



HAL
open science

Plateforme gérontologique territoriale : l'EHPAD de demain ?

Nicolas Reilhac, Delphine Salgues Comaills

► **To cite this version:**

Nicolas Reilhac, Delphine Salgues Comaills. Plateforme gérontologique territoriale: l'EHPAD de demain ?. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03511857

HAL Id: dumas-03511857

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03511857>

Submitted on 5 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MOMA

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ POUR L'OBTENTION DU

MASTER 2 MANAGEMENT STRATEGIQUE DES ORGANISATIONS DE SANTE

Option « sanitaire » / Option « médico-social »

Plateforme Gérontologique Territoriale : L'EHPAD de Demain ?

Présenté par :

REILHAC Nicolas

SALGUES COMAILLS Delphine

Jury :

Directeur du jury : Pr. I GEORGESCU, Professeur des Universités - Science de Gestion

Directeur du mémoire : Docteur M. NOGUES, Ex-Directeur délégué CARSAT LR

Jury professionnel : M. M. BASTELICA – Directeur Exploitation de la Résidence ORPEA

Les Monts d'Aurelle

Année :

17 septembre 2021

Table des matières

Liste des Abréviations.....	6
Remerciements	8
Introduction.....	9
Partie 1 : Revue de Littérature	13
I) Analyse contextuelle	13
A) Gérontologie, Gériatrie et Notion de Dépendance.....	13
a) Complexité de la sémantique actuelle	13
b) Analyse du passé et du présent.....	15
B) Complexité des organisations actuelles	20
a) Les offres de premier recours	20
b) Les structures spécialisées	22
c) Les acteurs du Domicile.....	23
d) Les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.....	26
II) Les Pôles Ressources Gérontologiques	29
A) Mise en perspective de la vision hospitalo-centrée de Toulouse et du Pôle Ressource Gérontologique des Pays de la Loire.....	29
B) Les modèles étrangers :.....	32
C) Architecture et grand âge.....	33
D) Au niveau politique, Loi Grand Âge et évolutions des paradigmes liés à la crise de la Covid-19. 35	
a) La Remise du Rapport LIBAULT, impulsion à la Loi Grand Âge et Autonomie	35
b) La stratégie Vieillir en Bonne Santé 2020-2022 promulguée par Agnès BUZYN.....	37
c) Le Rapport DUFEU-SCHUBERT : 85 propositions pour lutter contre l'âgisme et réussir la transition démographique.....	39
d) Un statut quo de la Loi Grand Âge et un fort impact de la crise Covid-19.....	39
e) Vers une reprise de la Loi Grand Âge et Autonomie, la remise du Rapport BROUSSY et le Think Tank Matières Grises	41
III) Rôle de l'EHPAD.....	43
A) Vers des prises en soins de plus en plus lourdes.....	43
B) La Gestion des Urgences en EHPAD	44
C) La place de l'EHPAD dans le bassin territorial	45
Partie 2 : Méthodologie et Discussion	48
I) Méthodologie et Présentation de l'étude	48
A) Lieu et Durée de l'étude	48
B) Description du questionnaire :.....	48

II) Présentation et Analyse des Résultats	50
A) Présentation des résultats.....	50
a) Présentation générale de la population.....	51
b) Étude des résultats de l'impact de la crise Covid-19 sur les pratiques managériales.....	51
c) Étude des résultats relatifs à l'évolution des prises en charge des personnes âgées.....	54
d) Étude des résultats relatifs à la coopération territoriale mise en œuvre pas les répondants	56
e) Étude des résultats relatifs aux réponses à apporter afin de faire face aux attentes et besoins des aînés d'ici dix ans	59
f) Étude des résultats relatifs à l'implication des participants en tant qu'acteur d'un pôle ressource gérontologique du territoire.....	61
B) Analyse des résultats.....	62
a) Evolution du rôle de manager à la suite de la crise sanitaire de la Covid-19.....	62
b) Changement de paysage dans la prise en charge de la personne âgée.....	63
c) Collaborations et partenariats établis au sein du secteur sanitaire et médico-social	64
d) Réponses aux attentes et besoins des usagers et implication en tant qu'acteur d'un pôle ressource gérontologique :	66
C) Discussion	68
Conclusion	73
Bibliographie.....	75
Résumé du Mémoire :	79

Table des Figures

Figure 1 : Composants de l'évaluation de la capacité intrinsèque selon l'OMS.....	17
Figure 2 : Possibles évolutions de l'autonomie et indépendance de la personne âgée liées à son vieillissement naturel.....	18
Figure 3 : Description des différentes phases du Programme ICOPE – OMS.....	19
Figure 4 : Schéma détaillant la méthodologie utilisée dans le cadre de la description des résultats du questionnaire de recherche... ..	50
Figure 5 : Présentation générale de la population.....	51
Figure 6 : Évolution de la perception du rôle de manager à la suite de la crise sanitaire de la Covid-19.....	51
Figure 7 : Évolution des modifications de perceptions managériales.....	53
Figure 8 : Changement de paysage dans la prise en charge de la personne âgée.....	54
Figure 9 : Explication des changements notables du paysage de la prise en charge de la personne âgée au cours des dernières années.....	55
Figure 10 : Types de partenariat et collaborations en fonction du secteur d'activité du répondant.....	57
Figure 11 : Types de partenariats et collaborations en fonction du secteur d'activité du répondant.....	58
Figure 12 : Intérêts des collaborations et partenariats établis.....	59
Figure 13 : Réponses aux attentes et besoins des personnes âgées d'ici 10 ans face à l'augmentation de la dépendance.....	60
Figure 14 : Implication en tant qu'acteur d'un Pôle Ressource Gérontologique.....	62

Liste des Abréviations

- AGIRR** : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources
- ALD** : Affection de Longue Durée
- AMI** : Appel à Manifestation d'Intérêt
- APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- ASALE** : Action de Santé Libérale en Équipe
- CCI** : Chambre de Commerce et d'Industrie
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination
- CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- COVID** : COrona Vlrus Disease
- CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens
- CPTS** : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- DAC** : Dispositif d'Appui à la Coordination
- DMP** : Dossier Médical Partagé
- EHPA** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
- EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- ESSMS** : Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
- GCSMS** : Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale
- GPL** : Gérontopôle des Pays de la Loire
- HAD** : Hospitalisation A Domicile
- ICOPE** : Integrated Care of Older PEople
- IDE** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
- INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- IPA** : Infirmier(e)s de Pratiques Avancées
- IRDES** : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
- LOI HPST** : Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
- MAIA** : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
- OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PAERPA** : Personne Âgée En Risque de Perte d'Autonomie

PHU : Praticien Hospitalier Universitaire

PIB : Produit Intérieur Brut

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PSD : Prestation Spécifique Dépendance

PTA : Plateformes Territoriales d'Appui

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

USLD : Unité de Soins Longue Durée

Remerciements

Nous souhaitons adresser nos remerciements à l'ensemble des personnes nous ayant apporté leur soutien et leur aide dans la réalisation de notre mémoire.

Cette année, bouleversée par la crise sanitaire du COVID 19 a été complexe dans nos stages et lieux d'apprentissage, nos familles et nos études.

Tout d'abord nous remercions Monsieur Michel NOGUES pour la richesse de ses échanges et les réflexions qu'il a su nous apporter tout au long de l'élaboration de notre mémoire. Il nous a permis d'aborder toute l'épaisseur et la complexité du sujet.

Merci également à Madame Valérie BERNAT, Directrice Générale du Gériatopôle des Pays de la Loire dont l'interview a pu nous apporter les visions novatrices des projets en cours et l'expertise du terrain.

Nous remercions ensuite notre jury professionnel Mme Carol MONTEL, qui a été à l'initiative de ce sujet d'actualité ; mais aussi nos professeurs et intervenants du CESEGH qui nous ont amenés à penser différemment notre nouveau rôle dans ces milieux en plein bouleversements que sont le monde sanitaire et le médico-social.

Enfin, merci à nos maîtres de stage et d'apprentissage qui nous ont laissé la place disponible pour découvrir toutes les facettes du métier de directeur d'établissement.

Introduction

« Nous vivons une transition démographique inédite qui conjugue allongement de la vie, croissance du nombre de séniors et changement dans les manières de vivre sa séniorité »,

Serge GUERIN sociologue et spécialiste des questions liées au vieillissement

Tant par son ampleur que par son accélération ses dernières années, l'un des principaux facteurs du vieillissement de la population réside dans la transition démographique : passage d'une situation dans laquelle les taux de natalité et de mortalité sont élevés à une situation dans laquelle les taux de natalité et de mortalité sont bas.

Même si, par définition, la démographie est une science en mouvement, le vieillissement de la population s'intensifie particulièrement depuis 2011, et pour cause : les générations nombreuses de baby-boomer nées après la guerre de 1939-1945 sont alors entrées dans la catégorie des plus de 65 ans. Selon l'INSEE, cette catégorie d'âge ne cesse depuis de s'accroître : elle représentait 20,5% de la population en 2020, contre 20,1% un an auparavant et 19,7% deux ans auparavant. Leur part a progressé de 4,7 points ses 20 dernières années. L'INSEE prévoit que les séniors de plus de 60 ans représenteront 21 millions de personnes en 2030 soit 3 millions de plus qu'à l'heure actuelle ; et selon cet institut et son scénario central des projections publié en 2016, la France compterait 76,4 millions d'habitants en 2070, dont 28,7% auraient plus de 65 ans avec une croissance particulièrement marquée jusqu'en 2040.

Conséquence de l'accélération du vieillissement de la population, nous constatons une explosion du nombre de pathologies chroniques : 20 millions de patients sont pris en charge dans le cadre d'une Affection de Longue Durée (ALD) et représentent à eux seuls 60% des dépenses de l'assurance maladie.

Ces pathologies chroniques vont ainsi favoriser la survenue de la perte d'autonomie, de la personne âgée, processus décrit par l'épidémiologiste Linda FRIED au début des années 2000, se traduisant par une perte des capacités physiques liée à une augmentation du risque de chute[1]. Ces deux éléments corrélés, peuvent ainsi conduire à la situation de dépendance de la personne âgée, dépendance qui présente elle aussi un coût des plus conséquents pour les Conseils Départementaux qui financent une majeure partie des aides nécessaires à la prise en charge de cette dépendance.

La perte d'autonomie se manifeste souvent aux alentours de 75 ans. En France la dépense totale de soins de longue durée (sanitaires et médico sociaux) rapportés au PIB

compte parmi les plus élevés des pays de l'OCDE (6ième rang) soit 2,4% du PIB 2018. Inéluctablement, cette part est amenée à augmenter au cours des prochaines années. [2]

A contrario, personne ne peut prévoir le niveau de perte d'autonomie de cette population en 2030 et les coûts qui y seront associés : les personnes présentant des troubles psychiques et neuro-cognitifs, ainsi que celles ayant des polyopathologies fonctionnelles augmentent mais la recherche médicale et les innovations thérapeutiques semblent également suivre cette même courbe, favorisant une augmentation des coûts liés à la perte d'autonomie. Aussi, le Rapport rédigé par GUEDJ & al en 2018 s'intéressant à nos aînés d'ici 2030 met en avant cette difficulté à prédire le vieillissement et ses conséquences : « Mais le vieillissement n'est pas un phénomène uniforme. On peut en effet considérer schématiquement trois types de vieillesse, chaque stade ne correspondant évidemment pas à des limites d'âge identiques pour tous. Seule certitude : dans les années à venir, une triple massification va s'opérer :

- Celle, évidente, du nombre de personnes âgées dans leur ensemble : c'est l'effet démographique
- Celle, prévisible, du nombre de personnes âgées dépendantes : c'est l'effet épidémiologique
- Celle, moins visible, aux contours plus flous mais aux enjeux essentiels, du nombre de personnes âgées en fragilité, c'est-à-dire dans un moment dont la réversibilité est possible et doit être recherchée. »[3]

Avec ces évolutions et incertitudes, un enjeu de taille se dessine : l'adaptation de la société au vieillissement de sa population. Ainsi, la stratégie nationale de santé 2018-2022 concentre ses objectifs sur plusieurs priorités comme la coordination des parcours de soins et des parcours de vie, le développement de la prévention et des prises en charges précoces, la nécessité de la prise en charge de la perte d'autonomie des aînés et des personnes en situation de handicap, la réduction des inégalités sociales et territoriales.[4]

Selon la célèbre maxime d'Adolphe Thiers « Gouverner, c'est prévoir » nous pouvons constater que les pouvoirs publics prennent cet enjeu au sérieux, encore plus sous le gouvernement Macron, par les différents ordres de missions successifs qu'ont pu recevoir D. LIBAULT ou bien A. DUFEU, mettant en avant la création de plateformes territoriales gérontologiques. Ces plateformes, mettant en œuvre différents services, serait susceptibles d'être un des leviers permettant l'adaptation de la société au vieillissement de la population. Cependant, à ce jour, aucun gouvernement n'a encore pris les mesures nécessaires à la hauteur des enjeux.

