecin coordonnateur, cadre de santé, infirmiers, aides-soignantes, Psychologue, Ergothérapeute, Psychomotricienne, animatrice, agents techniques)** qui travaillent en collaboration avec les médecins libéraux de la Maison Médicale qui suivent à la fois les résidents de l'établissement mais également les patients à domicile en lien avec les professionnels de santé du SSIAD (infirmières coordinatrices, infirmières libérales) dans un cadre sécurisé de proximité, permettant d'assurer la confidentialité des dossiers de soins et des solutions de téléconsultation sécurisées (lignes téléphoniques professionnelles) et pertinentes.

### 11.1 Partenaires du projet :

« Ce projet s'inscrit dans la droite ligne des priorités du projet de santé territorial de la CPTS Flandre Lys », ainsi s'exprime Madame Jennifer RAMOS, coordinatrice de soins primaires de l'association Pôle Santé Flandre Lys chargée des projets de prévention et promotion de la santé de la Fédération des structures d'exercice coordonné (FEMAS) Haut de France<sup>117</sup>.

Ce projet associe plusieurs partenaires, à savoir :

---

<sup>116</sup> Dubreuil, B, et Janvier, R. (2018). Conduire le changement en action sociale. Mutations sociétales, transformation des pratiques et des organisations. Issy-les-Moulineaux : ESF

<sup>117</sup> <https://www.femas-hdf.fr>

- ✓ Le SAAD ADMR Locon, 84 rue de l'Égalité 62400 Locon
- ✓ Le SSIAD ESAD ADMR Locon, 84 rue de l'Égalité, 62400 Locon
- ✓ Capacité : 62 personnes suivies en SSIAD + 30 personnes suivies en ESAD, 2 infirmières coordinatrices, une infirmière, un ergothérapeute
- ✓ Maison de Santé de l'Alloeu<sup>118</sup> situé à Laventie, établissement pluridisciplinaire de santé rassemblant 5 médecins généralistes qui sont déjà impliqués dans le fonctionnement de l'EHPAD en intervenant comme médecin traitant, 2 chirurgiens-dentistes, 2 infirmières libérales, un orthophoniste, un orthodontiste, une psychologue, des kinésithérapeutes avec un projet de santé.
- ✓ Le centre communal d'actions sociales de la mairie de Laventie
- ✓ La Maison de l'autonomie de Béthune
- ✓ L'association France Alzheimer (antenne du département du Pas de Calais)

### 11.2 Les objectifs :

**Développer un projet innovant<sup>119</sup> et disruptif intégrant le réseau des professionnels de santé autour de l'accompagnement et de la prise en charge et en soins des aînés sur le territoire de santé de la communauté de communes de Flandres-Lys regroupant 7 communes.<sup>120</sup>**

**Il s'agit de la première collaboration transversale associant un EHPAD, un SSAD, un SSIAD un ESAD et une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), mettant en commun une organisation partagée pour assurer un accompagnement de qualité de la personne âgée vivant à domicile.**

**Cette collaboration répond aux objectifs des politiques publiques visant à décroiser le parcours de la personne âgée, tout en lui permettant de rester vivre à domicile.**

**L'EHPAD de Laventie est partenaire de la Maison de Santé de l'Alloeu il est impliqué avec la MSP et l'hôpital d'Armentières dans un projet de télémédecine.**

---

<sup>118</sup> Une des premières maisons médicales de France créée en 1976

<sup>119</sup> L'innovation sociale, le guide « social innovation A Decade of changes » commission européenne 2014

<sup>120</sup> <https://polesanteflandrellys.fr/qui-sommes-nous>

L'élargissement du partenariat avec les acteurs du domicile, en l'occurrence le SSIAD – ESAD de Locon répond aux objectifs des financeurs, ARS des Haut de France et le département du Pas de Calais en apportant un projet novateur et pionnier permettant l'accès aux soins des personnes en perte d'autonomie dans un cadre défini et sécurisé tout en mutualisant les coûts du projet lui assurant une pérennité.

Notre projet répond à l'enjeu du suivi régulier et de qualité du nombre croissant de patients dépendants vivant à domicile et permet de maintenir la personne âgée le plus longtemps possible.

Notre établissement assure une capacité à prendre en charge la personne en cas de perte d'autonomie.

**Chapitre 12 Forces et faiblesses du projet :**

<b>FORCES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concept novateur</li> <li>• Destination personnes âgées à domicile</li> <li>• Maintien à domicile</li> <li>• Souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie</li> <li>• Un projet à taille humaine</li> <li>• Au bénéfice des personnes âgées et de leurs aidants sur des secteurs défavorisés</li> <li>• Fédère des partenariats sociaux, médicosociaux et sanitaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permet l'identification d'un pôle ressource</li> <li>• Complète les dispositifs existants</li> <li>• S'appuie sur les compétences du territoire et le tissu social</li> <li>• Apporte des innovations dans l'accompagnement à domicile</li> <li>• Expertises métiers des professionnels de l'EHPAD</li> </ul>
<b>FAIBLESSES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Démarche Expérimentale : La mise en œuvre du projet présente des risques liés à la pérennisation des financements.</li> <li>• La réponse est nouvelle par rapport à l'état du marché sur le territoire : absence de processus formalisé d'évaluation</li> <li>• Professionnels non formés pour intervenir à domicile.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La démarche repose sur la capacité des différents acteurs à s'impliquer.</li> <li>• Problématique de l'hétérogénéité des outils d'accompagnement et de suivi et de leur compatibilité</li> <li>• Problématique de la gouvernance partagée</li> <li>• Cloisonnement administratifs, réglementaires et financiers (ARS versus collectivités territoriales, (Conseil Départemental) en charge de l'aide sociale, du logement et d'une part des aides au maintien à domicile.</li> </ul>

La matrice permet d'identifier les éléments clés nous permettant de construire notre projet stratégique mais également de prendre en compte des réponses aux faiblesses révélées par l'analyse.

**Le projet répond à des besoins non pourvus** actuellement sur le territoire et **identifiés comme prioritaire par le schéma régional de santé.**

Il répond également à un projet d'accompagnement personnalisé de la personne âgée à domicile permettant d'apporter une aide à la gestion des troubles de la mémoire, et des troubles du comportement, un travail de prévention pour éviter les chutes à domicile avec des propositions d'aménagement du logement et des aides à l'utilisation des matériels.

Ainsi que le développement de relations sociales et rompre l'isolement pour des personnes vivant pour la plupart du temps d'une manière isolée.

Il répond aussi au besoin de soutien des aidants qui doivent être repérés et identifiés.

## **Chapitre 13 - Le concept du projet**

**Le projet de « l'EHPAD hors les murs », identifié comme "pôle de services" serait à disposition d'une population sur le territoire de santé de la communauté de communes de Flandres-Lys regroupant 7 communes.**

**Cette unicité de services en une offre territoriale de proximité permettrait une véritable simplification de type « guichet unique » ou « panier de services » permettrait à la personne âgée en perte d'autonomie et d'indépendance de garder les mêmes repères, les mêmes aidants professionnels tout en passant du domicile à l'EHPAD hors les murs et le SSIAD et le SAAD.**

### **13.1 La mission du dispositif :**

**Il s'agit d'accompagner les personnes âgées dans leur projet de vie à domicile en favorisant notamment leur autonomie, inclusion et autodétermination.**

Cette action se combine avec le soutien de l'aidant s'il existe ou s'il a été identifié par l'utilisateur.

Les professionnels, membres de l'équipe, doivent permettre de maintenir la vie à domicile, de favoriser l'autonomie et de prévenir les difficultés aboutissant aux ruptures de parcours.

L'objectif étant de proposer aux personnes **suivies une prise en charge globale, sur mesure et modulable aux formes d'accompagnement déjà existantes** (notamment les parcours « figés » ou les prises en charge en hospitalisation), dont l'objectif central est d'adopter des attitudes favorisant leur vie à domicile et leur inclusion sociale.

**L'expérimentation initiale ciblera entre 20 et 30 personnes âgées dans sa phase de test** permettant de faire évoluer la pertinence du projet par « essais-erreurs » et de retours d'expérience (REX).

**Nous mènerons des évaluations des pratiques professionnelles** et le dispositif sera soumis aux règles de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale, nous appliquerons les outils de la démarche qualité de l'association Temps de Vie et le cadre légal des évaluations, de leurs fondements théoriques et méthodologiques. (évaluation interne tous les cinq ans et externe tous les 7 ans).

Ces évaluations détailleront les dispositifs garants de la pertinence du projet de l'institution et des droits et libertés de la personne accueillie<sup>121</sup>,

#### 13.1.1 En terme d'accompagnement des personnes âgées, de leur famille et des aidants, il s'agit :

- De compléter et renforcer des plans d'aide APA, limités dans le cadre des enveloppes nationales, pour maintenir les acquis de la personne âgées avec des interventions de convivialité, ou encore des passages de garde itinérantes non programmés sous forme de tournées ou de veille ;
- De permettre à chacun de rester acteur ;

---

<sup>121</sup> Charleux, F., et Jouve, S. (2013). Réussir l'évaluation interne et externe en institution sociale et médico-sociale. Issy-les-Moulineaux : ESF.

- De combler une solitude liée à un éloignement familial, un veuvage ou la perte de mobilité avec entre autre des passages du service de convivialité ;
- De garantir une fluidité dans le parcours de vie avec des offres intermédiaires et graduées (accueil de jour, hébergement temporaire, portage de repas, SSIAD etc.), et en développant, en plus des passages à domicile prévus dans les plans d'aide, des interventions non programmées notamment la nuit ;
- De recourir aux technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gériatriques et la vie quotidienne des personnes âgées et de leur entourage : téléconsultation gériatrique, détecteurs de chutes, télé-suivi des paramètres biologiques, déambulateur haute technologie, balise anti- disparition... ;
- D'ouvrir les structures vers l'extérieur en donnant l'accès à des services et activités à des personnes vivant à domicile : repas collectif, animation, art thérapie, salle Snoezelen, balnéothérapie, coiffure et esthétique... ;
- De préparer le plus en amont possible les admissions futures en EHPAD ;
- D'apporter de l'aide aux aidants naturels en terme d'animation et de soutien : solution de baluchonnage, groupe de parole... ;
- De travailler des retours séquentiels à domicile ou en famille en apportant un soutien logistique (ex prêt de matériel médical et para médical) et humain.

#### 13.1.2 En terme d'aménagement du territoire sanitaire et médico-social, il s'agit :

- D'offrir des solutions d'urgence de proximité et réactives et de proposer une offre cohérente en milieu rural et semi-rural et en proximité. L'intervention de professionnels compétents permettra de réserver et d'adapter des logements pour personnes à mobilité réduite avec des services de proximité et de première nécessité.
- De repérer sur un territoire des effectifs et des qualifications, valoriser les services et compétences, et imaginer une mise à disposition à domicile de personnels soignants ou même d'homme d'entretien des EHPAD ;
- De recourir à de nouvelles compétences et à de nouveaux métiers (ex : animateur gériatrique, ...)



- Utilisé les ressources matériels et humaines d'un EHPAD au service des personnes âgées à domicile (projet personnalisé, soignants etc.)

#### 13.1.3 En terme de coopération, il s'agit :

- De concevoir des outils partagés de suivi et d'évaluation des interventions à domicile
- De renforcer la coopération avec les dispositifs de prise en charge des soins palliatifs et de douleur ;
- De s'articuler avec le secteur sanitaire avec la signature de convention avec les centres hospitaliers facilitant les entrées directes sans le passage anxiogène et lourd pour la personne âgée par le service des urgences.