La crise du COVID 19 dès mars 2020 a, semble-t-il, rebattu les cartes et mis en lumière le fait

que plus que jamais, une loi « Grand Age et Autonomie » paraît nécessaire. Le président Macron promet l'aboutissement d'une loi avant la fin de son quinquennat.

Devant l'ampleur de ce phénomène, nous avons choisi de nous intéresser à l'accompagnement, la prise en charge de nos aînés, en cherchant à évaluer l'intérêt que pourrait avoir les plateformes territoriales gérontologiques dans la prise en charge de nos aînés. Ainsi, nous en sommes venus à formuler la problématique suivante :

« En quoi la plateforme gérontologique territoriale permettrait un accompagnement global de la personne âgée tout au long de sa perte d'autonomie ? »

Afin d'apporter des éléments pouvant mettre en évidence les intérêts qu'aurait une plateforme gérontologique territoriale dans l'amélioration de l'accompagnement de nos seniors au cours de leur perte d'autonomie, il est essentiel de déterminer avant tout les structures qui permettraient un tel accompagnement, mais aussi les leviers mobilisables afin de répondre aux évolutions de prise en charge, ainsi qu'aux attentes et besoins futurs des usagers. Pour ce faire, nous pouvons mettre en exergue les trois questions de recherche suivantes :

- 1) « Quelles structures permettraient un meilleur accompagnement de la personne âgée au cours de sa perte d'autonomie ? »**
- 2) « Quelles sont, selon les professionnels du secteur, les évolutions de prise en charge de la personne âgée au cours de ses dernières années ? »**
- 3) « Par quels leviers la société pourrait-elle répondre aux attentes et besoins des personnes âgées d'ici dix ans ? »**

Afin de répondre à ces questions de recherche, et par conséquent à la problématique, énoncée précédemment, nous avons fait le choix de réaliser une enquête à destination de directeurs d'établissement issus de différents secteurs du champ de la santé.

L'objectif de cette méthodologie est ainsi de mettre en évidence l'intérêt des plateformes gérontologiques territoriales dans l'accompagnement de la personne âgée, mais aussi les différents services qui pourraient être déployés afin de permettre la diversité des prises en charge.

La revue de littérature va s'intéresser de prime abord à un état des lieux de la situation actuelle, concernant les différents services à disposition de nos aînés, les accompagnant tout au long de leur processus de vieillissement. Au sein de cette revue de littérature, nous nous orienterons également vers le stade de déploiement des Pôles Ressources Gérontologiques

au sein de notre territoire, et mettrons en avant le rôle de l'EHPAD ainsi que les écueils pouvant être rencontrés par ces derniers.

Dans un second temps, nous étudierons la méthodologie utilisée afin de mener à terme cette étude, mais présenterons et analyserons également les résultats obtenus.

Enfin, dans un troisième et dernier temps, nous tenterons de décrire, en guise de suggestion et d'illustration, un modèle complet de plateforme gérontologique territoriale.

Partie 1 : Revue de littérature

I) Analyse contextuelle

A) Gériatologie, Gériatrie et Notion de Dépendance

a) Complexité de la sémantique actuelle

Aujourd'hui, la pluralité de mots composant le vocabulaire de la personne âgée complexifie leur utilisation et aboutit parfois à de nombreux abus de langage. C'est pourquoi nous nous devons d'établir un bref descriptif de la sémantique actuelle.

Selon le dictionnaire Larousse et l'encyclopédie Universalis, la gériatologie est la science du vieillissement. Elle étudie les problématiques que vivent les personnes âgées tout au long du processus de vieillissement. Elle traite de toutes sortes de domaines dans les sciences humaines en général : médical (gériatrie), social, psychologique (psychogériatrie), biologique, physiologique, etc.

La gériatrie, quant à elle, définie selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, est une branche de la gériatologie, étudiant et soignant les pathologies liées à la vieillesse, en essayant, par diverses techniques, de prévenir les effets de la sénescence. Ainsi, elle ne concerne que l'approche médicale de la personne âgée, relative à sa santé et la prise en charge des pathologies liées au processus de vieillissement.

Nous pouvons alors faire un parallèle à ces deux termes avec les notions de parcours de vie et parcours de soins. Le parcours de vie reprend l'ensemble des événements de vie de la personne, avec les pathologies susceptibles de survenir en raison de son vieillissement. Le parcours de soins serait quant à lui associé aux différentes prises en charge médicales ou paramédicales liées à la survenue de pathologies et à leur traitement.

Le sociologue Emile DURKHEIM, en 1895, mentionnait, à propos de l'utilisation de certains termes : « On les emploie couramment et avec assurance, comme s'ils correspondaient à des choses bien connues et définies, alors qu'ils ne réveillent en nous que des notions confuses, mélanges indistincts d'impressions vagues, de préjugés et de passions. » [5]

Aussi, il est pertinent de s'intéresser aux définitions régulièrement utilisées dans le champ de la gériatologie, afin d'en préciser le sens et leurs nuances ; concernant les notions de dépendance, de perte d'autonomie, mais aussi de fragilité ou encore de vulnérabilité, régulièrement utilisées à mauvais escient au sein de notre très chère langue française.

Dans les années 1980, le mot dépendance a été préférentiellement utilisé par les médecins de longs séjours afin de caractériser le fait qu'une personne de plus de soixante ans pouvait présenter des difficultés dans les actes essentiels de la vie quotidienne ; en raison de pathologies organiques ou psychiques et ayant besoin d'être aidée pour la réalisation de ces dernières. Ce terme, initialement péjoratif en raison de sa forte insistance sur les incapacités de l'individu, est ainsi devenu au fil du temps un adjectif normatif, accolé au terme « personne âgée ».

Cette notion de « personne âgée dépendante » a alors remplacé les vocables de « grabataires » ou « vieillards invalides » utilisés dans les années 1960, dans les établissements V120 (anciennes unités de long séjour) des hôpitaux de l'époque.

Ainsi, la sémantique évolue, mais la représentation psychosociale du placement en institution de nos aînés reste identique, tout en s'orientant vers un accompagnement et un parcours qui se veut évolutif, et prête beaucoup plus attention aux souhaits des usagers.

En 1997, est créée par les politiques, en relation avec les gériatres, la grille AGIRR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) pour définir le montant de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) qui pourrait être versée aux personnes âgées selon les critères médicaux établis par cette grille. Déjà le législateur cherchait à fusionner les notions de dépendance et de perte d'autonomie ; tout en éludant la problématique de la prévention par un principe de solidarité en versant une allocation dédiée aux personnes âgées dépendantes. Récemment c'est le mot « perte d'autonomie » qui s'est imposé pour représenter cette définition. La loi de 2001 a remplacé la PSD par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ; mais la confusion entre incapacité fonctionnelle (dépendance) et incapacité décisionnelle (autonomie) reste encore évasive selon Bernard Ennuyer.[6]

A ce jour, le vocable « besoin d'aide et de soins de longue durée » ou « Long Term Care » utilisé au niveau européen serait plus approprié par sa neutralité relative à la dimension philosophique et sociale de la capacité ou non à décider de la personne.

Depuis 2010 , c'est le terme Fragilité, traduit de l'anglais « Frailty » qui reprend ces notions, pour y intégrer les dimensions psychologiques et sociales, appréhendant ainsi la personne âgée de façon holistique, et ouvrant alors le champ de la prévention.[7]

La fragilité peut être décrite comme « un syndrome biologique de réduction des réserves et des résistances aux facteurs de stress, résultant du déclin cumulé de plusieurs systèmes physiologiques et entraînant une vulnérabilité à une évolution défavorable »[1], vulnérabilité qui signifie, au sens étymologique du terme, « la possibilité d'être blessé ».

La réalisation de cet état des lieux de la sémantique actuelle nous permet ainsi d'avoir une vision globale des notions liées au vocable de la personne âgée. Nous nous devons à présent de réaliser une analyse du passé et du présent de cette notion de dépendance.

b) Analyse du passé et du présent

La perte d'autonomie, étroitement liée au vieillissement de l'être humain comme nous avons pu le voir précédemment est un fléau inéluctable sur Terre, et ce depuis l'apparition de l'Homme. Grands fervents du maintien à domicile, les êtres humains ont par la suite décidé de créer des Hôtel-Dieu à la fin du Moyen-Âge ; mais aussi des hospices, destinés aux personnes en situation de handicap, mais également grabataires.

La création d'habitats pour personnes âgées est un véritable défi des 30 Glorieuses et c'est à partir des années 1960 que commencent à être créées les premières maisons de retraite. A partir des années 1975, c'est avec la promulgation de la Loi n°75-535 du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales que la création de nouvelles structures est régie par la nécessité d'une autorisation. De plus cette loi impose aux structures de réaliser une convention tripartite, définissant les conditions de fonctionnement de l'établissement d'un point de vue financier, mais aussi vis-à-vis de la qualité de la prise en charge des usagers. Enfin, la protection des usagers en situation de perte d'autonomie est renforcée en 2002 par la Loi du 2 Janvier 2002 renforçant le droit des usagers, mais aussi la planification sociale et médico-sociale.

C'est à partir du commencement des années 2000 que la prévention de la perte d'autonomie devient une préoccupation politique en France. Le dépistage et la prise en charge de cet état devient en gériatrie une priorité de santé publique, avec l'apparition de nombreux plans nationaux de prévention de la perte d'autonomie et leur intégration au sein des Schémas Régionaux de Santé.

Le rapport de l'Institut Montaigne « Bien-vieillir : Faire mûrir nos ambitions » remis en 2021 montre cependant, au travers des graphiques n° 4 et 5 (cf Annexe 1 et 2) un système de santé français centré essentiellement sur les soins médicaux avec des établissements peu orientés vers le social et le domicile.

Ce déséquilibre est d'autant plus préoccupant que les besoins en soins médico-sociaux des personnes âgées fragiles sont accrus et augmentent à mesure que la perte d'autonomie s'accroît.

En revanche, force est de constater que les pays d'Europe du Nord ont atteint un meilleur équilibre dans la répartition de leurs dépenses, et ont pu et su développer des solutions afin de limiter les admissions hospitalières aux situations les plus sévères.[8]

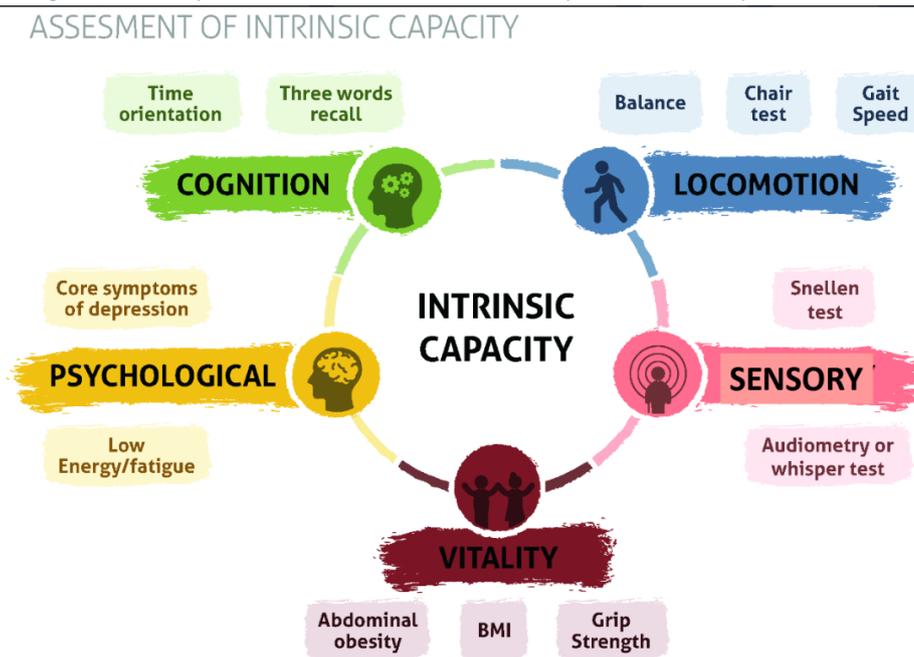
En effet, il est facile de constater que le système de santé français actuel n'est pas totalement adapté à la réalité du ralentissement du processus de vieillissement, lié à la prévention de la perte d'autonomie et de ses conséquences. En effet, 90% du temps de gériatrie est consacré au diagnostic et au traitement des multiples pathologies morcelées et déjà avancées de la personne âgée, déjà en situation de dépendance.[9]

Dès son départ à la retraite, la personne reçoit de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail des aides sociales (versement de l'allocation retraite) mais ne bénéficie pas forcément de sensibilisation systématique à la perte d'autonomie. Par la suite, la personne sera le plus souvent suivie par son médecin traitant durant de longues années jusqu'à la survenue d'une décompensation, d'un accident, qui entraînera une prise en soin en milieu hospitalier (urgences, Soins de Suite et de Réadaptation, ...). Un diagnostic sera alors réalisé par le service de gériatrie, et dans l'éventualité où la situation serait telle que la personne âgée ne peut plus réintégrer le domicile, celle-ci sera orientée « en urgence » par l'assistante sociale vers un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

Cette situation, peut être vécue comme une rupture, un choc émotionnel, une fracture de vie compte-tenu de ce brutal changement de lieu de vie. Il s'agit ici d'un véritable changement de paradigme, de mode de vie, qu'il faut à la fois mettre en place, et coconstruire avec la personne par le biais d'un parcours de vie et projet personnalisé souhaité et réalisable.

Aujourd'hui, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la notion du « vieillir en bonne santé » non pas comme l'absence de maladie, mais comme le développement et le maintien aux aptitudes fonctionnelles permettant aux personnes âgées de jouir d'un état de complet bien-être.[10] Ces aptitudes psychologiques, sensorielles, de vitalité, de locomotion et de cognition préservées constituent ainsi un élément essentiel à la continuité des actes de la vie quotidienne comme le montre cette figure relative à « l'Assesment of Intrinsic Capacity ».

Figure 1 : Composants de l'évaluation de la capacité intrinsèque selon l'OMS



Source : who_cc_-_newsletter_no2018-01-f.pdf (chu-toulouse.fr) [11]

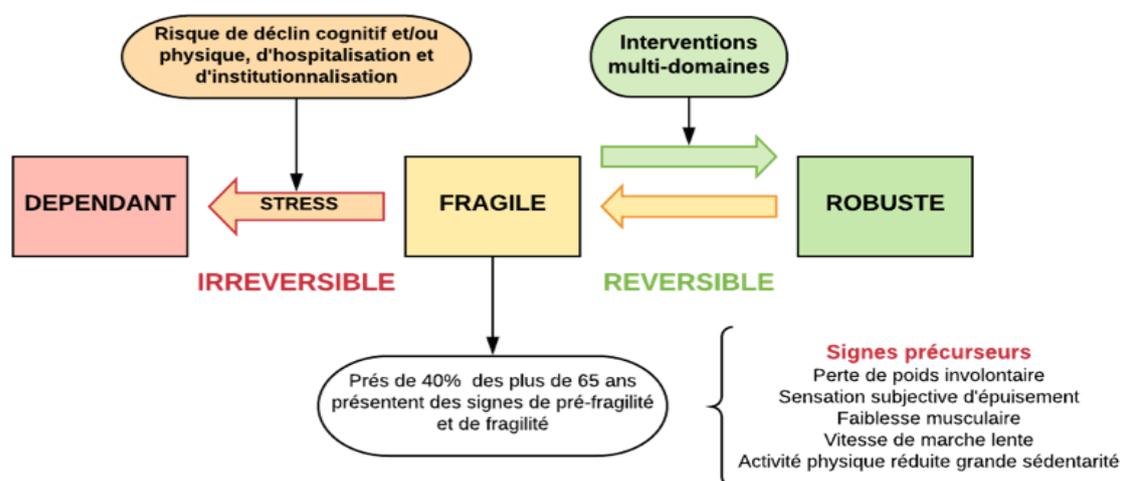
En 2018 l'OMS a ainsi émis une recommandation de repérage de la fragilité des personnes âgées par le biais de l'utilisation de l'outil ICOPE (Integrated Care of Older PEople) afin de détecter celle-ci le plus précocement possible. L'objectif de cet instrument, défini par l'OMS consiste à réduire le nombre de personnes âgées dépendantes de 15 millions d'ici 2025.[12]

Aussi, ICOPE a été plébiscité par la Gerontological Society of America, puisque le gouvernement américain a budgétisé une somme conséquente pour pouvoir le déployer sur l'ensemble du pays. Cet outil, également repris en France, a permis de débloquer près de 2 millions d'euros par l'Agence Régionale de Santé Occitanie dans le cadre du déploiement du dispositif ICOPE [13] ; montrant ainsi l'intérêt des pays occidentaux pour les problématiques liées au vieillissement, tout comme le nombre grandissant d'études et de recherches menées dans le champ de la génétique (télomérases des chromosomes) ou de la biologie cellulaire (cellules sénescentes). Ainsi, les chercheurs ont davantage tendance à axer leurs recherches sur le vieillissement en bonne santé, que sur l'augmentation de l'espérance de vie.

L'outil ICOPE permet de préserver un maximum de fonctions afin de permettre à la personne de continuer à faire ce qui est important pour elle, et ce, dans n'importe quel domaine. La première étape du programme consiste en la détection des fragilités par l'évaluation des fonctions visuelles, auditives, motrices, cognitives, ainsi que le bien-être psychique et l'état de nutrition.

Si l'une de ces fonctions est dégradée, une infirmière évaluera si l'altération provient de l'environnement ou bien de la survenue d'une pathologie, et réalisera alors un plan de soin et un monitoring de la fonction. Par exemple, si une perte de poids importante est observée, l'infirmière s'appliquera à déterminer si la personne a besoin d'une approche sociale (nous pourrions citer en exemple la fermeture de l'épicerie du village alors que la personne n'a pas de moyen de locomotion pour se déplacer jusqu'au supermarché voisin), ou bien s'il s'agit d'une approche médicale (conséquence d'une pathologie ou d'un traitement), nécessitant une redirection vers le médecin traitant.

Figure 2 : Possibles évolutions de l'autonomie et indépendance de la personne âgée liées à son vieillissement naturel

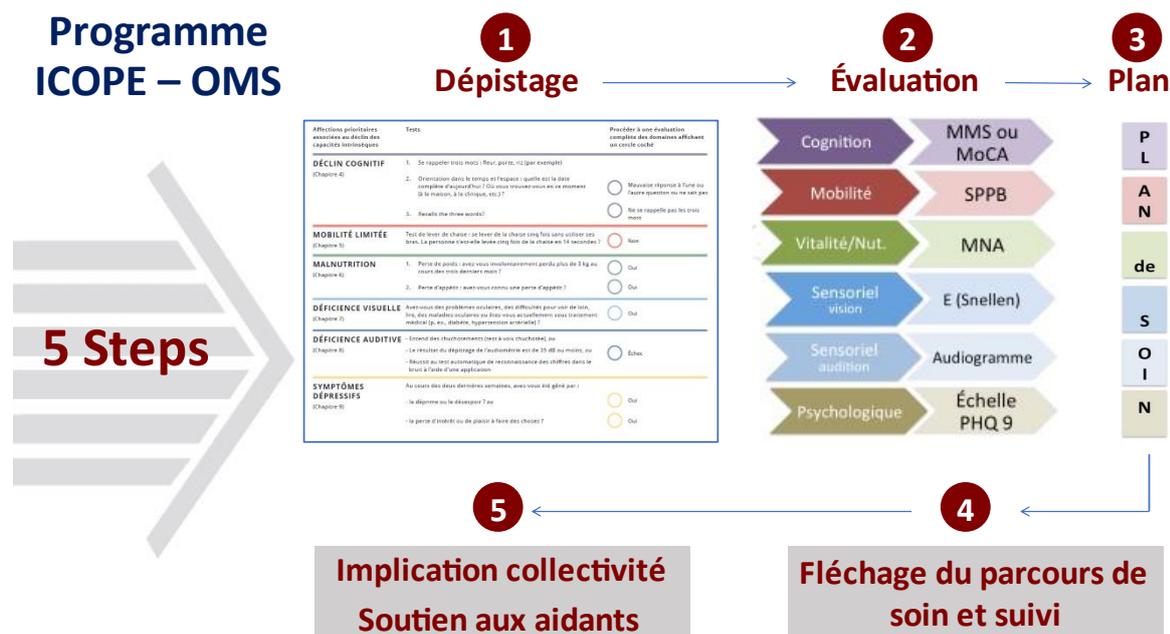


D'après Buchner et al. Age Ageing 25:386-91, 1996

Cette figure de BUCHNER nous présente les diverses possibilités d'évolutions des capacités de la personne âgée, liée au vieillissement naturel. Initialement, le sujet se verra dans une situation de « robustesse », qui pourra tendre vers une situation de « fragilité », avec l'apparition de signes précurseurs, tels qu'une perte de poids significative, une faiblesse musculaire, une lenteur dans les déplacements.

Cette évolution, défavorable pour le senior peut être réversible si une prise en charge pluridisciplinaire est mise en place afin de pallier les déficits constatés. Si cette fragilité n'est pas prise en charge, le sujet peut alors évoluer vers un état de dépendance, favorisé par le stress de se voir diminuer, et entraînant ainsi un risque de déclin cognitif et physique, pouvant avoir pour conséquence l'hospitalisation de la personne âgée, et parfois son institutionnalisation.

Figure 3 : Description des différentes phases du Programme ICOPE - OMS



Source : ICOPE: un parcours de soin favorisant une approche intégrée des MA2 - Fédération des Centres Mémoire (centres-memoire.fr) [14]

Selon le Professeur Bruno VELLAS, le point essentiel du programme est l'appropriation du sujet de sa propre santé. Le patient doit avant tout être volontaire pour pouvoir maintenir toutes ses fonctions puisqu'il s'auto évalue dans un premier temps via une application, révolution dans le monde de la médecine, où cette dernière a « fabriqué » durant de longues années, des personnes aux fonctions standards (hypertension stable, glycémie maîtrisée) mais en totale perte d'autonomie.

C'est un tournant que l'on observe déjà avec l'« Empowerment » ou pouvoir d'autonomie, de la population générale sur les sujets de santé. C'est également un contrat de médecine participative, afin de coconstruire avec la personne âgée un projet de vie, en conservant une qualité de vie importante, par des stratégies du bien vieillir en santé.

Ces stratégies sont nombreuses et ne passent pas forcément par le parcours sanitaire, social ou médico-social classique car l'on voit émerger des interventions non médicamenteuses (INM) très prometteuses, comme le propose la Plateforme CEPS – Plateforme universitaire Collaborative d'Évaluation des programmes de Prévention et de Soins de support mise en avant par l'Université de Montpellier.

Parmi ces interventions non médicamenteuses, nous pouvons citer l'activité physique adaptée, le yoga, la phytothérapie ou encore les cures thermales.[15]

Enfin, nous pouvons citer d'autres outils d'évaluation comme l'étoile de fragilité du CNEFS (Comité Novateur sur l'Étude de la Fragilité des Séniors). Celle-ci explore la notion

psycho-environnementale de la personne âgée, en plus des autres risques habituellement recherchés (risques cognitifs, somatiques, psycho-sociaux, environnementaux et économiques) ; évaluant la fragilité de la personne face à son environnement, son habitat et donc sa relation à l'espace extérieur.[16]

B) Complexité des organisations actuelles

Il existe une mosaïque de structures en France dans le champ de la dépendance et de la perte d'autonomie, pour autant c'est souvent le patient ou l'aidant (personne qui s'occupe de l'aîné, souvent en lien de parenté avec elle) qui établit le lien avec ces dispositifs, compte tenu de la complexité d'identification du parcours, mais également des missions de chacun des acteurs.

En effet, la problématique se situe essentiellement sur les divergences de perception des différents milieux du monde de la Santé tels qu'ils sont définis par MINTZERG et GLOUBERMAN (2001). La problématique du suivi de la perte d'autonomie au sein du parcours de vie d'une personne âgée voit ainsi s'affronter le CURE (milieu sanitaire), le CARE (milieu médico-social et social), le COMMUNITY et le CONTROL (organismes de tutelles qui sont également tarificateurs et évaluateurs) tous avec leurs systèmes administratifs, leurs points de vue, objectifs et priorités différents.[17]

a) Les offres de premier recours

L'offre de premier recours représente le premier niveau de contact médical de la population avec le système de santé, sur un territoire de proximité. C'est une notion simple à délimiter dans les pays où le système de santé est de type Beveridgien comme l'Espagne ou le Royaume Uni. Dans ce type de système, l'état finance les centres de quartiers où les médecins et autres professions paramédicales exercent sous la forme d'un contrat salarié. L'exercice coordonné et coopératif y est ainsi plus simple à appréhender.[18]

La littérature scientifique apporte des preuves irréfutables de l'efficacité de telles organisations, cependant, l'implantation des soins de santé primaires en France a suscité de nombreuses résistances dans un système hospitalo-centré, dont les acteurs exercent très souvent en libéral. Néanmoins, la stratégie nationale affiche clairement son intention de s'orienter vers les soins ambulatoires et, par conséquent, de structurer les soins primaires, dans un souci de gradation de l'offre.[19]

L'offre de soin française est donc organisée autour du médecin traitant, médecin généraliste exerçant en libéral, statut créé en 2004, puis développé en 2009 par la loi HPST et dont l'action s'est renforcée par les textes de la loi de modernisation du système de Santé de janvier 2016.