#### 13.2 Les critères d'inclusion :

Le dispositif s'adresse à un public cible de personnes âgées dépendantes en GIR 3 et 4 et par exception en GIR 1 et 2 nécessitant une intervention coordonnée des services d'accompagnement (SSIAD, SAAD, infirmier(e)s libéraux.

Nous serons particulièrement attentifs aux conditions d'exclusion sociale et à la situation des aidants.

L'orientation vers le nouveau dispositif nécessitera une révision du plan d'aide à l'APA.

#### 13.3 Les modalités de délivrance des Prestations :

Ces modalités permettront de **construire un projet de vie et d'accompagnement de la personne âgée à domicile en prenant en compte toutes les dimensions environnementales.**

Après évaluation au domicile, avec l'accord du médecin traitant, par un binôme composé d'un médecin gériatre coordonnateur et du coordinateur de projet et après admission dans le dispositif, la prise en charge de l'utilisateur sera assurée dans le cadre d'un projet d'accompagnement personnalisé.

Au préalable, le diagnostic à domicile devra évaluer les possibilités de maintien à domicile et les besoins en terme d'aménagement des locaux (travaux, équipements de mobilité, équipement de sommeil (lit médicalisé), sanitaire adapté, équipement en domotique).

Le responsable de l'équipe mobile sera en charge de l'orientation de l'utilisateur vers le dispositif financier adapté en mobilisant en premier lieu les aides de droit commun et il fournira une liste d'opérateurs à l'utilisateur.

Nous proposerons des prestations :

- ✓ d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et au maintien de l'autonomie, à savoir :  
Une aide aux soins d'hygiène, l'adaptation du domicile, le développement d'outils de communication et des aides ponctuelles.
- ✓ Une offre de soins et de coordination avec les SSIAD et les médecins traitants plus précisément sur les consultations médicales, la gestion des rendez-vous médicaux, la mise en relation avec les partenaires de santé, la gestion de la douleur, l'organisation de séances Snoezelen, besoin en matière de santé (médecin traitant et médecin gériatre coordonnateur) ...

Une participation sociale auprès des personnes isolées (mobilisation des ressources de droits communs et ouverts à tous).

Le développement du lien social au sein des établissements partenaires pour une autre forme d'inclusion ; l'inclusion avec les pairs mais aussi le partage entre familles, et la participation aux animations de l'établissement

Essais de matériel au sein des établissements (chaise douche, contacteurs domotique, etc.)

-d'aide aux aidants : réunions d'expression des familles : Groupe "parole" - Café des familles, temps d'échange avec le psychologue, séjour de répit.

Nous prioriserons nos prestations de la manière suivante :

- 1 Soins et vie quotidienne (AS)
- 2 Prestations de rééducation et de prévention (ergothérapeute, psychomotricien)
- 3 Assistance sociale et soutien (psychologue)
- 4 Séjour de répit en établissement (grâce à une place réservée au sein de l'EHPAD porteur).

Dès que l'admission au sein du dispositif est validée, le coordonnateur de l'équipe programme un rendez-vous avec l'utilisateur et l'aidant. Ce temps permet de comprendre les besoins et les attentes tout en analysant le parcours de vie de la personne. Le coordinateur et le médecin coordonnateur.

Ils identifient les axes d'intervention à envisager, ils seront repris dans le projet personnalisé de l'utilisateur. Les objectifs sont de repérer et d'étayer les organisations en place autour de la personne, d'articuler les soins et de rendre complémentaire les interventions des professionnels internes, externes et partenaires.

Trois évaluations sont incontournables :

- 1 Evaluation cognitive
- 2 Evaluation nutritionnelle
- 3 Evaluation du risque de chute

Ainsi, les interventions de l'équipe mobile seront centrées sur différents domaines que nous avons pu identifier.

- Santé et accès aux soins s'agissant d'un public nécessitant une prise en charge importante des soins, le dispositif s'engage à mettre à disposition :
- Des professionnels paramédicaux et médicaux au plus proche des personnes, Des partenaires du champ de la santé notamment grâce à ses divers partenariats avec les centres hospitaliers ou les équipes mobiles et une prise en charge de la douleur).
- Bien-être physique et psychique : installation et matériel adapté + travail d'acquisition et d'éveil avec les professionnels
- Motricité et activités physiques adaptées, proposition d'activités motrices adaptées
- Accompagnement aux activités
- Réadaptation du projet de vie

Dans certaines situations, la personne peut présenter des phases de déstabilisation dans sa maladie. Certains moments de la vie (période de stress, événements, etc.) peuvent générer des périodes de crise. Dans ce cas, l'équipe pourra proposer la recherche d'un séjour pour pouvoir prendre du recul, faire le point sur une situation donnée ...

Le séjour de répit consiste à proposer un accompagnement avec hébergement, sur une période courte, contractualisée entre l'établissement d'accueil et la personne. Les modalités d'accueil sont définies dès la signature avec la personne accompagnée.

Cette solution s'inscrit dans une démarche de mise à distance afin de permettre à la personne, à ses aidants et à l'équipe d'éviter une situation de « crise ». Cela évite qu'un épisode puisse prendre des dimensions non contrôlées et engendrer des risques pour la sécurité de la personne et de ses aidants.

### 13.4 Comment s'organise la coordination des interventions ? :

**La notion de coordination est un facteur clé de succès essentiel.**

#### 13.4.1 Rôle du coordonnateur :

Un réseau d'acteurs pluridisciplinaires se met en place autour de l'utilisateur lorsque celui-ci est accompagné par l'équipe mobile

Pour assurer la coordination entre ces différents acteurs et ainsi éviter aux aidants potentiels d'endosser ce rôle complexe, l'équipe mobile se met en place. Ainsi c'est également une démarche de coordination de la prise en charge globale de la personne qui est proposée par le dispositif.

Le dispositif n'a pas vocation à intervenir à temps plein auprès de l'utilisateur, mais de concourir, de manière directe ou indirecte, avec l'objectif de pérenniser le parcours mis en place et d'éviter les situations d'isolement, d'aggravation de l'état de santé ou de rupture. Les professionnels travailleront en étroite collaboration et leurs décisions seront prises de façon interdisciplinaire en concertation avec les différents acteurs de l'accompagnement des usagers.

#### 13.4.2 Coordination avec l'utilisateur et son entourage :

Afin d'assurer une coordination efficace, le cadre du dispositif, c'est-à-dire le rôle et les missions de chacun, les modalités de participation sont impérativement expliquées à la personne et à son entourage. De plus, la place de la personne, son rôle dans le dispositif et les modalités de communication sont à définir avec elle afin de lui être adaptés.

La participation de la personne accompagnée dans l'organisation des interventions est systématiquement prise en compte par les professionnels du dispositif. Ils se basent sur l'individualité de la personne et ses potentialités pour développer des actions

d'accompagnement et de soins. Ils respectent systématiquement les choix et surtout valorisent l'estime de soi et la confiance en soi de la personne. Les actions proposées se veulent modulables, de sorte que l'utilisateur prenne conscience de sa place dans la société et que son accompagnement s'envisage différemment que ce qui lui a été proposé jusqu'alors.

Afin d'assurer cette participation de nombreux moyens vont être mis en place :

- la possibilité d'interpeller le coordonnateur
- des dates de rencontres
- des outils de liaison et aides techniques favorisant la coordination et l'accès à l'information.

#### 13.4.3 Coordination avec les partenaires :

Tout comme avec la personne accompagnée et son entourage, il conviendra de communiquer le cadre d'intervention de l'équipe mobile gériatrique.

Pour cela, les conventions permettront de préciser les ressources, les limites et les périmètres d'intervention de chacun. Les partenaires pourront, eux aussi, solliciter le coordonnateur autant que nécessaire.

#### 13.4.4 Les moyens mis à disposition :

Comme nous le précisons précédemment, le coordonnateur de pôle endosse le rôle principal dans la coordination des interventions. Il se chargera notamment de la gestion des plannings d'intervention en lien avec la secrétaire et sera également l'interlocuteur privilégié auprès des partenaires.

Le suivi des interventions sera permis grâce au dossier informatisé de l'utilisateur. En effet, le logiciel Netsoins, permettra à chacun de consulter et de saisir des informations sur le dossier de la personne concernée. En sachant que toutes les données de santé informatisées seront hébergées sur un Datacenter agréé données de santé. Chaque prestataire ou libéral de santé pourra avoir accès uniquement au dossier de l'utilisateur concerné et on se conformera à la législation en vigueur concernant la protection des données (RGPD).

Le logiciel Netsoins permet également aux équipes de pouvoir effectuer des transmissions et de partager ces dernières avec les professionnels qu'ils souhaitent et uniquement avec ces derniers.

Enfin, le service se dotera de tablettes et de smartphones permettant de faciliter les échanges entre les différents acteurs.

#### 13.4.5 Durée du projet :

La durée du projet (sur la base des expérimentations actuelles) est fixée à 3 ans pour expérimentation à compter de la signature d'une convention. Suite au résultat de l'expérience, le projet peut être pérennisé dans la durée.

## Chapitre 14- Fonctionnement du pôle de services

Le projet doit s'inscrire dans le paysage de la coordination mise en place par le conseil départemental avec le maillage sur le territoire des relais pour l'autonomie des personnes. Il devra s'articuler avec les filières gérontologiques en cours de constitution et de labellisation par l'ARS.

Les prestations au domicile, ou à l'extérieur, seront disponibles 7 jours sur 7 entre 7h00 et 21h30, 365 jours par an. Il pourra être envisagé de proposer des prestations après 21h30 mais uniquement en cas de sorties exceptionnelles, de soins spécifiques et temporaires ou en cas d'urgence.

Le dispositif sera également accessible par téléphone 7 jours sur 7, 24h/24, 365 jours par an. Cette amplitude est rendue possible grâce à la mutualisation des astreintes déjà mises en place au sein de l'EHPAD Maison Saint Jean, établissement porteur. Ainsi, la personne accompagnée ou son aidant pourra contacter le service en cas d'urgence en dehors des horaires d'intervention des équipes et la demande sera prise en considération par les cadres d'astreintes.

L'objectif de cette astreinte est d'apporter une écoute et d'orienter la personne vers le dispositif adéquat. Les cadres pourront solliciter les infirmiers de l'établissement porteur, présents 24h/24, qui auront accès au dossier médical si besoin (ceci est possible grâce au dossier informatisé consultable à distance).

## 14.1 Procédure d'admission :

### 14.1.1 Premier contact :

Le point de démarrage de l'accompagnement est marqué par la demande d'intervention de l'équipe mobile gériatrique. Cette demande émane de l'aidant, de l'utilisateur, d'une structure partenaire qui a identifié un degré de priorité dans un accompagnement à proposer (liste d'attente) et /ou du médecin référent de l'utilisateur, ou même lors de l'élaboration d'un PAG (Plan d'Accompagnement Global) pour des personnes sans solution. Néanmoins, nous ne pouvons pas uniquement lister les personnes susceptibles d'interpeller l'équipe mobile gériatrique, tant l'expérience actuelle nous montre que bien des intervenants (médecins, IDE libérales, Pôle Emploi, etc.) sont à même de relever des besoins. C'est donc un maillage important et une communication très large qu'il est nécessaire de mettre en place dès l'ouverture.

Au moment de la première prise de contact, il s'agit de recueillir les éléments utiles pour tracer de manière ciblée et continue, le vécu de la personne notamment par la prise de connaissance de son parcours, de la nature de ses pathologies. C'est à ce moment-là que l'équipe s'approprie les éléments environnementaux, les personnes ressources et les potentialités connues de la personne.

C'est un temps privilégié qui fixe le cadre de la relation avec l'établissement et la famille ou l'entourage et cible les besoins et les attentes à prendre en compte.

Mais pour pouvoir être prise en charge, la personne accompagnée doit remplir certaines conditions. Elles sont reprises dans le document individualisé de prise en charge, présenté à la personne lors de l'entretien de préadmission. Il faut être âgé de plus de 65 ans au moment de l'admission.

### 14.1.2 Formulation de la demande :

Une fois le premier contact pris, l'interlocuteur de l'équipe mobile va amener la personne, accompagnée de son représentant ou proche aidant, du médecin traitant avec le SAAD et



le SSIAD, à remplir une demande à partir d'un document d'admission à renvoyer à l'établissement porteur une fois complété. Ce document permettra de recueillir les éléments essentiels sur la personne à accompagner et notamment ses besoins grâce une grille des besoins.

#### 14.1.3. Evaluation de la demande :

L'équipe se réunit afin de prendre connaissance du dossier et d'évaluer la demande de la personne lors d'une réunion pluridisciplinaire qui sera notamment animée par le coordinateur et le médecin gériatre coordonnateur.

Les informations recueillies seront enregistrées dans le logiciel "Dossier informatisé de l'usager" qui centralise et classe les demandes d'admission.

#### 14.1.4 Evaluation de la situation au domicile :

Dans le cas où la première évaluation sur dossier d'admission est validée, il s'agit de donner les moyens à l'équipe d'évaluer la pertinence de l'accueil, puis dans l'hypothèse d'une réponse favorable, de pouvoir envisager rapidement les premières modalités d'intervention, auprès de la personne âgée.

La démarche d'évaluation est donc essentielle. Elle doit être exhaustive et implique - Une pratique confrontant les points de vue pluridisciplinaires et pluri-institutionnels, notamment entre les différents membres de l'équipe.

-Une coordination effective entre les professionnels connaissant la situation.

-L'information de l'usager, de la famille et/ou de l'entourage, la démarche est soumise à validation par la personne, l'implication et le dialogue sont recherchés.

Un diagnostic de situation sera ainsi réalisé avec un recueil de données et la réalisation de diagnostics de situation par les professionnels de l'équipe au domicile de la personne.

**Une expertise sociale, indispensable,** sera menée avec les différents partenaires intervenants d'ores et déjà dans la vie de la personne.

Lors de la première rencontre à domicile, la personne sera accompagnée par la ou les personne(s) de son choix. Un professionnel d'une autre structure peut également être présent à cette première rencontre dans le cadre d'une continuité de parcours. Cette rencontre a lieu là où le souhaite la personne.

Au cours de cette rencontre, le coordinateur :

- Demande à la personne de se présenter. Cet échange peut permettre d'identifier des partenaires potentiels pour la mise en œuvre d'un projet d'accompagnement. Suite à cela, l'admission est discutée à nouveau en réunion pluridisciplinaire, il peut y avoir une seconde entrevue, si nécessaire.
- Ecoute la demande et favorise son expression afin d'identifier correctement ses besoins explicites et implicites.
- Présente le service : ses missions, objectifs, modalités d'intervention et les critères d'admission.

#### 14.1.5 La confirmation d'admission :

Si l'admission est validée par la direction, le coordonnateur et le médecin gériatre coordonnateur, la personne est informée par le coordonnateur. La personne confirme son souhait de pouvoir être accompagnée par l'équipe mobile gériatrique et valide ainsi la demande d'accompagnement.

L'admission se traduisant par la signature d'un contrat d'accompagnement.

S'il n'y a pas de possibilité d'intervention par l'équipe par manque de "disponibilité", la personne est inscrite sur liste d'attente. L'équipe mobile gériatrique assurera une "capacité d'accompagnement" entre 25 et 30 personnes et ne répondra pas à une "logique de place" mais plutôt à une logique des besoins évalués régulièrement afin d'adapter les réponses aux besoins spécifiques des personnes accompagnées. Les limites d'accompagnement résident en un volume horaire d'intervention,

Lorsque le service aura atteint sa capacité d'accompagnement, les personnes seront inscrites sur liste d'attente et leur admission sera prononcée de manière chronologique,

#### 14.1.6. La sortie du dispositif :

La sortie de la personne de l'accompagnement par l'équipe mobile gériatrique peut être travaillée dans le cadre du projet personnalisé de la personne. Les principaux motifs de sortie identifiés sont :

- 1) Entrée dans un autre dispositif médico-social ou sanitaire.
- 2) Souhait de mettre fin au processus de prise en charge à l'initiative de la personne accompagnée ou de sa famille.
- 3) Déménagement de la personne sur un autre secteur géographique, dans ce cas, le coordinateur de l'équipe mobile assurera le relai avec la structure médico-sociale qui poursuivra l'accompagnement afin d'éviter une rupture de parcours.
- 4) Décès

#### 14.2. La gouvernance :

L'équipe de professionnels sera constituée :

Du directeur de l'EHPAD qui délèguera à un coordinateur (cadre de santé) le fonctionnement de l'équipe mobile avec l'appui, d'un médecin gériatre coordonnateur, d'un ergothérapeute, d'une psychomotricienne, d'une psychologue, d'une aide-soignante, d'une animatrice et d'un agent technique

L'EHPAD plateforme mettra à contribution de l'équipe mobile : des IDE pour les astreinte, l'accueil/standard, gestionnaire, comptable, et les locaux de l'établissement.

Les partenaires du Pôle, participeront aux réunions de la commission de coordination, à la saisie des données informatisées, aux réunions de services et au suivi du fonctionnement du projet dans la cadre des retours d'expérience et aux démarches d'évaluation du dispositif.

Fonction	Poste	ETP	Coûts salariaux annuels chargés en euros
Direction	Directeur		Contribution EHPAD
Médical et paramédical	Coordinateur de pôle cadre de santé	1	55 000
	Médecin coordonnateur gériatre	0,20	22 000
	Psychologue	0,30	15 000
	Ergothérapeute	0,30	12 600
	Psychomotricien	0,30	12 600
	Aide-Soignante	1	36 000
	Animatrice	0,25	9 000
	Agents techniques	0,10	3 200
	<b>TOTAL</b>	<b>3,45</b>	<b>165 400</b>

#### 14.2 Les missions de chaque fonction :

Le directeur :

Il sera garant des relations avec les co-porteurs du projet. Il sera chargé de la direction du dispositif ; il sera responsable de sa bonne marche et assurera sa gestion administrative et financière. Il aura la responsabilité des actions d'animation et d'accompagnement. Il assurera le management des ressources humaines : développement, GPEC (Gestion prévisionnelle des Emplois et des Compétences), gestion du personnel, etc.... Il assurera et développera une dynamique de réseau et de partenariat. - Il sera responsable du système d'amélioration de la qualité de service et de l'évaluation de la prestation offerte. Il élaborera et suivra le projet de service, coordonnera les ressources humaines et matérielles. Il sera garant des projets d'accompagnement des personnes suivies. Il assurera le suivi des relations avec les différents partenaires dans le cadre de conventions signées et sera le garant de l'intégration de l'établissement et des usagers dans leur environnement. - Il animera le comité de pilotage de l'action.

Le coordinateur :

De formation "Cadre de Santé" le coordonnateur aura des compétences socio-éducatives et/ou des connaissances spécifiques dans l'accompagnement de personnes âgées en

perte d'autonomie ainsi qu'en management d'équipe. Il a pour mission d'évaluer l'état de santé de la personne et d'analyser les situations de soins en les communiquant auprès de l'équipe d'accompagnement.

Il les planifie dans le respect des règles professionnelles et des projets d'établissement et thérapeutique. Il se charge également de participer à l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins personnalisé et enfin de mettre en œuvre des traitements.

Il organise et coordonne la prise en charge globale de la personne accompagnée. Il se charge des relations avec les services de soins infirmiers et autres paramédicaux et effectue un suivi des consultations et des rendez-vous médicaux en collaboration avec le médecin coordonnateur.

- Il animera et coordonnera l'équipe mobile.
- Il assurera l'évaluation des situations
- Il sera l'interlocuteur privilégié des usagers et des aidants
- Il mettra en œuvre le projet de service
- Il accompagnera et soutiendra également l'équipe en proposant des pistes de travail
- Il participera au travail pluridisciplinaire, sera source de proposition dans l'élaboration des projets
- Il interviendra en cas de besoin auprès des familles, des aidants
- Il assurera la coordination entre les différents partenaires
- Il assurera la préparation des comités de suivi et comité de pilotage en lien avec le directeur
- Il assurera la diffusion des informations sur l'existence du dispositif et représentera l'équipe dans diverses réunions et instances
- Il animera des ateliers et/ou des temps de paroles pour les aidants.

#### Le Médecin gériatre coordonnateur :

Il coordonne les soins et toutes les relations entre les médecins et les professionnels paramédicaux. Il est en lien fonctionnel direct avec le cadre de santé les infirmiers, l'ergothérapeute, la psychomotricienne le psychologue et tous les partenaires paramédicaux (SSIAD, HAD, etc.)

Il contrôle notamment le projet de soins avec les infirmiers. Coordonne le suivi nécessaire en s'appuyant, en interne, sur l'équipe soignante et paramédicale qui regroupe ergothérapeute et infirmiers et en liaison avec le médecin traitant et les équipes d'accompagnement. En externe, il mobilise les professionnels libéraux, le plateau technique, les réseaux extérieurs compétents et établit les liens utiles aux suivis des usagers.

Le médecin coordonnateur participe à la commission d'admission durant laquelle il va veiller à la compatibilité avec les critères d'admission et il participe au suivi médical des personnes accompagnées.

De spécialité "gériatrie", il sera en mesure de réaliser des consultations médicales pluridisciplinaires. Sur la base d'un diagnostic, il sollicite le médecin traitant pour qu'il prescrive différentes mesures (appareillage, séances de kinésithérapie, d'orthophonie, de psychomotricité...) pour maintenir l'autonomie.

#### L'ergothérapeute :

Il est sous l'autorité hiérarchique du cadre de santé et sous l'autorité fonctionnelle du médecin coordonnateur. L'ergothérapeute est chargé de contribuer au traitement des troubles et handicaps des personnes accompagnées et de solliciter leurs fonctions déficitaires et les capacités résiduelles pour leur permettre de maintenir, récupérer ou acquérir une meilleure autonomie quotidienne au niveau individuel et social.

**Il évalue le logement afin de lutter contre le risque de chute**, il réalise des suivis de capacité et d'autonomie pour évaluer l'évolution. Il veille également à maintenir la personne dans son milieu tout en lui permettant d'accéder à plus de bien-être et d'autonomie. Pour ce faire, il participe à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de soin, il propose des solutions techniques pour prévenir la perte d'autonomie : communication, habillage, hygiène, aides techniques, aménagement du domicile...