Ce médecin est le pivot de la coordination du parcours de Santé du patient : les missions du médecin généraliste de premier recours sont définies dans l'article L4130-1 du code de la Santé publique [20] ainsi que par l'article 36 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.[18]

Ainsi, le médecin traitant a le devoir de :

- S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ;
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient.

Un travail mené par M-O. SAFON montre cependant que l'exercice libéral du médecin n'est pas assez coordonné avec les autres métiers et structures, par méconnaissance de ceux-ci et par manque de temps.[22] En parallèle, la formation de médecine générale tend à s'étoffer sur les questions de gérontologie mais pour des raisons diverses telles que la rémunération à l'acte (multiplication des consultations dans un objectif d'une plus grande rentabilité) ; ainsi que le manque d'incitation financière conséquente à la coopération et aux réseaux ; le médecin généraliste semble ne pas assez prendre appui sur les structures existantes.

Parmi ces structures, nous pouvons citer les CPTS (Communautés de Professionnels Territoriaux de Santé) dont le repérage de la perte d'autonomie est l'un des objectifs sociétaux. La détection précoce des pathologies liées à l'âge (comme l'arthrose) pourraient alors permettre d'initier une prévention plus précoce, tout en réduisant la durée des traitements ; et ainsi espérer augmenter le nombre d'années en bonne santé du sujet âgé. En pharmacie d'officine, le « Bilan de médication partagé » ; tout comme la « Conciliation médicamenteuse » dans les hôpitaux et cliniques devraient aller dans le sens de cet objectif.

La loi de 2019 de Madame BUZYN et le programme « Ma santé 2022 » ont pour ambition de promouvoir ce type d'exercice avec la montée en compétence des professions paramédicales telles que les Infirmières de Pratiques Avancées (IPA) et la création du métier d'Auxiliaire médical. Cela aura alors pour effet d'augmenter le temps médical à proprement parler, puisque le patient sera dans un premier temps accueilli par l'un de ces professionnels puis orienté vers le médecin de la structure si nécessaire.[23]

Enfin, les prochaines lois de dé-complexification et décentralisation, souhaitent quant à elles, permettre de réduire les temps administratifs et faciliter en parallèle, la gestion du quotidien.

Ainsi, les systèmes d'informations doivent rapidement être interopérables, comme le promet le dispositif « ENS espace numérique en santé » qui remplacera bientôt le Dossier Médical Partagé.

b) Les structures spécialisées

Les structures spécialisées sont elles aussi diversifiées. Nous pouvons retrouver parmi elles les CLIC (Centre Locaux d'Information et de Coordination gérontologique), les MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie), les PTA (Plateformes Territoriales d'Appui) qui sont toutes des structures financées par les collectivités et les Agences Régionales de Santé, ayant pour but l'information et l'orientation des personnes âgées et de leurs entourages.

En premier lieu, les CLIC offrent différents services d'informations sur les démarches administratives, (par exemple concernant les demandes d'Allocation Personnalisée Autonomie ou bien relatives à une mise sous tutelle) ; ou concernant les offres de service telles que la mise en place d'aide-ménagère, d'auxiliaire de vie ou d'un service de portage de repas au domicile.[24]

Les MAIA ont d'abord été créés afin de répondre aux besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et signifiaient initialement « Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ». Elles ont, depuis 2011, élargi leur champ d'action pour prendre le nom de Méthodes d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie. Elles couvrent ainsi des zones géographiques de petites tailles ; et proposent des accompagnements de proximité, comme dans le cadre du dispositif PAERPA (Personne Âgée En Risque de Perte d'Autonomie), ou par exemple, la possibilité d'intervention de professionnels paramédicaux au sein du domicile, tel qu'un ergothérapeute dans le cadre d'une évaluation du risque de chute et de l'aménagement du domicile. De plus, les MAIA peuvent être adressés par les PTA.[25] Ces plateformes, où l'on retrouve des gestionnaires de cas, souvent issus d'une formation « Assistant de service social » flèchent alors le parcours des cas complexes, mais sont également des structures personnes ressources pour les aidants, personnes âgées, et professionnels libéraux.[26]

Ensuite, est programmé pour juillet 2022, le regroupement de ces entités en DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination, afin d'offrir davantage de lisibilité et d'efficience aux

personnes âgées en situation de fragilité et leurs aidants. Ces structures ont pour vocation d'assurer un service polyvalent à tous professionnels les sollicitant, afin d'offrir à la personne prise en charge, une réponse globale et coordonnée quel que soit son âge, sa pathologie, son handicap ou sa situation. Il s'agit là d'une mission qui comprend à la fois l'analyse des besoins, mais aussi la structuration du parcours patient, réalisée en lien avec le médecin traitant.[27]

Nombreuses sont les critiques ayant pu émerger de la part des sociologues et acteurs du terrain concernant ces structures, dans le sens où elles ont été créées de façon comparables à un millefeuille, sans aucun indicateur de pertinence dans leurs missions,[28] expliquant alors l'échec de la création du métier de gestionnaire de cas, suite au plan Alzheimer 2008-2012.

Aussi, les outils numériques eux-mêmes peuvent créer des tensions, puisque ces derniers exacerbent les différences de points de vue et de finalité. Une étude de 2019 explique les problématiques des outils utilisés et tensions apportés en exercice coordonnées.[29] L'auteur analyse les difficultés auxquelles les acteurs sont confrontés dans l'exercice de leur fonction suite à l'usage de cet outil. Il en ressort que les tensions organisationnelles ne peuvent être identifiées à proprement parler dans un cadre conceptuel, car il en existe différents types selon la grille de lecture. Ainsi nous pouvons identifier la tension artéfactuelle de l'outil en étudiant les tensions de rôles ; les tensions de gouvernance publique ; mais aussi les tensions managériales qui se dessinent derrière l'utilisation de l'outil.

La diversité des parties prenantes, les divergences d'opinion et les difficultés autour de l'usage des indicateurs influent sur la perception des notions de résultats et de performance.[30]

c) Les acteurs du Domicile

La nature et la durée des interventions (ponctuelles ou définitives) au domicile de la personne âgée, vont varier selon le niveau des capacités préservées.

Le niveau de dépendance est évalué en fonction de différentes variables se basant sur les capacités cognitives de la personne mais aussi ses capacités à réaliser ou non divers actes de la vie quotidienne (cohérence, orientation, toilette, élimination, etc...). Ces évaluations issues de la Grille Autonomie Gérontologie-Groupe Iso-Ressource (Grille AGGIR) vont ainsi donner lieu à un classement au sein d'un des six Groupes Iso-Ressources, plus communément appelés GIR, un GIR 1 correspondant à une personne présentant des fonctions intellectuelles gravement altérées, et nécessitant une présence constante ; le GIR 4, lui, mettant en avant une altération partielle des fonctions motrices et psychiques.[31]

Aussi, nous pouvons distinguer diverses catégories de services pouvant intervenir au domicile de la personne âgée.

En premier lieu, nous pouvons retrouver les Services à la Personne, permettant un accompagnement au sein des activités relatives aux tâches domestiques et d'assistance aux personnes âgées.

Les particuliers peuvent être employeurs direct (par le système du chèque emploi service ou CESU) et peuvent être aidés dans leur démarche administrative par un service mandataire ou faire appel à un organisme ou une entreprise qui intervient comme prestataire.

Dans un second temps, peuvent être cités les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), qui sont des organismes privés ou publics intervenant en qualité de prestataires, pour des activités liées aux actes de la vie quotidienne, à la préservation de l'autonomie, du maintien des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Les intervenants sont essentiellement des aides à domicile qui effectuent des tâches de la vie ordinaire : entretien du logement, aide au lever, au coucher, à la toilette, aux courses. Ces intervenants préparent également les repas et aident les personnes à se nourrir. Le régime juridique des SAAD a été modifié par la loi la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et relève du régime d'autorisation délivré par le président du Conseil départemental.

Ensuite, peuvent être mentionnés les SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile). Créés en 1981, il s'agit de services médico sociaux intervenant au domicile des personnes âgées. Missionnés lors d'une phase aiguë d'affection pouvant être traitée à domicile et ne relevant pas d'un service d'Hospitalisation A domicile, ils ont pour vocation d'éviter l'hospitalisation mais également de faciliter les retours à domicile. Ils contribuent également à retarder l'admission en établissement social ou médico-social. Les soins techniques tels que les prélèvements par ponction veineuse, injection intraveineuse, pansement d'escarre ou pose de perfusion sont effectués par des infirmiers libéraux ou de centre de santé ayant réalisé une convention avec les SSIAD. Ces professionnels Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) dispensent également des soins de base, « interventions qui visent à compenser partiellement ou totalement les incapacités fonctionnelles, afin de maintenir ses fonctions vitales et de lui permettre de recouvrer l'autonomie » et des soins de nursing. Ces soins tiennent compte des habitudes de vie, des coutumes et valeurs de la personne soignée, et répondent à des techniques précises dans le but d'éviter la survenue d'escarre.

Les SSIAD effectuent également un travail de coordination, assuré par un infirmier coordonnateur, afin de coordonner :

- Les interventions relevant du SSIAD auprès de la personne prise en charge ;
- Les professionnels du service ;
- Les interventions du service avec les différents acteurs du secteur.

Afin de répondre de manière plus complète aux besoins des personnes fragiles, les Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile ont été créés en 2005. Ils regroupent des services assurant des missions d'un service de soins infirmiers à domicile et celles d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile.

Un SPASAD peut être nouvellement créé ou constitué à partir d'une SAAD et d'un SSIAD déjà existants. Ladite création fait alors l'objet d'un arrêté d'autorisation conjoint du Directeur Général de l'ARS et du Président du Conseil Départemental. Chaque personne suivie fait l'objet d'un projet individualisé d'aide, de soins et d'accompagnement, coconstruit avec l'ensemble des professionnels intervenants, cernant ainsi les besoins réels de la personne âgée.

Également, la loi du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, propose en son article 49 d'expérimenter, sur une période de 2 ans, une évolution des fonctionnement, modes d'organisation et de financement des SPASAD à destination des personnes âgées fragiles. L'objectif est alors d'améliorer cette coordination entre acteurs, et de favoriser la mise en œuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

Ainsi, cette nouvelle forme de SPASAD, dit SPASAD intégré permettra aux personnes accompagnées de bénéficier :

- D'un accès simplifié aux informations, par la mise en place d'un guichet unique et d'un interlocuteur unique ;
- D'une prise en charge globale de ses besoins donnant lieu à l'élaboration d'un projet individualisé d'aide ;
- D'accompagnement et de soins, coordonnés au sein du service et auprès des partenaires extérieurs par un infirmier coordonnateur ;
- D'actions de préventions (dont le financement pourra être pris en charge dans le cadre de la conférence des financeurs).[32]

La note d'information n° DGCS/3A/CNSA/2019/192 du 30 août 2019 relative aux modalités de prolongation de l'expérimentation « SPASAD intégrés », prévue par l'article 61

de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a quant à elle pour objet de préciser les conditions de la prolongation de l'expérimentation des SPASAD intégrés.

Cette expérimentation a depuis permis la création de 338 SPASAD intégrés et conforte la nécessité de poursuivre l'expérimentation de ces modèles pour les inscrire à terme dans le droit commun. Cette période d'expérimentation est poursuivie jusqu'au 31 décembre 2021, date à laquelle, le rapport final sur ce dispositif sera remis au Parlement.

Enfin, nous pouvons mettre en exergue les services d'Hospitalisation A Domicile, alternative à l'hospitalisation prolongée et pouvant s'y substituer totalement. Elle est mise en place sur prescription médicale avec accord du médecin traitant, et ce pour une durée ponctuelle, dans le cadre d'une chimiothérapie ou d'un retour de chirurgie cardiaque par exemple, renouvelable ou non.

Une assistante sociale fera une enquête afin de s'assurer de la compatibilité du logement avec le dispositif au domicile personnel ou dans la chambre du résident de l'établissement collectif (EHPAD par exemple).

Enfin, l'organisme délivrant ces services est soumis à autorisation sanitaire auprès de l'ARS depuis l'Ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.[33]

d) Les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Les établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux sont eux aussi des plus diversifiés, permettant de répondre à divers besoins des personnes âgées. Parmi eux, nous pouvons en citer trois principaux susceptibles d'accueillir nos aînés : Les services de Soins de Suite et de Réadaptation, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes ainsi que les Unités de Soins de Longue Durée. En prenant l'exemple d'une intervention chirurgicale fonctionnelle (cardiaque, pulmonaire, locomotrice...), il est fréquent qu'une personne âgée nécessite des soins de suite et de réadaptation à l'issue de l'intervention. Dans ces établissements sanitaires la prise en charge est à la fois médicale, rééducative et réadaptative ; avec la réalisation d'un parcours de soin et de réadaptation établi à l'entrée du patient par une équipe pluri disciplinaire, composés de professionnels médicaux et paramédicaux, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, professeurs d'activité physique adaptée, diététiciens et psychologue. La durée moyenne de séjour au sein d'un service de soins de suite et de réadaptation est approximativement de trois semaines. Ces structures développent également l'hospitalisation de jour, par le biais d'une prise en

charge sans hébergement du patient, bénéficiant d'une vingtaine de séances de renforcement cardio-musculaire et d'éducation thérapeutique adapté à sa pathologie.