#### La psychomotricienne :

Il est sous l'autorité hiérarchique du cadre de santé, la psychomotricienne est chargée de réaliser des bilans psychomoteurs permettant d'évaluer les capacités et les difficultés en ce qui concerne les différentes fonctions psychomotrices (tonus, praxies, gnosies, mémoire, langage, etc. .), elle élabore un projet thérapeutique, elle propose ou non une prise en charge en psychomotricité adaptée aux besoins repérés et/ou oriente vers d'autres professionnels tel que la psychologue, le kinésithérapeute..

Elle travaille également sur des actions de prévention et de stimulations sensorielles, elle collabore également avec la psychologue sur des ateliers thérapeutiques et participe à l'élaboration du projet d'accompagnement de la personne âgée.

La psychologue :

Elle est sous l'autorité hiérarchique du cadre de santé et sous l'autorité fonctionnelle du médecin coordonnateur. Elle se chargera de suivre les personnes accompagnées et de répondre à leurs besoins en termes de développement psychoaffectif et cognitif. Elle contribue au diagnostic sur le fonctionnement psychique de la personne, il effectue des tests psychologiques, il assure des suivis individuels par le biais d'entretiens et participe à l'élaboration des projets personnalisés des personnes. Il se positionnera également en tant que soutien aux aidants qui nécessite d'avoir une tierce personne afin d'exprimer leurs difficultés et d'être guidé vers des ressources extérieures. Il participe également à donner un avis lors de la commission d'admission.

L'Aide-soignant :

Il est chargé d'accompagner les personnes dans les gestes de la vie quotidienne afin de favoriser le maintien ou le développement de l'autonomie et de réaliser des soins d'hygiène et de confort. Il a pour principales missions de veiller au bien-être, à l'épanouissement et à la sécurité des personnes, de favoriser l'autodétermination des personnes, tout en développant leur autonomie de communication, de déplacements et de relations sociales. Il participe également à la mise en œuvre des projets personnalisés des personnes puisqu'il est également référent d'accompagnement d'une ou plusieurs personnes.

L'Animatrice :

Elle contribue à l'accompagnement des personnes, en collaboration avec les autres intervenants au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Elle a un rôle relationnel important avec les usagers et leurs familles, son action permettra de stimuler la personne en entretenant son autonomie et ses liens sociaux.

L'agent technique :

L'agent technique a pour mission de veiller à la sécurité et à l'entretien des installations et des locaux afin d'assurer le confort et la sécurité des personnes.

Sur demande de l'équipe mobile ou de l'utilisateur il peut intervenir pour réaliser des réparations ou effectuer un diagnostic technique.

Il peut prévoir, suivre et/ou effectuer les divers travaux d'aménagement du domicile en accord avec le coordonnateur de l'équipe mobile

Toutes les autres spécialités nécessaires seront sollicitées soit dans le cadre des ressources des établissements (convention de prestations directes) soit par des ressources autres (conventions spécifiques). Il s'agit en particulier de toutes les spécialités médicales (nutritionniste, psychiatre,), de toutes les "spécialités" kinésithérapeutes, etc.

Le projet va être attaché à une instance prévue pour assurer le fonctionnement institutionnel du pôle de services.

#### **14.4 Les modalités de fonctionnement :**

L'équipe mobile gériatrique disposera d'une équipe pluridisciplinaire dédiée afin d'assurer son fonctionnement et les prestations auprès des personnes.

Les professionnels seront sous l'autorité hiérarchique du Directeur de l'EHPAD Maison Saint Jean.

Celui-ci déléguera la coordination des professionnels et des actions au coordonnateur du dispositif.

Ce dernier aura pour rôle également de coordonner les suivis des usagers pour qu'ils soient en cohérence avec le projet de service défini et validé. Il veillera à la coordination des projets personnalisés mis en œuvre et orientera les actions à mettre en place.

Pour leur déplacement, les professionnels de l'équipe auront à leur disposition des véhicules adaptés et des véhicules classiques de l'EHPAD, soit ceux propres au dispositif. Afin d'assurer la coordination de l'équipe, des temps d'échanges seront attribués aux professionnels sous la forme de réunion d'équipe.

La fréquence de ces réunions sera à définir en fonction des besoins, tout comme la liste des participants. De plus, un comité de pilotage inter-partenaire pourra être mis en place afin d'effectuer une analyse des pratiques et d'échanger sur les possibles difficultés rencontrées par les porteurs de projet.



## 14.5 Un environnement de travail :

L'équipe mobile gériatrique pourra également compter sur l'EHPAD Maison Saint Jean auquel elle est rattachée.

L'établissement, qui sera l'antenne principale du dispositif, mettra à disposition des professionnels des bureaux et du matériel afin de leur permettre de disposer d'un environnement de travail de qualité.

En plus de ces ressources matérielles, l'équipe mobile pourra également s'appuyer sur des ressources professionnelles grâce à la mutualisation de nombreuses fonctions :

- ✓ Agent de maintenance : pour l'entretien des véhicules
- ✓ Secrétariat : pour les démarches administratives
- ✓ Service informatique
- ✓ Les cadres et les IDE de l'EHPAD qui réaliseront les permanences
- ✓ Le directeur
- ✓ Les services supports de la DG (RH, qualité, communication, comptabilité)
- ✓ Le support informatique, les outils de communication et la protection des données

Les professionnels de l'équipe mobile bénéficieront du support informatique de la Maison Saint Jean ainsi que des outils de communication inhérents à leur activité, à savoir l'accès aux logiciels métiers, logiciel de soins (Netsoins) et Octime (gestion des temps des professionnels).

-Des ordinateurs portables pourvus d'une connexion sécurisée afin de pouvoir réaliser des démarches administratives, des prises de notes ou des transmissions ciblées directement au domicile des personnes accompagnées

-De la téléphonie mobile

-De **tablettes multi-fonctions** servant à la fois pour donner accès au dossier de santé des personnes (sur demande), aux transmissions ciblées, aux plannings d'activités.

-Du système de messagerie (serveur Outlook)

-De la sécurisation de leurs données sur des serveurs agréés "données de santé" (Apicrypt)

-Dispositif d'assistance à distance (selon le besoin à la charge de l'utilisateur)

La Maison Saint Jean mettra des locaux à disposition dans le cadre d'activités et de prises en charge thérapeutiques pour les usagers (salle snoezelen, espace bien-être, salle d'activités...) et également du matériel.

De plus, la mutualisation des compétences professionnelles identifiées chez les professionnels de l'EHPAD, mais également au sein des autres structures des co-porteurs du projet, sera mobilisée en fonction des besoins des usagers et pour des besoins en formations internes selon le principe du partage des savoirs.

Enfin, l'EHPAD pourra être amené à proposer aux personnes accompagnées par l'équipe mobile des formes d'accueil et d'hébergement, dans un souci de partage avec les pairs, suite au souhait de la personne, en cas d'urgence ou suite à une hospitalisation.

#### 14.6 Le budget :

Le budget du projet est traité comme un budget annexe à celui de l'EHPAD avec des modalités tarifaires et organisationnelle sur la base de la tarification en vigueur en EHPAD

##### 14.6.1 Modalités de financement :

Sur la base des différentes expérimentations en cours, nous solliciterons auprès des financeurs :

Agence Régionale de Santé :

Une dotation globale en année pleine de 171 400 euros, nous solliciterons un fonds autonomie auprès du PAERPA sur la base de 10 950 journées (30 usagers x 365 jours) annuelles.

Une participation mensuelle de l'utilisateur qu'il conviendra de définir (50 euros)

Ou 5€/jour et un abonnement à la téléassistance de 24€/mois.

Ressources	Charges	Recettes
Ressources humaines	165 400	
Astreintes	18 200	
Fournitures administratives	500	
Fournitures informatiques	2 000	
Communication équipement	4000	
Véhicules	15 000	
Participation usagers		18 000
Mise à disposition par l'EHPAD		
	207 340	18 000

Les documents budgétaires présentés devront faire apparaître les sommes mutualisées et dédiées au pôle de services avec la participation des bénéficiaires.

#### 14.7 Calendrier de mise en œuvre :

L'enjeu de ce calendrier est de mettre en œuvre tous les facteurs clés de succès permettant de pérenniser l'activité du dispositif.

Il s'agit d'être très réactif pour apporter rapidement les axes d'amélioration suite à la première évaluation à mi-parcours et aux retours d'expérience.

Le souhait de la CNSA est de mettre à la disposition des financeurs et des porteurs de projets, gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux un cadre d'analyse harmonisé de toutes ces solutions poursuivant un même objectif de soutien renforcé au domicile. Nous pourrions déployer l'outil d'analyse multidimensionnel d'un dispositif

renforcé pour le soutien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie<sup>122</sup> créé en mars 2019 par la CNSA.

## Chapitre 15 - Réflexions sur l'apport des nouvelles technologies

**Les plus de soixante ans représentent aujourd'hui un quart de la population française, à l'horizon 2060, 23 millions de personnes auront atteint cet âge soit un tiers des français**<sup>123</sup>

Selon une étude de la Direction Générale des Entreprises, 90 % des français considèrent qu'il est préférable de vieillir dans son logement plutôt qu'en maison de retraite<sup>124</sup> .

Depuis plusieurs années, le monde connaît une nouvelle révolution technologique, celle des objets connectés. Quatre milliards en 2010 et on en compterait cinq fois plus actuellement sur le périmètre mondial.

**Selon les divers instituts, entre 30 et 80 milliards d'objets connectés seront déployer mondialement en 2020**<sup>125</sup>.

Montres, balances, lunettes, lits, réfrigérateurs., les concepteurs de l'internet des objet (IoT) se lancent dans le domaine de la santé et des gérontechnologies.

Le vieillissement de la population est un champ d'opportunité pour les industriels, il y a des besoins émergents. La population qui vieillie de mieux en mieux à une envie de continuer à bien vivre malgré l'avancement de l'âge.

---

<sup>122</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_d-utilisation\\_projet\\_de\\_dispositif\\_renforce](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_d-utilisation_projet_de_dispositif_renforce)

<sup>123</sup> Projection de la population à l'horizon 2060 selon l'INSEE, l'institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

<sup>124</sup> Etude de la Direction Générale des Entreprises DGE

<sup>125</sup> 30 milliards pour Gartner, 50 milliards selon Cisco et 80 milliards d'après Idate

## 15.1 L'objet connecté pour quelle offre ?

L'objet connecté est une des solutions pour accompagner la perte progressive d'autonomie, sécuriser les personnes et leur permettre de continuer à être autonome.

La modernisation passe par le domicile<sup>126</sup>, ou l'objet connecté commence à trouver sa place dans le logement, ou il sera utilisé pour faciliter les actes de la vie quotidienne, suivre l'activité du senior et gérer des situations à risque.

Mais nous pouvons nous interroger sur l'utilité de ces outils technologiques censés améliorer le quotidien des seniors.

*« La technologie est souvent présente pour rendre un service mais pas forcément pour la personne âgée. L'exemple d'un outil de surveillance qui permet avant tout de sécuriser l'entourage »*

*« L'offre actuelle est surtout adressée à l'aidant »* selon le docteur en sociologie Alexandre Duclos, chef de projet chez Madopa<sup>127</sup>, Centre Expert de Technologies et Services pour le Maintien en Autonomie à Domicile.

La demande tourne avant tout sur un allègement des coûts d'investissement, un besoin de sécurisation et une diminution du coût financier et social de la prise en charge des personnes âgées.