En revanche, la prise en soin des séniors ne pouvant réintégrer leur domicile du fait de la lourdeur de leur dépendance (fixé par l'évaluation liée à la grille AGGIR), se fera dans différents types de structures.[34]

La première d'entre elles concerne les EHPAD, dans lesquels nous pouvons accueillir des publics de plus en plus fragiles. En effet, Le Groupe Iso-Ressource Moyen Pondéré, représentant le niveau de dépendance moyen au sein d'un établissement affichait 726 en 2017 alors qu'il atteignait les 600 points au début des années 2000. Les usagers intégrant les GIR 1 à 4 (Le GIR 1 représentant une personne grabataire et le GIR 6 une personne totalement indépendante et autonome) représentent à l'heure actuelle 83% des résidents contre 57% en 1998.

Au sein de ce type de structures, les professionnels soignants, à savoir le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice ainsi que les équipes infirmières, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeutes et personnel accompagnant : aides-soignants, animateurs, auxiliaires de gérontologie occupent habituellement un statut salarié au sein de la structure. Tous concourent à l'élaboration du projet personnalisé du résident, mais aussi du projet d'établissement destiné à accroître la qualité de prise en charge des usagers. Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), signé pour cinq ans et conclu entre la structure, l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental, permettant alors de déterminer les financements octroyés à l'établissement, mais aussi de définir les objectifs lie la tarification par les tutelles aux objectifs conclus entre l'ARS et la structure, au travers de la déclinaison du Projet Régional de Santé.[35]

S'agissant de leur mode de financement, nous pouvons le résumer par le fait que le Conseil Départemental verse à la structure la dotation du tarif dépendance. En parallèle, l'Assurance Maladie, va verser par le biais de l'Agence Régionale de Santé la dotation du forfait soin. Enfin, le tarif hébergement est payé directement par le résident à la structure.[36]

Enfin, parmi les établissements sanitaires et médico-sociaux, pouvant accueillir les personnes âgées, nous pouvons citer les Unités de Soins de Longue Durée (USLD), prenant en charge des usagers nécessitant de soins plus lourds et importants. Les résidents séjournant en USLD nécessitant une surveillance médicale constante, ces établissements sont donc généralement adossés à un centre hospitalier. L'admission fait très souvent suite à une hospitalisation, ou bien un séjour en établissement de soins de suite et de réadaptation.

Dans ces trois types de structures, des assistantes de service social accompagnent les aidants familiaux à réaliser les différents dossiers administratifs d'admission (en particulier pour les EHPADs et USLD), ainsi que pour les diverses demandes d'aides sociales. Il est à noter que les admissions préprogrammées sont possibles, de même que les séjours temporaires destinés au répit des aidants.

Les admissions sont réalisées en fonction des places disponibles au sein de la structure requise, et selon les besoins du patient. La structure répond ensuite par la positive si le dossier médical de l'utilisateur correspond aux possibilités de prise en charge de la part de la structure (moyens humains, financiers et matériels devant pouvoir répondre aux problématiques du résidents).

Cependant, les systèmes restent trop segmentés, et il n'existe pas de parcours prédéfinis. C'est pourquoi les structures spécialisées ont été fondées par le législateur afin de lier ces différents services.

II) Les Pôles Ressources Gérontologiques

« Les pôles de services gérontologiques locaux ont pour objectif de soutenir le parcours de santé et d'autonomie des personnes âgées à travers l'organisation territoriale d'un réseau d'acteurs et de services. Dans cette nouvelle organisation territoriale, les EHPAD, au sein des futurs pôles de services gérontologiques locaux, devront occuper une place essentielle. Outre l'accueil de résidents en hébergement permanent, notamment ceux ayant des maladies neuro-dégénératives importantes, ils devront évoluer vers une logique de « prestations » alliant prévention de la perte d'autonomie (suivi médical, dénutrition, chute, isolement social et iatrogénie), droit au répit, renforcement de l'inclusion sociale et appui aux interventions des professionnels de l'aide à domicile et aux intervenants libéraux. Les futurs pôles de services gérontologiques locaux, dont les prestations devront être adaptées au contexte territorial (offre existante en professionnels de santé libéraux, services d'aide et de soins à domicile, ressources sanitaires / milieu rural ou urbain...) devront intervenir dans un principe de subsidiarité, le maintien à domicile répondant au souhait des personnes âgées »[37]

A) Mise en perspective de la vision hospitalo-centrée de Toulouse et du Pôle Ressource Gérontologique des Pays de la Loire.

Les pôles ressources gérontologiques ou Gérontopôles, nés dans les années 2000 sont actuellement dix à couvrir le territoire : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne Franche-Comté, Bretagne, Île-de-France, Nouvelle Aquitaine, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Seine Estuaire Normandie, Sud-Provence et Toulouse.

Ces structures, très hétérogènes par leur nature et modalités structurelles ont toutes été créés ex-nihilo, avec des sources de financements différents et des philosophies parfois éloignées les unes des autres.

Les pôles ressources gérontologiques locaux ont pour objectifs d'accompagner la personne âgée tout au long de son parcours, et de sa perte inéluctable d'autonomie que ce soit pour l'informer, orienter son parcours, l'aider dans les démarches et couvrir entièrement ses besoins et attentes. Sa clé de voute s'appuie sur le maillage territorial de ses acteurs et de ses services.

A l'heure actuelle, il n'y a pas de modèle idyllique de gérontopôle, répliquable à toute la France, car chacun d'entre eux a été façonné selon les acteurs présents au sein du territoire,

et selon les spécificités et besoins populationnels propres à chaque région. Cependant, tous ont la même problématique et sont orientés vers un même enjeu : l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.

Nous pourrions appréhender ce fait par la mise en avant de deux grands modèles de Pôles Ressources Gérontologiques, que sont celui de la gériatrie et de la médecine comme le conçoit le gérontopôle de Toulouse ; ou bien par le biais de la gérontologie, du médico-social et social, au travers du Gérontopôle des Pays de la Loire (GPL).

Ces deux exemples, de points de vue des plus différents ne sont en aucun cas opposés ou à mettre en opposition, mais sont, bien au contraire, des plus complémentaires afin d'appréhender le sujet.

Les dix gérontopôles se sont regroupés au cours du mois de juin 2021 en un think tank national afin de réfléchir concrètement sur les enjeux majeurs du vieillissement, et ont décidé de créer un comité scientifique dans le cadre d'un partage d'expériences, de l'organisation d'actions de recherches communes, ainsi que du développement conjoint du programme ICOPE à l'échelle nationale.[38]

Il y a une dizaine d'années, le Professeur Bruno VELLAS créait le gérontopôle de Toulouse, adossé au Centre Hospitalier Universitaire de la ville. Gériatre, ce dernier se questionne sur les problématiques liées au vieillissement et la façon dont on pourrait les prévenir.

Il est alors le premier, en collaboration avec son équipe à avoir développé des études scientifiques en France à grande échelle sur la dégénérescence cellulaire et la maladie d'Alzheimer. Le gérontopôle de Toulouse est ainsi labellisé « Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la fragilité, la Recherche Clinique et la formation en Gériatrie. »

Le Professeur VELLAS a participé à l'étude ICOPE au sein de la région Occitanie. [39] Ainsi, le gérontopôle de Toulouse, précurseur de l'application de la méthode en France, entend pouvoir diminuer de 15000 le nombre de personnes dépendantes résidant en Occitanie à l'horizon 2025, soit l'équivalent de 180 lits en maisons de retraites.

Également, le projet rayonne à l'international par le biais du projet INSPIRE (plateforme de recherche translationnelle en gérosience) qui compte la participation de l'Université de Toulouse, de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), ainsi que du Centre national de la recherche Scientifique, et de l'ARS Occitanie ;

L'approche de ce type de gérontopôle est donc orientée à la fois vers une vision sanitaire, médicale et paramédicale, il s'agit d'une vision hospitalo-centrée.

Les approches du gérontopôle des Pays de la Loire GPL sont quelques peu différentes, puisqu'elles s'appuient sur les retours d'expérience et la réalité du terrain, et par l'expertise des acteurs du secteur social et médico-social. La vision de ce type de gérontopôle est donc holistique puisqu'elle s'articule autour de toutes les facettes de la gérontologie. Le Professeur Gilles BERRUT, Praticien Hospitalier Universitaire au CHU de Nantes en est le responsable scientifique actuel, mais l'équipe associative est composée d'un panel d'acteurs permettant une pluridisciplinarité de l'approche. Il a créé en 2010 cette association qu'est le gérontopôle, en partenariat et avec le soutien du conseil régional, des CHU de Nantes et d'Angers, ainsi que de la Chambre de Commerce et d'Industrie des Pays de la Loire.

Ce gérontopôle est à la fois décrit comme un lieu de rencontre, de convergence et de concentration des collectivités, associations, laboratoires, écoles, acteurs locaux ou régionaux en faveur du « bien vieillir », mais il s'agit aussi d'un centre de ressources et d'expertise complémentaires, accessibles à tous pour accompagner leurs projets innovants. Cette structure, à la fois en charge du montage, de l'accompagnement et de la réalisation de projets et études concernant le vieillissement compte à ce jour près de 220 adhérents, tous acteurs en gérontologie.

Le gérontopôle est positionné en expert puisqu'il propose des formations et accompagnements auprès de professionnels, des collectivités, et les élus, sur différents domaines : habitat et urbanisme, mobilité, développement social et culturel, et Silver économie. Là où les offres de premier et second recours se font face, il tend à fédérer l'ensemble des acteurs sur les actions essentielles, afin d'éviter les urgences, mais aussi promouvoir l'exercice coordonné à domicile par la télémédecine, les équipes mobiles de gériatrie et les infirmières Asalé (Action de SAnité Libérale en Equipe).

Grâce aux financements exceptionnels ouverts durant cinq années par l'article 51 du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2018, et l'Agence Régionale de Santé territoriale compétente, les chefs de projets ont pu développer huit expérimentations (via l'Appel à une Manifestation d'Intérêt) d'EHPADs hors les murs différents. La pertinence de chacun des projets a été évaluée selon des indicateurs de coordination, d'équilibre financier, et la création de nouveaux métiers.

Le protocole DIVADOM a pu être expérimenté par ce biais. Ce concept d'EHPAD hors les murs, réunissant 7 EHPAD autour d'un hôpital a permis de coordonner l'ensemble des services à domicile pour l'utilisateur, à savoir les soins infirmiers, de nursing, la mise en place d'activités de gymnastique douce, l'ergothérapie, mais aussi l'ensemble de la rééducation fonctionnelle, ainsi que les prestations de ménage et de repas habituellement financés par l'Allocation Personnalisée Autonomie.

D'autres solutions sont également envisagées par le département, telles que la mise en place de salariat « pool » (pôles de remplacement) d'infirmières et d'aides-soignantes qui alterneraient leur profession entre l'exercice à domicile et celui en institution. Nous nous trouvons donc actuellement dans un tournant où les nouvelles méthodes d'exercice des professions du secteur restent donc à expérimenter.

B) Les modèles étrangers :

Après avoir étudié les modèles de Pôles Ressources Gériatriques français, nous devons de comparer l'exercice francilien aux autres formes de gérontopôles pouvant être retrouvés à l'échelle internationale.

En prenant l'exemple du Japon, l'un des pays les plus peuplés au monde, et possédant le plus fort taux de personnes âgées dans le monde, force est de constater que la tranche des plus de 65 ans a doublé (passant de 7 à 14%) en seulement 24 ans, alors que ce processus a pris près de 126 ans en France.

A l'heure actuelle, plus d'un quart de la population a déjà plus de 65 ans, avec une population de centaines qui représentent 65000 personnes pour 127 millions d'habitants au Japon, contre 21000 pour 66 millions en France.

Dès les années 2000, le gouvernement japonais a lancé un programme de soins de longue durée afin de faire face à cette problématique. Le dispositif combine à la fois soins de santé, soins à domicile et services de proximité à l'échelle de la communauté. En parallèle, l'état a dû développer des dispositifs adéquats, avec des valeurs historiques incitant et ancrant l'aide intergénérationnelle au sein de la société, mais voyant émerger une volonté puissante de la population féminine de prendre part au marché de l'emploi. Enfin, le pays a également pris en compte la mesure de la valeur sociale des personnes âgées, car pour l'essentiel des japonais, le travail constitue une valeur socle puisque c'est un moyen privilégié de garder un lien avec la société : 29,3% des plus de 65 ans continuent de travailler contre 3,2% en France. [40]

Les pays Francophones, à l'exception du Canada prônent une société de longévité mais ont tendance à se cristalliser sur les débats de vieillissement actif. Le travail des seniors n'est pas encouragé ou « bien vu » par la société ; et la gérontologie critique qui se définit par l'étude du vieillissement par ses aspects sociaux, sociaux-culturels et politiques est très peu présente en France, et devrait se poser en débat de société. [41]

Au Canada, la province du Québec connaît une augmentation rapide de sa population âgée. En effet, d'ici dix ans la proportion des plus de 65 ans serait susceptible d'atteindre 25%.