**On peut s'interroger sur les objectifs de la Silver économie, qui propose souvent une offre qui cherche sa demande.**

## 15.2 Pour quelle solution ?

La télésanté est présentée comme une solution « miracle » face à la diminution du nombre d'aidants familiaux et aux coûts des professionnels. *« Une efficacité accrue serait obtenue en réduisant le nombre de professionnels et en augmentant « l'auto-management » des*

---

<sup>126</sup> 6% des logements sont adaptés à la perte d'autonomie et 450 000 chutes ont lieu chaque année dont 62% à domicile : sources INSEE.fr, gouvernement.fr, DGE.fr

<sup>127</sup> Madopa.fr c-construire, expérimenter et évaluer des solutions pour la santé et l'autonomie

*patients, mais cela présente un risque important de déshumanisation des soins et à l'isolement du patient».*<sup>128</sup>

### **L'IoT pour les séniors doit répondre à un usage et créer du lien social.**

L'industrie de la Silver économie doit s'employer à replacer l'usage au cœur de la technologie plutôt que proposer une offre d'innovations technologiques fondée sur des besoins créés par les services marketing des industriels.

### **15.3 Quels risques ?**

Pour qu'une personne âgée accepte une nouvelle technologie chez elle, il faut qu'elle soit parfaitement fiable et particulièrement adaptée à ses besoins et facile d'utilisation et qu'elle seconde tous les aidants et intervenants.

**La fiabilité des dispositifs doit être absolue notamment dans le cas des personnes en situation de fragilité.**

**Actuellement quelle technologie peut se targuer aujourd'hui de ne jamais tomber en panne ?**

Un autre risque est à soulever, à savoir celui lié au fait que la technologie se substitue à l'humain : favoriser le bien vieillir dans le respect des droits et de la dignité des personnes âgées exige des services présentsiels. **Il s'agit d'une question sociétale et éthique.**

Pour les personnes âgées isolées à domicile, le passage des auxiliaires de vie pour superviser la prise de médicaments et le repas sont souvent leurs seules visites.

Selon Jawad Haijam directeur de développement du Centich, le Centre d'Expertise National des Technologies de l'Information et de la Communication pour l'Autonomie,

*« La technologie ne doit pas remplacer mais doit faciliter, les technologies doivent être un prétexte à plus d'interactions avec les infirmières, les services d'aide à domicile, les*

---

<sup>128</sup> Hervé Michel, Hélène Prévôt-Huille, Robert Picard : l'Avenir des Silver Tech –Presse de l'EHEST 2018

*aidants familiaux. Il doit faciliter l'ouverture sur le monde et apporter du lien social dans le respect des enjeux éthiques du vieillissement. »*

**Les IoT<sup>129</sup> font déjà parti des solutions qui permettent d'accompagner le vieillissement,**

La diffusion de solutions numériques et des objets connectés aux domicile des seniors et des personnes âgées, couplés à des services présentsiels et à distance peut contribuer à prévenir les risques de santé et de perte d'autonomie et favoriser l'accès aux soins des services d'aide.

Néanmoins, l'amalgame des technologies pose problème, les technologies sont présentées comme si elles faisaient parties d'un ensemble indifférencié et avaient toutes les mêmes fonctions.

*« Il faut tirer des enseignements des expériences pour encadrer les pratiques tout en s'alimentant des nouveaux usages qui pourront apparaitre, de manière à redéfinir les objectifs des technologies »<sup>130</sup>*

Il faudra privilégier les technologies les plus intégratrices type « tout en un », matériel multi-fonctions incluant, le lien social, la stimulation cognitive, le self monitoring, les appels facilités des urgences et l'intégration du DMP.

---

<sup>129</sup> [https://fr.wikipedia.org/wiki/Internet\\_des\\_objets](https://fr.wikipedia.org/wiki/Internet_des_objets) : L'Internet des objets, ou IdO (en anglais Internet of Things, ou IoT) est l'interconnexion entre Internet et des objets, des lieux et des environnements physiques. L'appellation désigne un nombre croissant d'objets connectés à Internet permettant ainsi une communication entre nos biens dits physiques et leurs existences numériques.

<sup>130</sup> Hervé Michel, Hélène Prévôt-Huille, Robert Picard : l'Avenir des Silver Tech –Presse de l'EHEST 2018-

## Conclusion

---

« Les vieillards ont besoins d'affections comme de soleil.

C'est de la chaleur »

Victor Hugo

Le vieillissement de notre société est un **changement de paradigme**. Ce changement doit avoir un impact sur la conception du système de santé et il implique une réorganisation en profondeur du secteur sanitaire, social et médico-social.

Le vieillissement offre une chance de mener une réflexion sur le vivre ensemble avec de nouveaux concepts et de « **réorganiser le cycle de vie** »<sup>131</sup> au sein d'une société française prenant en compte la mesure du vieillissement de sa population.

La situation des personnes âgées subissant une perte de leur indépendance est une **situation complexe qui échappe à la norme**.

Le véritable défi sera de favoriser et diversifier les alternatives à l'institutionnalisation, il s'agit d'une réelle **démarche d'innovation sociale**<sup>132</sup> : dans la santé et le médico-social, le parcours s'affirme comme le nouveau enjeu d'un accompagnement en prise sur le projet de vie et les situations successives de la personne ,pour mieux orienter le dispositif, l'accompagner et le financer<sup>133</sup>. Dès 2007, la CNSA dressait le constat de la limite du système actuel<sup>134</sup>.

Dans un contexte économique, ou la tendance de fond vise à réduire le temps et les coûts, l'EHPAD du futur connaîtra plusieurs évolutions permettant de dépasser la notion

---

<sup>131</sup> Nicolas Baverez, « solidarité familiale, solidarité collective à l'âge de la mondialisation, dans Hugues Fulchiron, les solidarités entre générations » Bruylant 2013 p.689

<sup>132</sup> Loubat, J.-R., Hardy, J.-P., et Bloch, M.-A., Piveteau, D. (préf.). (2016). Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod

<sup>133</sup> Laprie B., et Minana, B. (2017). Innover en institution sociale et médico-sociale. Paris ESF

<sup>134</sup> Rapport de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, construire un nouveau champ de protection sociale 2007



binaire « institution/domicile », le maintien à domicile étant un réel défi pour les prochaines années.

**Il devra répondre aux enjeux du vieillissement**, avec comme corollaire une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité, avec une augmentation des personnes vivant de plus en plus longtemps avec de plus en plus de maladies aiguës ou chroniques, de déficiences, de handicap et de souffrances inhérentes à leur état de santé. **le vieillissement général de notre population génère des situations de grandes fragilité**<sup>135</sup>.

L'institution de demain doit constituer **une ressource à l'échelon territorial** et renforcer sa coopération avec les acteurs du territoire. Il sera **une véritable interface des différents champs (sanitaire, social et médico-social)**.

Il doit être conçu comme une **plateforme de ressources et de coordination**, permettant un **accompagnement gradué**, temporaire ou permanent et **proposant une expertise et/ou des prestations à destination des personnes âgées vivant à domicile sur son territoire**.

Cette organisation permettra **d'éviter les risques de rupture** par une connaissance renforcée et un suivi régulier des personnes sur les plans sociaux, psychologiques et médicaux.

Pour favoriser le développement du « vieillir chez soi » il faudra **valoriser les intervenants professionnels de l'accompagnement**.

Il sera nécessaire de les **doter d'outils leur permettant de surmonter leurs difficultés** lorsqu'ils **sont confrontés à des questions éthiques**, notamment celle du consentement, celle des droits fondamentaux de la personne âgée et celle de la mort. « *Les accompagner afin qu'ils trouvent l'équilibre entre deux éthiques concurrentes : celle de la protection et celle de l'autonomie de la personne* ».<sup>136</sup>

---

<sup>135</sup> Antoine Bozio, Agnès Gramain, Cécile Martin avec la contribution d'André Masson « Quelles politiques publiques de la dépendance » les notes du Conseil d'Analyse économique n° 35 octobre 2016

<sup>136</sup>[managersante.com/2019/07/22/recommandations-bonnes-pratiques-ou-charte-ethiques-un-remede-contre-lisolement-normatif-dans-le-secteur-de-laccompagnement-a-domicile/](https://managersante.com/2019/07/22/recommandations-bonnes-pratiques-ou-charte-ethiques-un-remede-contre-lisolement-normatif-dans-le-secteur-de-laccompagnement-a-domicile/)

L'institution fera face à un **enjeu de fonctionnement en réseau**, et le développement de la **coopération**<sup>137</sup> notamment avec les structures sanitaires et les structures proposant une offre complémentaire sur le territoire.

Cela exigera **de nouvelles modalités de gouvernance**<sup>138</sup>, une démarche forte sur les Ressources Humaines pour rendre attractif les métiers de la gérontologie et proposer des projets de parcours professionnels. Pour les directeurs d'établissement, il **s'agira également de développer de nouvelles compétences managériales**<sup>139</sup>.

*« On ne peut plus raisonner sur un modèle unique admis de tous, ni se référer à des valeurs collectivement partagées. Les valeurs n'ont pas disparu, mais elles sont portées par les individus de façon diversifiées, fragmentées et évolutives. (...) Dans l'univers de la complexité les responsables ont intérêt à pratiquer une véritable « écologie de l'esprit » qui consiste à adapter son mode de pensée à l'environnement et à la nature des enjeux, et à se considérer comme faisant partie intégrante de la complexité qu'on veut piloter (...) »*<sup>140</sup>.

**Un basculement générationnel est sur le point de s'opérer dans la direction des associations**, des établissements et services sociaux et médico-sociaux. *Une génération part en retraite, une nouvelle génération de dirigeants va prendre sa succession et devoir se hisser à un **niveau de complexité de gestion des structures peut-être jamais égalé**. Elle le fera « en prenant la mesure des enjeux inédits de direction et de gouvernance de ces structures, qu'elle les aura pensés et qu'elle se sera appropriés les outils, les méthodologies et les techniques adéquats. »*<sup>141</sup>.

**L'évolution de l'EHPAD de demain rejoint l'enjeu de l'adaptation de l'offre médico-sociale**, à savoir une plus **grande diversification**, permettant de **s'adapter aux besoins évolutifs** des personnes accompagnées, d'une médicalisation accrue (interne et par

---

<sup>137</sup> Coopérer ne va pas de soi ! comment créer la confiance entre partenaires, presse Anap août 2018, Anap.fr

<sup>138</sup> Dubreuil, B, et Janvier, R. (2018). Conduire le changement en action sociale. Mutations sociétales, transformation des pratiques et des organisations ESF.

<sup>139</sup> Lefèvre, P., Loubat, J.-R. Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod 4e édition 2016

<sup>140</sup> Genelot D., « Manager dans la complexité ; Réflexions à l'usage des dirigeants", 2011, 361 pages.

<sup>141</sup> Batifoulier, F 2014 Manuel de direction en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod.

convention avec le secteur sanitaire), d'une plus grande spécialisation, permettant d'assurer l'accompagnement de publics spécifiques.

Du fait de son **expertise liée à ses compétences internes et à ses partenariats**, mais également de la **diversité de l'offre** qu'il apporte, l'EHPAD pourra se positionner comme une ressource mobilisable au sein de l'offre gérontologique du territoire.

Le modèle de l'EHPAD de demain **diffuse des connaissances sur le territoire** (lieu de ressources et de formations), afin de permettre l'accompagnement de personnes âgées à domicile. **La complémentarité entre l'EHPAD et les structures intervenant à domicile doit être renforcée**, avec une perméabilité du personnel (assurer le suivi à domicile et en EHPAD par les mêmes professionnels).

Ce **changement fondamental** de positionnement conduira à une **évolution en profondeur des politiques des autorités de tutelle (Agence Régionale de Santé et Conseil Départemental)** vers une **clarification de la gouvernance territoriale** ainsi qu'à une plus **grande fongibilité<sup>142</sup> dans les financements**, la **politique actuellement conduite à l'égard des personnes âgées étant loin d'être efficiente**. Il s'agira également de prévoir les **évaluations nécessaires pour une modélisation et une généralisation performantes du concept**.

C'est en définissant **le cadre d'une nouvelle offre permettant le libre choix de la personne âgée en situation de perte d'autonomie proposant un véritable projet de vie, dans le respect de ses droits et de sa dignité**, que nous répondrons à la volonté des séniors de vouloir vieillir chez soi jusqu'au plus tard possible.

---

<sup>142</sup> La fongibilité asymétrique est un principe comptable établi en France par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), qui permet à un gestionnaire d'utiliser des crédits pour des dépenses pour lesquelles elles n'étaient pas prévues à l'intérieur d'un programme

## Sitographie

---

DREES, *data-DREES études et statistiques* [en ligne], mise à jour Mars 2019, disponible sur : [http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF\\_ActivePath=P,371,372,639](http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,371,372,639)

DRJSCS Haut de France, *Conférence de presse INSEE / DRJSCS Hauts-de-France : une région fortement touchée par différentes formes de fragilités sociales*, Mai 2018, Disponible sur : <http://hauts-de-france.drjscs.gouv.fr/spip.php?article1776>

INSEE, Statistiques, *Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements* [en ligne]. Marie-Dominique Minne, Insee, Isabelle Leroux, Drees, décembre 2016, disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2513082#graphique-figure2>

Insee, Statistiques, *Estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2019* [en ligne], janvier 2019, Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198#consulter>

Insee, Statistiques, *Une région fortement touchée par les différentes formes de fragilités sociales* [en ligne], Mars 2018. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3371858>

ARS Haut de France, « Présentation du PRS 2018-2022 dans les hauts de France, <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-prs-2018-2022-dans-les-hauts-de-france>

## Bibliographie

---

### Ouvrages

1. Batifoulier, F. (dir.). (2014). Manuel de direction en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod.
2. Bauduret, Jean-François ; Gauthier Pierre De l'esprit des lois à la transformation des pratiques /, préf.. - 2e édition. - Paris [FRA] : Dunod, 2017. – 333 pages.
3. Charleux, F., et Jouve, S. (2013). Réussir l'évaluation interne et externe en institution sociale et médico-sociale. Issy-les-Moulineaux : ESF

4. Dubois-Pot, J.-P. (2016). Le cadre institutionnel de l'action sociale. Qui fait quoi ? Paris : ASH. Dubreuil, B, et Janvier, R. (2018). Conduire le changement en action sociale. Mutations sociétales, transformation des pratiques et des organisations. Issy-les-Moulineaux : ESF.
5. Dubreuil, B., Fredj, B., Marhadour, M., Raquin, D. (2013). Le travail de directeur en ESMS. Paris : Dunod.
6. Laprie, B., et Minana, B. (2017). Innover en institution sociale et médico-sociale. Paris : ESF.
7. Lefèvre, P., Loubat, J.-R. (préf.). (2016). Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod. 4e édition,
8. Loubat, J.-R., Hardy, J.-P., et Bloch, M.-A., Piveteau, D. (2016). Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod.
9. Loubat, J.-R. (2017). Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod
10. Loubat, J.-R. (2015). La démarche qualité en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod
11. Loubat, J.-R. (2014). Penser le management en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod.
12. Martel, J.-F de. (2015). Réglementation administrative et financière des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Paris : Dunod.
13. Noble, F., et Bouffin, G. (2015). Entreprendre et diriger en action sociale. Gouvernance, dirigeance et management associatifs. Paris : Dunod.
14. Parriat-Sivré, Marie-Christine, Benmoussa, Gwladys, Chevreux, Vincent; Institutions et acteurs de l'action sociale / et al.. - 3e édition. – Malakoff, Foucher, 2016. – 266 pages.
15. Dubois-Pot, Jean-Pierre Le cadre institutionnel de l'action sociale : Qui fait quoi ?. 2e édition. - Rueil Malmaison [FRA] : Editions ASH, 2016/08. – 206 pages.
16. Löchen, Valérie, Comprendre les politiques sociales /. - 5ème édition. - Paris [FRA] : Dunod, 2016. – 458 pages.

17. Parriat-Sivré Marie-Christine, Benmoussa Gwladys; Chevreux, Vincent; Mise en oeuvre des politiques sociales - 3e édition. - Malakoff [FRA] : Foucher, 2016. – 271 pages
18. Peroz, Jean-David Les politiques sociales en France. - 2e édition. - Paris : Dunod, 2015. – 203 pages.
19. Hervé Michel, Hélène Prévôt-Huille, Robert Picard : l'Avenir des Silver Tech – Presse de l'EHEST 2018- 383 pages
20. Guy Bellemare, Paul-André Lapointe , relations industrielles. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2006, 330p.

### Etudes et rapports :

1. *EHPAD, vers de nouveaux modèles* KPMG 2015, kpmg.fr
2. *Personnes Âgées Dépendantes :17 propositions de prise en charge globale, coordonnée et efficiente* - Fepem et KPMG 2015
3. Rapport Libault « Concertation grand âge et autonomie » mars 2019
4. Synerpa, publication « Horizon 2030 »
5. Synerpa « Les seniors : chantier de la décennie, repères pour 2025 »
6. *Observatoire des EHPAD 2014* KPMG
7. Enquêtes *DRESS EHPA 2011 et 2015*,
8. Enquête *DREES, « les retraités et les retraites panorama 2016 »*
9. Schéma Régional de Santé 2018-2023 de l'ARS Haut de France,
10. Rapport « *La normalisation, un outil stratégique pour la silver économie* » juillet 2015 Afnor
11. Etude ANAP « Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social : « Premiers enseignements » juin 2018
12. « *Coopérer ne va pas de soi* », Alain Arnaud, Metty Mavounia, Pierre Peron, Elsa Ptakine, août 2018 Anap.fr
13. *Guide de l'habitat inclusif*, CNSA DGCS novembre 2017
14. Etude « *Long-Term Care 2030* » European ageing network former EDE / EAHSA 2019

15. Etude Ifop / Sociovision - Février 2019 « *les seniors et les offres de services à la personne* » à la demande de la Fédération du Service aux Particuliers
16. Etude « *les enjeux du vieillissement de la population : Ehpad hors les murs et domicile connecté* » Génératio / Mixing Génération 2018
17. « *Ehpad de demain, vers la création de pôles ressources gérontologiques locaux ?* » CREA I Pays de Loire
18. Allen J, Ottmann G, Roberts G. Multi-professional communication for older people in transitional care : a review of the literature, International Journal of Older People Nursing. 2012 Feb
19. Baker A., Leak P., Richie L. Lee A., Flielding S., *Anticipatory care planning and integration*, British Journal General Practice, 2012, e112-e120
20. Consultation citoyenne Make.org « comment mieux prendre soin de nos aînés » octobre – décembre 2018

## **Annexes**

---

**ANNEXE 1 : Organisation du pôle de coordination**

**ANNEXE 2 : Processus type d'admission**

**ANNEXE 3 : Exemple de moyens technologiques mis à disposition**

**ANNEXE 4 : schémas d'organisation et de fonctionnement du pôle de coordination**

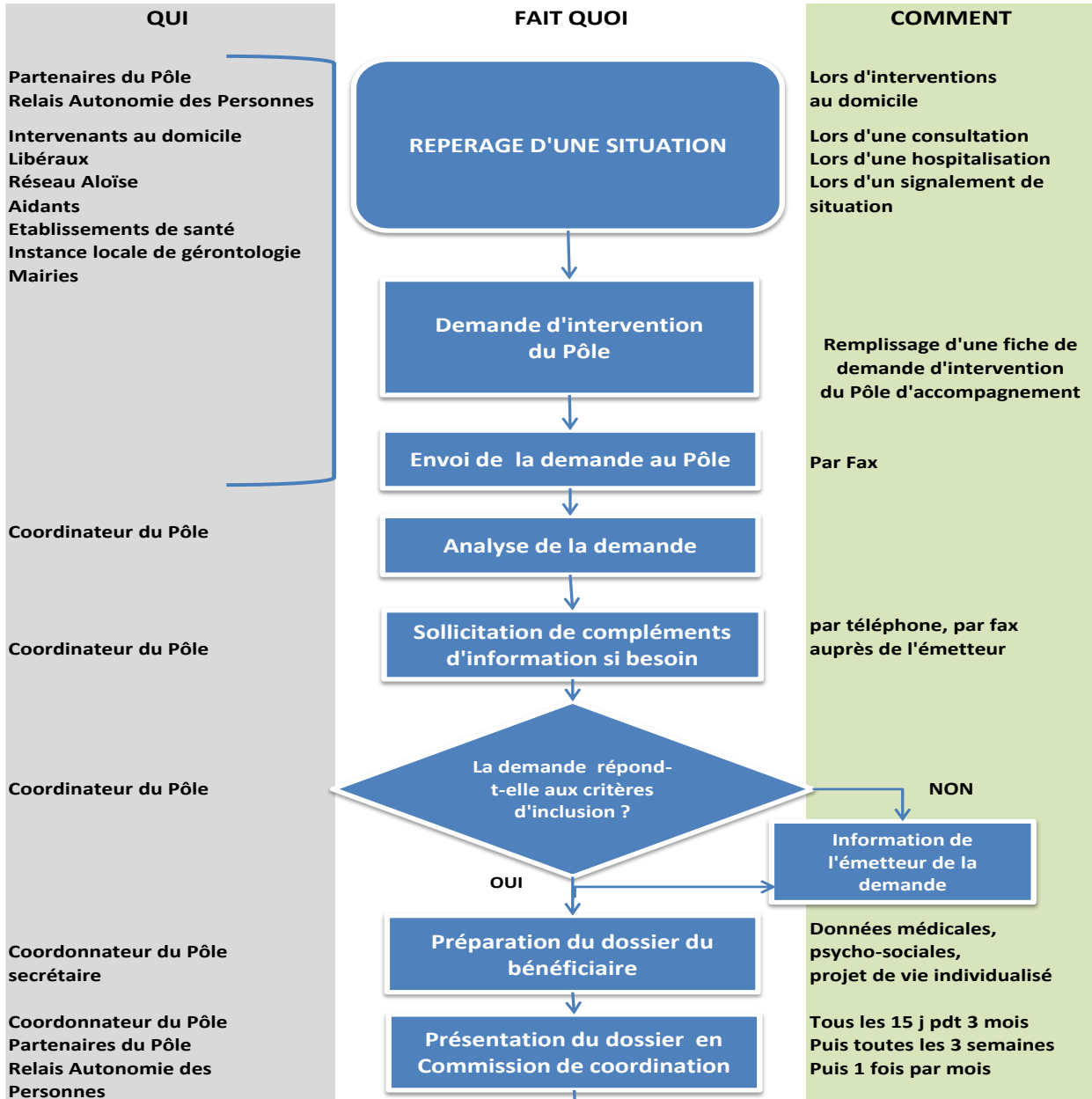
**ANNEXE 5 : Grille de caractérisation innovation sociale Avise**