L'Université de SHERBROOKE (Canada) et le Centre de recherche sur le vieillissement du Québec, ont lancé en 2005 un projet baptisé Villes Amies Des Aînés où l'intérêt commun est de promouvoir l'autonomie et la sécurité des personnes âgées dans leur lieu de vie pour regagner la pleine participation des séniors au sein de toutes les dimensions de la société. Ce label est promu par l'Organisation Mondiale de la Santé, pour étendre le réseau international des villes amies des aînés. [42]

Ensuite, les travaux de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) mettent en exergues le succès du modèle « Fredericia » mis en place depuis plus de dix ans au Danemark. Ce modèle a pour objectif d'aider les aînés à se focaliser sur leurs capacités résiduelles, qu'ils peuvent mobiliser pour réaliser les activités qu'ils sont encore capables d'effectuer ; et ainsi d'apprendre à dépasser leur handicap. Cette approche préconise le financement d'une aide centrée sur les priorités des personnes (People Center Care) et mise sur l'engagement des aînés. Les techniques sont apportées par des équipes d'ergothérapeutes, infirmières, coachs sportifs et kinésithérapeutes dans un objectif de maintien important des activités, tout en garantissant le bien-vieillir. Ce type de système a été mis en place par nombre de municipalités danoises en raison de l'augmentation de la qualité de vie constatée auprès des populations vieillissantes, et ce à moindre coût.[43]

Des expérimentations identiques sont observées en Norvège et au Royaume Uni sous forme d'une aide publique basée sur la ré-autonomisation des personnes fragiles, on parle de notion de « reablement ».

Dès la fin de la seconde guerre mondiale, le Danemark fait le choix du maintien au domicile des aînés. En 1970, cette volonté de rester à domicile autant que faire se peut est déjà une priorité politique ; et depuis 1987 plus aucune maison de retraite comme nous les connaissons dans le système français n'est construite.

A l'heure actuelle seulement 6% des Danois de plus de 75 ans vivent en institution. Des habitats adaptés ont été bâtis dans des quartiers collectifs où les services sont mutualisés, facilement accessibles aux personnes à mobilité réduites tout en garantissant un accès aux services médico sociaux. Ces modèles d'habitats ont été reproduits au Royaume-Uni, au Canada et dans un certain nombre de pays de l'OCDE, sur l'expérience danoise de partage en commun des services et activités (loisirs, blanchisserie, restauration).[44]

C) Architecture et grand âge

Récemment une étude sur le lieu de vie des retraités français montre qu'ils sont majoritairement propriétaires de leur logement (pour 70% d'entre eux), habitent

essentiellement au sein d'une maison individuelle et disposent souvent de grandes superficies (supérieures à 40m²) en rapport aux autres générations. C'est aussi pour cela que la population actuelle des aînés est très attachée au fait de rester à domicile. Cette tendance risque cependant de changer au cours des prochaines années, avec un accroissement de la population résidant en milieu urbain, au détriment du rural.[45]

Cela nous amène à repenser l'habitat et l'urbanisme en France, comme les politiques ont pu le faire dans leur rapport d'information « Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi », par Michelle MEUNIER et Bernard BONNE. Ce rapport propose ainsi un arrêt pur et simple de la construction des EHPAD, afin de favoriser le développement des résidences autonomes et des habitats inclusifs et partagés.[44]

Également, Denis PIVETEAU et Jacques WOLFROM ont remis au gouvernement le 26 juin 2020 un rapport intitulé « Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous ». Ce texte, d'une extrême richesse, décrit les différentes approches de l'habitat inclusif en France à l'horizon 2030, tout en imaginant son cadre légal et réglementaire, en vue de la future loi grand âge et autonomie.

Ce type d'habitat, à mi-chemin entre le domicile et l'institution, serait plus économique grâce à la mutualisation de certaines charges, et permettrait de renouer avec le vivre ensemble, encourageant une certaine mixité sociale ou favorisant les liens intergénérationnels entre les résidents. Il encouragerait aussi l'autodétermination et la capacité à choisir et façonner son lieu de vie ; droit souvent dénié aux individus jugés trop dépendants au sein de la société.

Ce rapport décrit trois points essentiels : le rôle des collectivités et des bailleurs dans le projet d'habitat inclusif ; la place centrale du « projet de vie partagée » de la résidence, et l'importance de faire de l'habitat inclusif un pilier des politiques du logement et de l'accompagnement du vieillissement et du handicap.[46]

Aussi, la Direction des Recherches, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques a publié en décembre 2020 une étude sur la projection de répartition des populations âgées fragiles selon leur lieu de vie, en fonction d'hypothèses optimistes, intermédiaires et pessimistes d'évolution de leur niveau de dépendance.

Si le virage domiciliaire plébiscité par les pouvoirs publics actuels est amorcé, et dans l'hypothèse optimiste du maintien des capacités, le nombre de places en EHPAD actuel serait suffisant pour accueillir nos aînés les plus dépendants, ces structures devraient simplement adapter leur encadrement sanitaire. L'habitat intermédiaire que représente les résidences

autonomie serait alors promu puisque le nombre de résidents tend à être multiplié par 2.5 en 2030 par rapport à aujourd'hui.[47]

D) Au niveau politique, Loi Grand Âge et évolutions des paradigmes liés à la crise de la Covid-19.

Face à ce constat de vieillissement de la population et de nécessité d'évolution de prise en charge et d'accompagnement tout au long du parcours de vie de la personne âgée, est née une volonté du législateur de prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée, au travers du lancement de la stratégie « Vieillir en bonne santé », initiée par Agnès BUZYN en janvier 2020 dans le cadre de la future Loi Grand Âge et Autonomie ; et soutenu par les 175 propositions du Rapport LIBAULT, remis le 28 Mars 2019 au Ministère des Solidarités et de la Santé.

a) La Remise du Rapport LIBAULT, impulsion à la Loi Grand Âge et Autonomie

Le 17 Septembre 2018, Le Premier Ministre Édouard PHILIPPE demandait par lettre de mission à Dominique LIBAULT, Directeur de l'École Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale et ancien directeur de la Sécurité Sociale, de mener une concertation nationale « Grand Âge et Autonomie » dans le cadre de la réalisation d'un projet de loi visant à apporter de nouvelles solutions destinées à l'accompagnement de nos aînés et la prévention de la perte d'autonomie.

Cette concertation, menée sur près de quatre mois a permis l'élaboration de 175 propositions, synthétisées après diverses actions menées auprès des acteurs locaux, de rencontres avec les professionnels de santé ; mais aussi l'instauration de forums régionaux et enfin une consultation citoyenne élargie ayant récolté la participation de 414 000 citoyens de tout âge ayant posté près de 18 000 propositions dont quatre grandes thématiques ont pu se dégager : l'amélioration des conditions de vie et de travail des aidants et professionnels ; l'augmentation de la qualité et de la variété de l'offre des lieux de vie ; la réduction des coûts de prise en charge, tant à domicile qu'en établissement ; et enfin, favoriser l'accessibilité à la santé pour nos aînés.[48]

Le fruit de ces différents travaux a ainsi abouti à la présentation de 175 propositions lors de la remise du Rapport LIBAULT ; répondant à huit priorités destinées à modifier le paysage de l'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie que sont :

- L'investissement dans les professions du grand âge, en établissement ou à domicile afin d'accroître l'attractivité du secteur ;
- Le choix du maintien à domicile par la personne âgée, associé à la détection des fragilités en défaveur de ce choix de vie.
- Le pilotage pour et par la qualité, au travers de l'amélioration du service rendu aux aînés.
- La mise en œuvre d'interventions diversifiées et coordonnées, en mettant fin aux réponses en silos.
- La mise en place d'une nouvelle offre pour pouvoir répondre efficacement aux attentes et besoins de chacun.
- La diminution du reste à charge en établissement pour les personnes âgées modestes.
- La lutte contre l'isolement de la personne âgée et des aidants
- Le renforcement de la prévention contre la perte d'autonomie liée au vieillissement et l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé.[49]

En parallèle de ces huit priorités, Dominique LIBAULT, en remettant son rapport à la ministre de la Santé, Madame BUZYN, a également mis en exergue dix propositions clés, dans l'objectif de s'orienter vers une gestion de la dépendance au soutien de l'autonomie de nos aînés. Ces dix recommandations sont les suivantes :

- La création d'un guichet unique départemental, destiné aux seniors et aux proches aidants, au travers de l'instauration de « Maisons des aînés et des aidants » ;
- Une stratégie nationale orientée vers les métiers du grand âge, au sein de laquelle est prévue un accroissement des effectifs, un changement des modes de management, la prévention des risques professionnels, mais aussi une politique des ressources humaines orientée vers la formation, le développement des compétences ainsi que des perspectives professionnelles ;
- La mise en place d'un fond de 550 millions d'euros destiné aux services d'aide et d'accompagnement à domicile, dans un objectif d'amélioration de la qualité des prises en charge et d'attractivité des professions ;
- Un accroissement du taux d'encadrement de 25% au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes d'ici 2024 ;
- Un renforcement de la qualité d'accompagnement et une restructuration de l'offre, avec des EHPAD ouverts vers le territoire ;
- Une diminution significative du reste à charge pour les personnes âgées aux revenus modestes ;

- La mise en place de rendez-vous de prévention des fragilités, liée à une sensibilisation des professionnels concernant cette thématique ;
- Une indemnisation du congé de proche aidant, associée à des négociations de branche destinées à faciliter la conciliation entre vie professionnelle et mission d'aidant ;
- Enfin, un renforcement du service civique, dans un objectif de limiter l'isolement familial de nos seniors, tout en privilégiant les relations intergénérationnelles.[50]

Enfin, à ces dix propositions clés, s'ajoute la volonté de création d'un cinquième risque de sécurité sociale, s'appuyant sur l'expérience allemande : le risque Assurance-Dépendance, ou branche Autonomie, destinée à financer la prévention de la perte d'autonomie ; mais aussi l'accompagnement lié à cette perte d'autonomie ainsi que la compensation de cette dernière ; tout en garantissant aux aînés concernés des revenus d'existence. Cette cinquième branche de l'Assurance Maladie pourrait voir le jour, si l'on en croit le rapport du CNSA « Financement des politiques de soutien à l'autonomie, selon l'article 33 de la Loi de Financement de l'Assurance Maladie 2021, une utopie atteignable », voir le jour d'ici la fin du mandat du Président Macron.[51]

Ce rapport, des plus complets, a ainsi permis d'impulser cette Loi Grand Âge et Autonomie, véritablement lancée en Janvier 2020 par la Ministre de la Santé et des Solidarités, Agnès BUZYN, par la stratégie nationale : « Vieillir en Bonne Santé 2020-2022 ».

b) La stratégie Vieillir en Bonne Santé 2020-2022 promulguée par Agnès BUZYN

Cette stratégie, visant à préserver l'autonomie des aînés autant que faire se peut, en déployant la prévention à tous les âges, se décline en dix-huit mesures réparties entre quatre grands axes.

Le premier d'entre eux s'appuie sur une promotion de la prévention tout au long de la vie de l'être humain dans l'objectif de retarder au maximum la perte d'autonomie. Déclinée en trois mesures, la réponse à ce premier objectif repose sur le lancement d'une application en santé permettant auto-évaluation des besoins, conseils opérationnels et orientations personnalisés et ce dès l'âge de 40 ans.

A cela s'ajoute la mise en œuvre d'un rendez-vous de prévention lors du départ à la retraite, en collaboration avec les différentes caisses de retraite et d'assurance maladie. Enfin, la dernière mesure de ce premier axe serait traduite par l'instauration d'une campagne

annuelle (chaque première semaine d'octobre) de communication en soutien de la Semaine Bleue, consacrée à diverses thématiques de la prévention de la perte d'autonomie.

Le second axe, le plus conséquent de cette stratégie, consiste quant à lui, à intervenir sur les différents facteurs (intrinsèques et extrinsèques) favorisant la perte d'autonomie chez les sujets âgés d'au moins 70 ans.

La mise en œuvre de cette seconde action est essentiellement fondée sur le déploiement de la démarche ICOPE, évoqué précédemment, et grandement soutenu par le Professeur Bruno VELLAS, dans l'objectif de dépister la fragilité chez les personnes âgées. Aussi, le gouvernement souhaite renforcer l'accès à l'adaptation des logements de nos seniors au travers de deux mesures que sont le rappel auprès des publics âgés de la possibilité et de la nécessité de procéder à l'adaptation de son logement, en favorisant l'accès à la gratuité de diagnostics ; mais aussi en proposant des offres de soutien dans le cadre de l'adaptation du logement.