**ANNEXE 6 : Organigramme de l'EHPAD Maison Saint Jean**

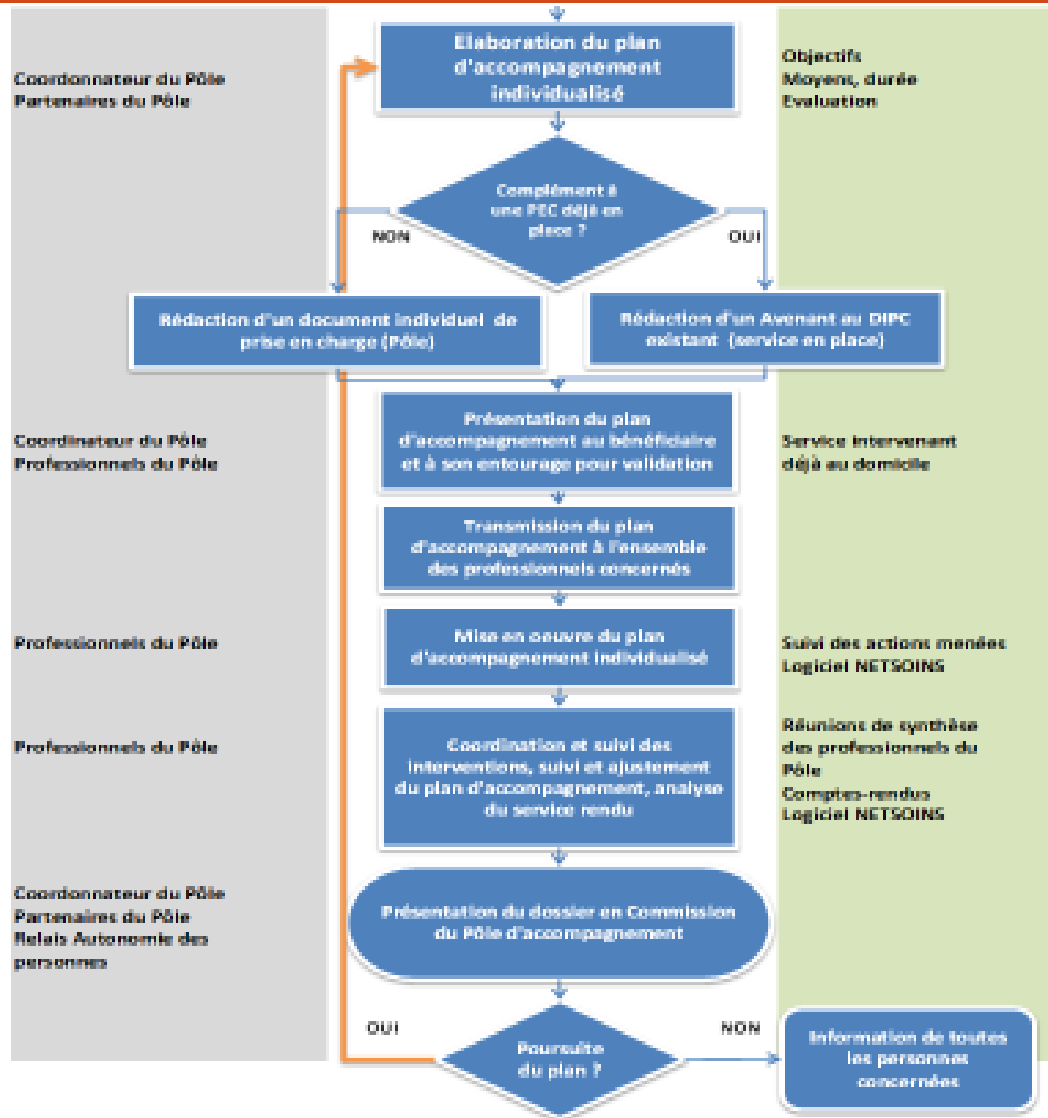


## ANNEXE 1 : Organisation du pôle de coordination

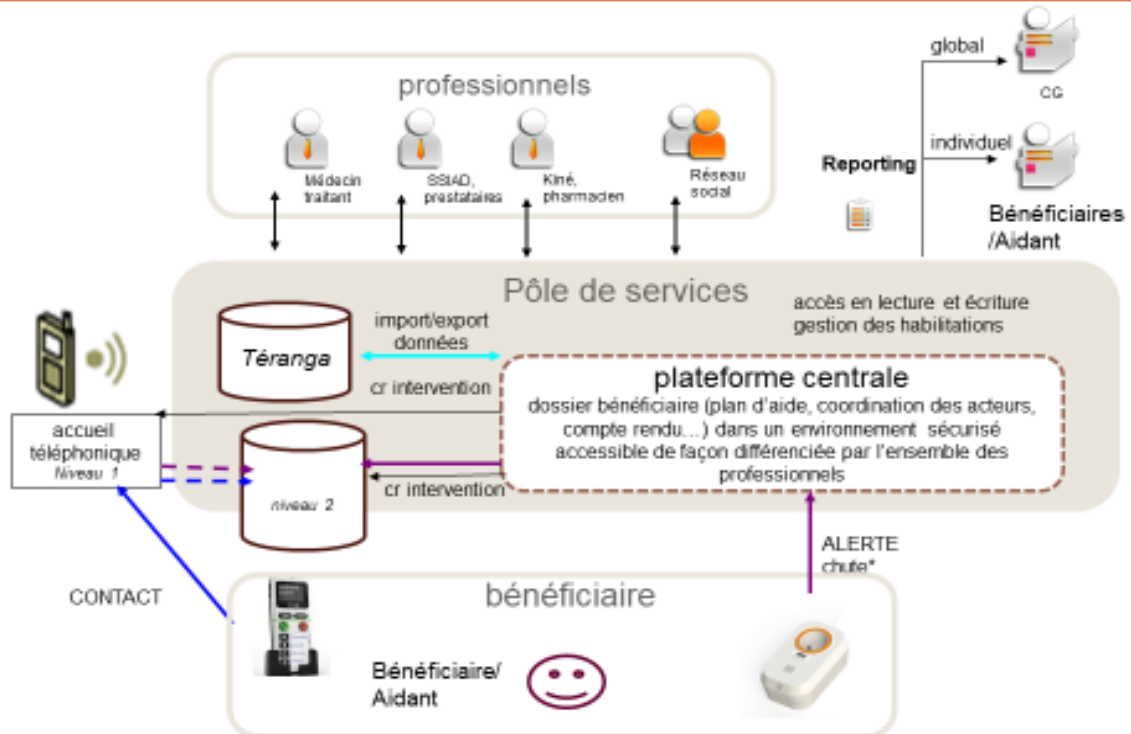
### ORGANISATION ET MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DU PÔLE DE COORDINATION ET D'ACCOMPAGNEMENT



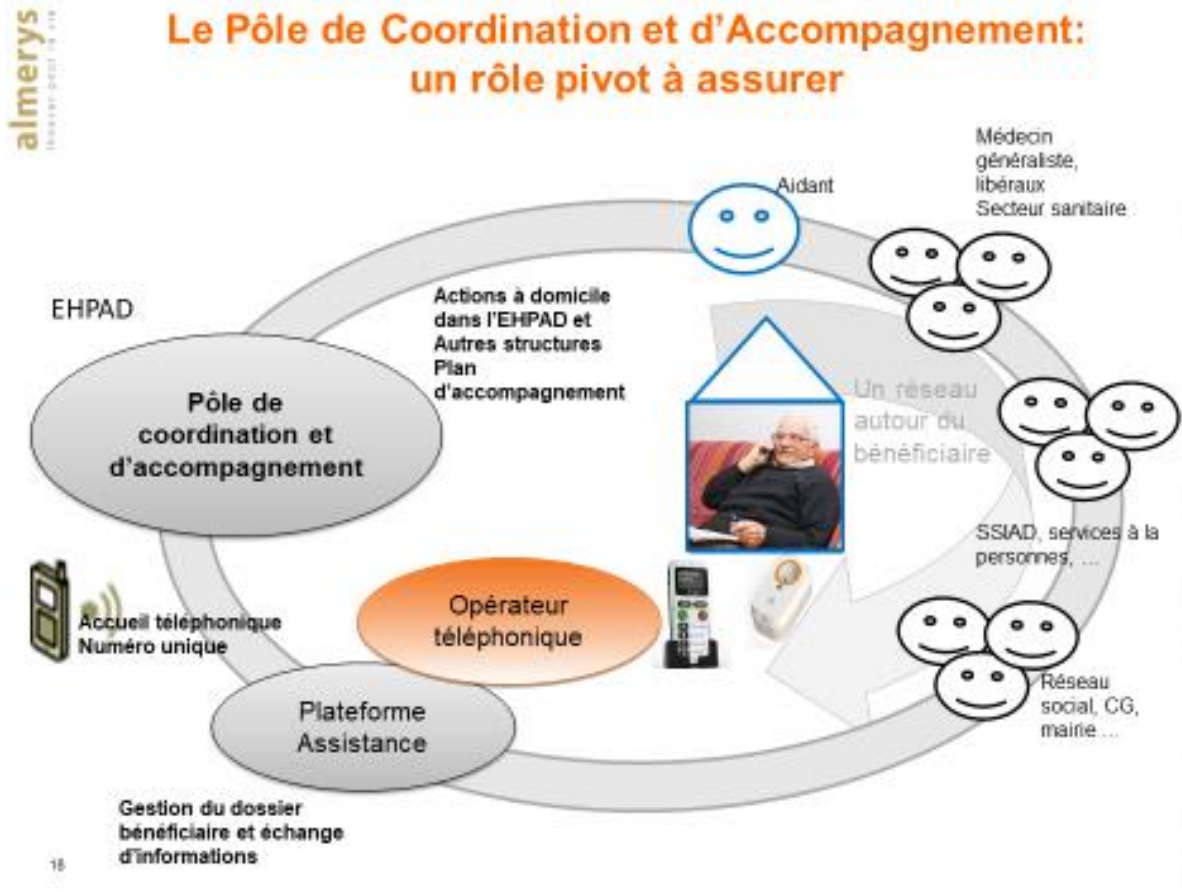
**ANNEXE 2 : Processus type d'admission**