Le gouvernement français propose également de débloquer près de 175 millions d'euros afin d'améliorer le parcours des personnes âgées à l'hôpital d'ici 2025, et d'atteindre cet objectif majeur qu'est le « zéro passage aux urgences » pour les personnes âgées dépendantes. La réalisation de cet objectif sera ainsi conditionnée à une coordination du parcours de soins du patient entre la médecine de ville et l'hôpital.

La huitième mesure visera quant à elle, à lutter contre l'isolement des aînés, par le biais d'un appui aux initiatives locales et la création d'un label « Villes Amies des Aînés ». La stratégie Vieillir en Bonne Santé propose ensuite trois mesures axées sur des actions essentiellement sensorielles que sont le dépistage du déficit auditif et des troubles de la vision, mais aussi la facilitation de l'accès au lunettes et prothèses auditives par le biais d'une prise en charge à 100%.

Enfin, promulguer un dispositif de prévention au suicide est proposé par Agnès BUZYN, dans l'objectif de prévenir le risque de récurrence au sein des populations âgées.

Le troisième axe, décliné en quatre mesures, consiste à éduquer les professionnels du territoire à faire de leur priorité la préservation de l'autonomie de chaque être humain ; en introduisant au sein des certifications des établissements de santé des critères de prévention de la perte d'autonomie ; mais aussi en prenant en compte les actions mises en œuvre pour favoriser cette prévention au sein des systèmes de tarification des services d'urgence ; en déployant des actions de prévention au sein des EHPAD et enfin, en diffusant des outils d'information et de communication dans la relation médecin patient afin de promouvoir la prescription de thérapeutiques.

Enfin, le dernier axe de ce projet, est de tendre vers l'asymptote des pays européens les plus affirmés en termes de prévention de perte d'autonomie par le biais de la recherche et de l'innovation. Deux mesures permettent de répondre à cet objectif : le déploiement du Programme d'Investissement d'Avenir permettant de financer des projets et innovations dans le secteur de la prévention de perte d'autonomie et du vieillissement. La seconde mesure consiste en la création d'indicateurs permettant d'évaluer les conséquences de la mise en œuvre des actions de prévention auprès de nos aînés.[52]

c) Le Rapport DUFEU-SCHUBERT : 85 propositions pour lutter contre l'âgisme et réussir la transition démographique

Dans la poursuite du Rapport LIBAULT et de la Stratégie Vieillir en Bonne Santé 2020-2022, le Premier Ministre Edouard PHILIPPE a confié à la parlementaire Audrey DUFEU SCHUBERT la réalisation d'un rapport s'orientant sur le regard et la considération attribuée par notre société aux aînés ; en orientant ce travail vers une description des réalités de l'âgisme en France ; mais aussi en proposant des solutions afin de modifier cette perception de l'âgisme tout en favorisant les développement intergénérationnels.

Le Rapport DUFEU, remis à la ministre de la Santé et des Solidarités, Madame BUZYN le 12 décembre 2019 développe ainsi 85 propositions déclinées en six axes :

- Une meilleure prise en compte de la longévité dans les politiques locales ;
- Le renforcement de l'approche domiciliaire ;
- Un changement de regard de la société sur les seniors ;
- Une consolidation des liens intergénérationnels ;
- Une plus grande reconnaissance de la place des aînés dans la société ;
- L'orientation vers de grandes transitions.

Ce rapport, destiné à apporter une meilleure considération, reconnaissance à nos aînés, tout en promulguant l'importance de leur liberté de choix de vie est ainsi le dernier rapport ayant été remis au gouvernement dans le cadre de la Loi Grand Âge et Autonomie en amont de la survenue de l'épidémie de coronavirus, venue chambouler le quotidien de tous, mais également le développement de cette loi.[53]

d) Un statut quo de la Loi Grand Âge et un fort impact de la crise Covid-19

C'est en juin 2018 qu'Emmanuel MACRON a annoncé la rédaction future d'une Loi Grand Âge et Autonomie. Cependant, la transmission du Rapport LIBAULT et l'impulsion de

la Stratégie Vieillir en Bonne Santé coïncidant à quelques semaines près avec la survenue de la pandémie de coronavirus ont entraîné maints et maints reports de cette loi.

Cependant, la crise n'a fait que renforcer cette nécessité de remettre sur les rails la Loi Grand Âge et Autonomie, compte tenu des différentes mesures mises en place par les gouvernements, dans l'objectif de contrôler et limiter la propagation du virus, renforçant les fragilités de nos aînés comme le montre l'étude menée par M. MAAMAR & al fin 2020.

En effet, selon cette étude, la crise de coronavirus et en particulier les restrictions mises en place à partir du 15 mars 2020 ont démontré un accroissement de la sarcopénie chez les sujets âgés, liée à la limitation des déplacements dans le cadre des mesures de confinement ; favorisant une sédentarité exacerbée sur la période, entraînant ainsi une fonte musculaire. Cette perte de masse musculaire peut ainsi être à l'origine d'un déclin fonctionnel, et par conséquent, d'une perte d'autonomie.

En parallèle, cette étude démontre également une augmentation significative de dépression chez les seniors durant cette période.

Cette dépression est issue en particulier de la douleur morale ayant pu être causée par l'isolement familial et social lui-même favorisé par la période de confinement ; souffrance psychique pouvant être caractérisée par la solitude ; l'ennui, le sentiment d'inutilité ; ainsi que la peur d'être contaminé renvoyant à une crainte de la mort.

Également, la réorganisation des systèmes de soins, corrélé à la crainte des patients d'être contaminés lors de rendez-vous médicaux, a pu favoriser une augmentation significative des déprogrammations ou annulations de prise en charge de pathologies autres que la Covid-19. En effet, cette étude de MAAMAR stipule que 81,7% des interventions dans le cadre de chirurgie « bénignes » et 37,7% des chirurgies oncologiques ont été reportées ou annulées au niveau mondial en raison de la pandémie de coronavirus.[54]

La pandémie a ainsi révélé l'importance de la fragilité de nos aînés à domicile, en particulier liée aux multiples périodes d'isolement ayant ponctuée ces deux dernières années et la nécessité de les accompagner, en particulier au travers de cette approche domiciliaire. Elle a également mis en exergue le caractère indispensable de la prise en compte des attentes des personnes âgées, afin de définir les priorités d'intervention afin de faire face au vieillissement et la perte d'autonomie qui en découle.

Ces constats ont ainsi permis aux politiques de prendre conscience de la nécessité de réinvestir cette Loi Grand Âge et Autonomie, délaissée au cours de ces douze derniers mois afin de pouvoir établir rapidement un projet de loi permettant d'anticiper la perte d'autonomie face à l'afflux massif des seniors d'ici 2030.[55]

e) Vers une reprise de la Loi Grand Âge et Autonomie, la remise du Rapport
BROUSSY et le Think Tank Matières Grises

« Nous vieillirons ensemble », ainsi s'intitule le rapport remis par Luc BROUSSY remis en mai dernier à Mesdames BOURGUIGNON (Ministre déléguée à l'Autonomie), GOURAULT (Ministre à la Cohésion des Territoires) et WARGON (Ministre déléguée au Logement), ayant elles-mêmes demandé à L. BROUSSY de réactualiser les propositions que ce dernier avait pu formuler au cours de l'année 2013 dans le cadre d'un rapport relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

Ce rapport, décrit 80 propositions destinées à répondre aux difficultés du vieillissement à domicile, propositions répondant à une vision holistique de l'environnement de la personne âgée, à la fois, matériel, social, familial ; en anticipant les évolutions démographiques de notre pays ; mais aussi en essayant de favoriser à maxima une approche sociétale et intergénérationnelle.

Décliné en cinq chapitres, Luc BROUSSY a tenté, au travers de ces 80 propositions, de couvrir l'intégralité des conditions permettant la prévention de la perte d'autonomie à domicile, par l'adaptation du logement en tant que prémisses au maintien à domicile ; mais encore la nécessité d'axer les politiques territoriales vers une bienveillance des zones urbaines envers les aînés. Aussi, ce rapport fait état des conditions de mobilité de la personne âgée et de leur adaptation afin de conserver ce besoin primaire de se déplacer. Enfin, cet écrit fait aussi allusion à la solidarité territoriale envers les seniors ainsi qu'à l'anticipation de la transition démographique.[56]

Il est pertinent de s'orienter au sein de ce rapport vers la proposition 72, s'intéressant au maillage du territoire par des EHPAD plateformes à destination des personnes âgées vivant à domicile ; proposition directement en corrélation avec la publication par le même auteur du Think Tank Matières Grises, en mai 2021 ; aussi connu sous le nom de « L'EHPAD du Futur commence Aujourd'hui : Propositions pour un changement radical de modèle ». Au travers de son chantier numéro 3, il est évoqué la nécessité de s'orienter vers des EHPAD plateformes ; et en particulier vers deux types de plateformes : « IN » et « OUT ».

L'intérêt de la première consiste en la convergence des EHPAD vers le statut de pôles ressources pour l'ensemble des personnes âgées du territoire. Cette logique « IN » consisterait ainsi à créer un dispositif de prise en charge et de services à destination de la personne exclusivement au sein de l'EHPAD, tel qu'il l'est actuellement, à la fois pour les résidents, mais aussi les seniors du territoire géographique dans lequel se situe

l'établissement ; sans aucune intervention au domicile de la personne âgée (ce qui relèverait ainsi de la logique « OUT »).

La logique « OUT », quant à elle, relèverait d'un EHPAD « hors les murs », en développant des services de l'établissement sur le territoire auprès des populations âgées fragiles. Elle permettrait ainsi la prévention des fragilités au sein du lieu de vie de la personne âgée ; mais aussi de soulager l'aidant du poids de son rôle ; tout en permettant une coordination optimale du parcours de soins et d'aide de l'aîné.

Ce Think Tank Matières Grises, ayant recueilli la contribution de nombreux acteurs du secteurs (Directeur d'EHPAD, gériatres, Responsables Formation Humanitude, Architectes, ...) présente s'intéresse également à deux autres chantiers que sont l'adaptation de l'EHPAD au attentes et besoins du résidents de telles sortes à ce qu'il devienne « son » lieu de vie ; mais aussi une réforme des locaux, espaces et architectures des EHPAD, adaptés au plus près des besoins des usagers.[57]

Au travers de ce chapitre, nous avons ainsi pu voir mettre en évidence l'évolution de la Loi Grand Âge et Autonomie au travers de ces trois dernières années, ainsi que la diversité des travaux menés et des orientations en cours. Il convient cependant, avant de mettre en avant l'étude dont ce mémoire fait l'objet, de faire un état des lieux sur les rôles et missions des EHPAD, mais aussi les évolutions dont ils ont fait l'objet au cours des dernières années, en particulier liées à la population accueillie.

III) Rôle de l'EHPAD

Un EHPAD, ou Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, plus connu sous l'appellation de maison de retraite est une structure médico-sociale accueillant des individus de plus de 60 ans en perte d'autonomie physique et/ou psychique pour lesquels le maintien au domicile n'est plus envisageable.[58]

A) Vers des prises en soins de plus en plus lourdes

L'évolution de la typologie des résidents ces dernières années se caractérise par une comorbidité et une dépendance accrue aussi bien psychique que physique.

En effet, nous observons une augmentation de l'âge moyen d'entrée en EHPAD, approximativement, qui est à ce jour de 86 ans, contre 84 ans et 5 mois en 2011.

En parallèle, la durée moyenne de séjour est 2 ans et 5 mois. Parmi les résidents qui y sont admis, 25% d'entre eux y séjourneront au moins 4 ans et 4 mois.

Ensuite, les différents rapports du CNSA relatifs à la situation des EHPAD nous orientent clairement sur la tendance actuelle d'un point de vue du niveau de dépendance (GIR Moyen Pondéré) ainsi que des besoins en soins (au travers du Pathos Moyen Pondéré). S'agissant du GMP, nous pouvons voir une évolution importante de ce dernier entre 2010 et 2017, avec une légère diminution en 2012 et 2016. En effet, le GIR Moyen Pondéré est passé de 680 en 2010 à 726 en 2017, mais semble tout de même stagner depuis 2015 (723 en 2015, 722 en 2016 et 726 en 2017).

Le Pathos Moyen Pondéré, s'intéressant aux besoins en soins requis par les résidents a nettement augmenté depuis 2010 (180 en 2010 pour un PMP de 213 en 2017), mais semble évoluer de façon linéaire depuis 2012, avec une augmentation comprise entre 3 et 6 points chaque année.[59]

Selon le Professeur Claude JEANDEL, chef du service gériatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, pour permettre aux EHPADs de demeurer un lieu de vie, il faudra les équiper de moyens adéquats afin de prodiguer les bons et justes soins aux usagers. Selon ses recommandations nous devons de mettre l'accent en EHPAD sur le suivi et la maîtrise des pathologies chroniques stabilisées, le suivi rapproché des défaillances d'organes, la gestion des situations d'urgence, la prise en charge des affections aiguës, la prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie, la gestion des risques, ainsi que les soins palliatifs et de fin de vie.