**ANNEXE 3 : Exemple de moyens technologiques mis à disposition**



### ANNEXE 4 : Exemple d'organisation du pôle de coordination



## ANNEXE 5 : Grille de caractérisation innovation sociale Avise

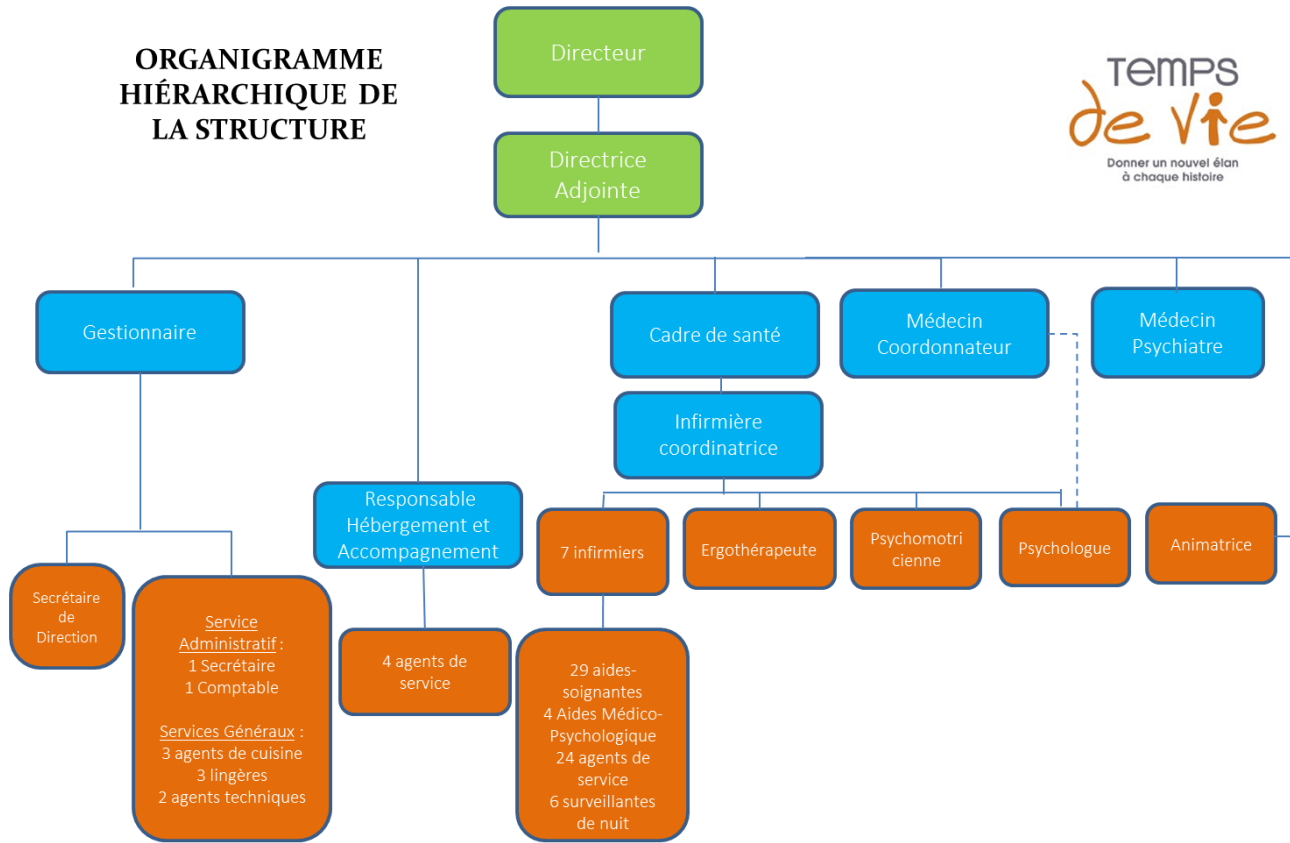
**GRILLE DE CARACTERISATION**  
**innovation sociale**

Réponse à un besoin social mal satisfait	
n°1	Un <b>besoin social</b> sur le territoire d'implantation, ainsi que l' <b>insuffisance des réponses</b> à ce besoin disponibles sur ce territoire, sont explicitement identifiés.
n°2	La volonté de mettre en œuvre une réponse nouvelle qui apporte de la valeur par rapport à ce besoin social est inscrite explicitement comme la <b>raison d'être</b> du projet. Indicateurs : - Inscription de cette finalité dans l'objet social, les statuts, le pacte d'actionnaires (quand il s'agit d'une entreprise sociale) / dans le business plan du projet (quand il s'agit d'un projet socialement innovant porté par une entreprise lambda) - et/ou : subordination des autres finalités à cette finalité sociale, notamment limitation de la lucrativité (ex : encadrement de la rémunération des apports en fonds propres, encadrement de l'échelle des salaires, excédents majoritairement réinvestis dans le projet)
n°3	En amont, le projet se donne les moyens d'évaluer la pertinence de la réponse apportée au besoin social (outils et indicateurs). A terme, l' <b>impact</b> du projet sur la résolution du <b>besoin social</b> identifié est positif, mesuré de manière explicite et rigoureuse (quantitativement et/ou qualitativement).
n°4	Le projet s'inscrit dans le <b>long terme</b> (réponse durable aux besoins sociaux), ce qui se traduit notamment par un <b>modèle économique viable</b> , permettant son équilibre économique à l'horizon +/- 3 ans.
n°5	Le projet se conçoit comme une expérimentation qui a vocation à <b>changer d'échelle et/ou à inspirer de nouveaux projets</b> sur d'autres territoires. Cela se traduit par des faits, par exemple : - Les porteurs du projet mettent en œuvre des démarches concrètes pour essaimer (ex : former de nouveaux acteurs sur d'autres territoires) - D'autres acteurs manifestent leur intérêt pour implanter le projet sur leur territoire - Les porteurs du projet mettent en œuvre des démarches destinées à irriguer et influencer les politiques publiques
Génération d'autres effets positifs	
n°6	Le projet a un <b>impact positif</b> et mesuré, direct ou indirect, sur le <b>développement économique</b> , par exemple en termes de création d'emplois durables
n°7	Le projet a des impacts positifs et mesurés sur d'autres <b>besoins sociaux</b> .
n°8	Le projet est sensible à son <b>impact environnemental</b> et s'attache à ce que celui-ci ne soit pas négatif.
n°9	Le projet <b>suscite d'autres innovations</b> (grappes d'innovations), la création/structuration d'une nouvelle filière, contribue au renouvellement du secteur d'activité/ du territoire.
Expérimentation et prise de risque	
n°10	La <b>mise en œuvre du projet présente des risques</b> . En amont (R&D), il y a des <b>verrous et incertitudes réels</b> à lever pour mettre au point la réponse envisagée. Et/ou, au moment de la mise à disposition de l'offre aux usagers, le caractère nouveau de l'offre court le <b>risque de se heurter</b> à des tensions et résistances des acteurs existants, ou à la non-appropriation par le public visé.
n°11	La réponse est effectivement nouvelle par rapport à l'état du marché sur le territoire : elle est <b>nettement distincte des solutions</b> disponibles sur ce territoire. Dans le cas où la réponse s'inspire de projets existants sur d'autres territoires, elle <b>s'attache à s'adapter aux besoins spécifiques de son territoire</b> : elle est une transposition, et non une duplication. La réponse est effectivement <b>plus adaptée</b> pour répondre au besoin social que les solutions alternatives disponibles sur ce territoire (améliorations manifestes, création de valeur).
n°12	Le projet est porté par une équipe ou un collectif d'acteurs, qui développent une <b>culture d'innovation</b> manifeste (accent sur la créativité, encouragement des recherches de solutions inédites) et disposent de <b>compétences complémentaires</b> (multidisciplinarité).
n°13	Recours à des chercheurs et/ou des experts de terrain pour <b>développer une expertise</b> pour lever les verrous et incertitudes et gérer les risques.
n°14	Le projet est d'abord déployé sur un <b>mode expérimental</b> : phase test, avec un processus formalisé d'évaluation et d'ajustements par essais-erreurs.
n°15	La structure qui porte le projet a la <b>capacité financière</b> à supporter les risques et la temporalité longue liés au processus d'innovation : fonds propres / tour de table permettant l'engagement de partenaires financiers
Implication des acteurs concernés	
n°16	L'équipe qui porte le projet <b>cherche à impliquer les bénéficiaires visés</b> dans l'identification du besoin social mal couvert (enquête pour recueillir leurs besoins) et/ou dans la <b>co-construction de la réponse</b> innovante à ce besoin et/ou dans la <b>validation</b> de la pertinence de cette réponse (enquête de satisfaction, participation au processus d'amélioration)
n°17	Différentes <b>parties prenantes du territoire / de la filière</b> sont impliquées dans l'identification du besoin social mal couvert et/ou la <b>co-construction de la réponse</b> innovante à ce besoin et/ou la <b>validation</b> de la pertinence de cette réponse : acteurs publics (collectivités territoriales...) et acteurs privés (associations, entreprises, regroupements d'entreprises...);
n°18	Les <b>bénéficiaires</b> sont impliqués dans la <b>mise en œuvre opérationnelle</b> du projet.
n°19	Différentes <b>parties prenantes du territoire / de la filière</b> , publics (collectivités territoriales...) et privés (associations, entreprises, regroupements d'entreprises...), sont impliqués dans la <b>mise en œuvre opérationnelle</b> du projet (partenariat ou participation directe).
n°20	Les diverses catégories de parties prenantes (bénéficiaires, acteurs privés et publics du territoire / de la filière...) sont impliquées dans la <b>gouvernance</b> du projet. (ex : participation au CA / comité de pilotage d'une partie prenante différente des apporteurs de capitaux)
n°X	Critère social
n°X	Critère complémentaire

Disponible sur [www.avisc.org](http://www.avisc.org)  
© Avise

**ANNEXE 6 : Organigramme EHPAD Maison Saint Jean Laventie :**

**ORGANIGRAMME  
HIÉRARCHIQUE DE  
LA STRUCTURE**



**Légende:**  
 — : Lien hiérarchique  
 - - - : Lien fonctionnel

PEYRON Yves

**Quel projet de vie pour la personne âgée en perte d'autonomie restant à son domicile ? Enjeux et proposition de solutions pour une prise en charge coordonnée et efficiente.**

L'hypothèse développée pour répondre à cette problématique s'appuie sur les rapides évolutions démographiques, sociétales et des **politiques de santé** actuelles, qui tendent à favoriser le **maintien à domicile** des personnes âgées en situation de dépendance. Elles invitent les acteurs du secteur médico-social à repenser le cadre de l'**EHPAD**. Face à la multiplication des solutions alternatives et complémentaires à l'EHPAD et au maintien à domicile. Elles interrogent l'EHPAD dans sa capacité à répondre aux aspirations et **besoins** des séniors dans l'avancée en âge. Les conséquences des maladies neuro-dégénératives dans l'accompagnement quotidien des **aidants familiaux** peuvent remettre en question les **limites** du **soutien à domicile** dans le juste respect des droits de chacun. Sur la base de plusieurs **expérimentations** qui mettent en avant l'intérêt de proposer des solutions d'accompagnement innovantes, une proposition d'un **projet innovant** de prise en charge coordonnée et efficiente de la personne âgée à domicile à partir d'un établissement **plateforme de ressources**, permet de répondre à la problématique.

Mots clés : Enjeu, politiques de santé, maintien à domicile, EHPAD, limites, soutien à domicile, projet innovant, efficiente, plateforme de ressources

**What Life project for the elderly person in lack of autonomy staying at home ? Stake and proposing solutions coordinated and efficient providing care.**

The assumption developed to respond the challenge is based on the process of rapidly demographic and societal changing. Current **health policies** tend to favor the **maintenance at home** of dependant elderly persons. They invit actors in medical and social sector to rething the framework of the **nursing house** model. The multiplication of alternative and complementary solutions to nursing homes and homecare questions about the nursing home ability to meet the aspirations and needs of seniors as they grow in age.

Consequences of neurodegenerative diseases call into question this wish of elderly in daily care of family carertakers, make it necessary to question the **limits** of this **home support** in due respect for everyone's rights. On the basis of several experiments, an **innovative proposal** is detailed for a better coordination and **efficient** of eldely people living at home management, from nursing home **resource platform** to answer to the stake

Keywords : Stake, health policies, maintenance at home, nursing house, limits, home support, innovative proposal, efficient, resource platform.