Nous pourrions imaginer que ces prises en soin pourraient être assurées et facilitées par un temps médical plus large, de la façon suivante :

- Par le biais d'une augmentation d'équivalent temps plein infirmier et/ou médecin coordonnateur ;
- Par une montée en compétence des médecins coordinateurs en médecins prescripteurs (sous certaines conditions) ;
- Le développement du salariat de médecins généralistes à l'intérieur même des structures ;
- Par la présence infirmière de nuit obligatoire.

B) La Gestion des Urgences en EHPAD

La nécessité d'hospitalisation en urgence en EHPAD est extrêmement fréquente, avec un usager âgé qui cumule plusieurs difficultés face à l'hospitalisation en général :

- Un taux d'hospitalisation plus important : 40,6 % pour les plus de 60 ans contre 19,1% pour l'ensemble de la population,
- Une durée du séjour plus longue : 10 jours à partir de 85 ans contre 5 jours pour les moins de 64 ans,
- Une proportion d'admission par les services d'urgences relativement élevée : 45 % de la population des plus de 80 ans se font via les urgences contre 15% pour la population appartenant à la tranche d'âge 30-70 ans.
- Aussi, être hébergé en EHPAD double le risque d'être un usager fréquent des urgences.[60]

Les motifs d'admission les plus fréquents des personnes de plus de 75 ans sont les suivants : chutes, malaises, troubles du comportement, problèmes cardiaques et accidents vasculaires. Ils donnent lieu dans 40% des cas à une hospitalisation en médecine interne.[61]

Souvent le manque de personnel soignant la nuit conduit à des admissions en service hospitalier d'urgence. En effet les professionnels ne sont pas toujours à même d'évaluer la gravité d'une chute de résidents, comme pourrait le faire une Infirmière Diplômée d'État formée à cette problématique. Il en résulte alors des passages inutiles aux urgences la nuit.

Quand bien même le dossier patient informatisé permet d'imprimer rapidement une fiche de liaison à destination du service des urgences, lors du transport vers l'établissement hospitalier, les relations entre EHPAD et l'hôpital sont souvent sources de nombreuses incompréhensions et parfois de tension.

De plus, l'hospitalisation d'une personne fragile n'est pas anodine. En effet, une étude dans un Centre Hospitalier Universitaire français a montré que sur 500 patients de plus de 75 ans dont on a évalué l'autonomie à l'entrée et à la sortie par l'échelle ADL (Activités de la Vie Quotidienne) montre que :

- 60% conserve le même score d'autonomie
- 20% bénéficie d'un score plus élevé (grâce au traitement d'une pathologie)
- 20% présente un score moins élevé, synonyme d'augmentation de la dépendance ; dont 12% de manière sévère sans explication clinique démontrée.[9]

Après avoir mis en avant les problématiques relatives à la dépendance et la gestion des urgences en EHPAD, il convient d'étudier sa place au sein du bassin territorial et les liens qu'il est susceptible de tisser avec les acteurs locaux.

C) La place de l'EHPAD dans le bassin territorial

En France, près de 7200 Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes permettent d'offrir un réseau et un maillage territorial des plus conséquents.[62]

Nous pouvons retrouver trois statuts juridiques différents au sein de ces établissements : environ 43% des EHPAD sont publics, près d'un tiers sont privés à but non lucratif et enfin, un quart d'entre eux sont des établissements privés commerciaux. Ils sont présent sur l'ensemble du territoire de façon assez contrastée selon les statuts. Force est de constater que les établissements privés à but non lucratifs sont essentiellement implantés dans l'Est, le Nord, en Ile de France, en Pays de Loire ; alors que les établissements commerciaux sont plus présents en Ile de France, Nouvelle Aquitaine ainsi que le pourtour de la côte de la région Provence Alpes Côte d'Azur.

La majorité des Etablissements ouverts depuis 2000 (65% de l'ensemble des EHPADs) sont de taille moyenne puisqu'ils disposent de 60 à 99 places. Le nombre d'établissements disposant d'une capacité d'hébergement supérieure à 200 places ou inférieure à 45 tend considérablement à diminuer.[63]

Depuis 2010 le nombre de place en établissement se structure autour de 2 axes que sont le regroupement de petites entités pour les secteurs non lucratifs et commerciaux, afin de former des groupes de taille plus ou moins importante, et ce à l'échelle régionale ou nationale. En parallèle, nous retrouvons la fusion de grands groupes nationaux du secteur commercial pour former des entreprises à l'échelle internationale.

Également, il est nécessaire d'évoquer la recomposition territoriale des établissements avec des questions de rentabilité seuils, qui prennent leur sens dès lors qu'un établissement dispose d'une capacité d'accueil située entre 80-90 places ; mais aussi la question cruciale du maintien des structures d'accueil de proximité, notamment dans le milieu rural ou péri-urbain.

Face à ces concentrations, nous observons des résistances dans le cadre de la préservation de l'autonomie et la présence d'une offre pertinente sur le territoire ; du respect de l'histoire de l'établissement émanant de l'initiative privée au service de l'intérêt général. Les dirigeants s'orientent alors vers leur intégration au sein de réseaux tel que les GCSMS (Groupement de Coopération Sanitaires et Médico-Sociaux) ou d'un groupement entre structure autour d'un cadre fédératif en mutualisent certaines activités. [34] A l'heure actuelle, il est donc impensable pour un établissement d'œuvrer seul, d'autant plus que l'avenir est tourné vers le travail en réseau à travers des partenariats et des conventions.

Nous entendons par coopération toutes formes de collaborations entre les professionnels, les pratiques ou les structures du secteur social et médico-social, sanitaire, ou autres partenariats (culturels par exemple), permettant d'offrir aux personnes âgées dépendantes un panel de solutions et de services diversifiés et adaptés à leurs besoins ; leur permettant d'assurer la coordination des interventions des professionnels et structures auprès des usagers.

Nous pouvons citer deux formes de coopérations : la coopération interne, qui désigne la collaboration entre les établissements et services médico-sociaux, ou non, gérés par le même organisme gestionnaire. Celle-ci permet au sein du même groupe de mutualiser des moyens et des ressources complémentaires.

Les coopérations externes désignent des collaborations avec des établissements et services médico-sociaux, ou non, gérés par d'autres acteurs du territoire.

L'étude KPMG, en 2015, *EHPAD : vers de nouveaux modèles* indique que 95 % des directeurs d'EHPADs déclarent pratiquer des coopérations, seulement 3% uniquement internes, 57 % uniquement externes, et 35% des deux sortes.

D'une façon majoritaire, nous pouvons observer que ces coopérations sont essentiellement centrées sur les établissements et services sanitaires et gériatriques du territoire (EHPA, SSR, SSIAD, HAD, Hôpital, Equipe Mobiles hospitalières, soins palliatif, télémédecine), mais sont en revanche plus rarement orientées vers des services de soins et d'aide à domicile (SSIAD et SAAD).

Ce point pourrait s'expliquer par une différence de culture des métiers, tant au niveau des compétences, que des organisations ou bien du management).

Les EHPADs tissent également des liens réguliers avec les acteurs de la culture, de la vie associative et des loisirs, les partenariats crèches et acteurs du milieu de la petite enfance. L'exemple le plus flagrant revient à prendre le cas d'un EHPAD géré par un Centre Communal d'Action Sociale. En effet, ce dernier, au travers des différents services pourra proposer une mise en relation des EHPAD avec les différents établissements dont il a la tutelle. Le CCAS pourra ainsi mettre en relation les écoles avec la structure d'accueil pour personnes âgées afin de favoriser des activités offrant une relation intergénérationnelle. Ils permettent également le lien entre foyer d'activités développés par la mairie, résidence autonomie également sous la gestion du C.C.A.S et l'EHPAD, par le repérage des fragilités et l'accompagnement dans le cadre d'orientations vers les deux types d'institutions citées précédemment par le biais de professionnels paramédicaux, mais également d'assistantes de service social.

Partie 2 : Méthodologie et Discussion

I) Méthodologie et Présentation de l'étude

Afin de répondre aux différentes questions de recherche et par la suite à la problématique, nous avons réalisé une étude transversale rétrospective au travers d'un questionnaire (Annexe 3).

Ce formulaire, à destination d'acteurs de l'offre de premier recours, mais également de directeurs de structures intervenant auprès de personnes âgées a permis d'évaluer les modifications du paysage de la prise en charge de la personne âgée, tout en essayant de déterminer les axes de travail permettant d'optimiser ces prises en soins ; et les possibles collaborations qui permettraient d'y parvenir.

Nous avons fait le choix de réaliser un questionnaire à choix multiples et réponses courtes, ce modèle d'enquête offre un recueil de données facilement analysables et permet de dégager des idées fortes relatives à des groupes de répondants.

A) Lieu et Durée de l'étude

Cette enquête, réalisée sur une base informatique, a pu être diffusée par courrier électronique à plus de deux-cents professionnels du secteur (Directeurs et directrices d'EHPAD ; de CLIC, MAIA et PTA ; ainsi que de SSIAD et HAD ; mais aussi de médecins généralistes et de coordonnateurs de CPTS) de la région Occitanie. Cette enquête a pu être accessible pendant quarante jours afin d'obtenir un nombre de réponses permettant une certaine fiabilité de l'étude.

B) Description du questionnaire :

Le choix de cette enquête nous est apparu pertinent dans le sens où il était intéressant d'évaluer à la fois les changements de perceptions managériales à la suite de la crise de la Covid-19 ; mais aussi les évolutions du paysage de la prise en charge de la personne âgée ; et les solutions et collaborations pouvant être apportées et créées afin de répondre aux besoins nouveaux et futurs de nos aînés.

La première section du questionnaire s'intéresse au secteur d'activité du répondant. En effet, nous avons trouvé judicieux d'identifier et mettre en avant les réponses proposées par chaque catégorie de professionnels.

La seconde section, intitulée « Impact de la crise Covid-19 sur les pratiques managériales » est composée de deux questions.

La première d'entre elle, à choix multiples, s'intéresse aux modifications de la vision du rôle de manager à la suite de la crise sanitaire, en proposant aux participants cinq choix prédéfinis de modification de perception que sont le « Plan Social » (Gestion des Ressources Humaines, ...); le « Plan de la Santé », relatif à la prise en soins de la personne âgée ; le « Plan des contraintes », s'intéressant au niveau logistique ; le « Plan des Organisations », associé à un niveau opérationnel ; ainsi que le « Plan de la Solidarité » (coopération au niveau territorial). Nous avons également laissé le choix aux professionnels répondant au formulaire de ne pas se prononcer, mais aussi de proposer d'autres plans ayant pu voir une modification de perception.

La seconde question de cette section est une question ouverte, permettant d'explicitier ces modifications de vision.

La troisième section du questionnaire est, elle aussi basée sur un principe de questions doubles. La thématique de cette rubrique est orientée vers l'évolution des prises en charge des personnes âgées. La première question de cette section est une question à choix multiples, proposant un panel de changement de paysage visible au sein de la prise en charge de la personne âgée ; panel de solutions ayant pu être mis en avant précédemment par la littérature. Nous pouvons ainsi retrouver « l'augmentation du niveau de dépendance » ; des « personnes intégrant les institutions de plus en plus tardivement » ; une « diminution de l'attractivité du secteur pour les professionnels médicaux et paramédicaux » ; une trop large « multiplicité des structures et intervenants » ; et enfin, un accroissement de la médicalisation en EHPAD. Nous avons là-aussi laissé le libre-choix aux répondants d'ajouter de nouvelles catégories si besoin.

La quatrième rubrique s'intéresse à la coopération territoriale, toujours par ce double questionnement. La première question, à choix multiples, permet d'identifier les éventuelles conventions ou partenariats mis en place à un niveau local par les participants, que ce soit avec des services de premier recours, des structures spécialisées, des services à domicile ou bien des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

La seconde question de cette section s'intéresse quant à elle aux natures et intérêts de ces partenariats et collaborations.

S'agissant de l'avant-dernière section, nous avons fait le choix de l'orienter vers les perspectives liées aux attentes et besoins des personnes âgées. En effet, par une question ouverte, nous avons demandé aux participants de mettre en exergue les solutions optimales qui permettraient de répondre aux attentes et besoins de nos aînés d'ici dix ans.

Enfin, la dernière section et question s'intéresse au positionnement dans le parcours de la part du répondant en s'interrogeant sur la façon dont il pourrait s'impliquer en tant qu'acteur principal d'un pôle ressource gérontologique.

II) Présentation et Analyse des Résultats

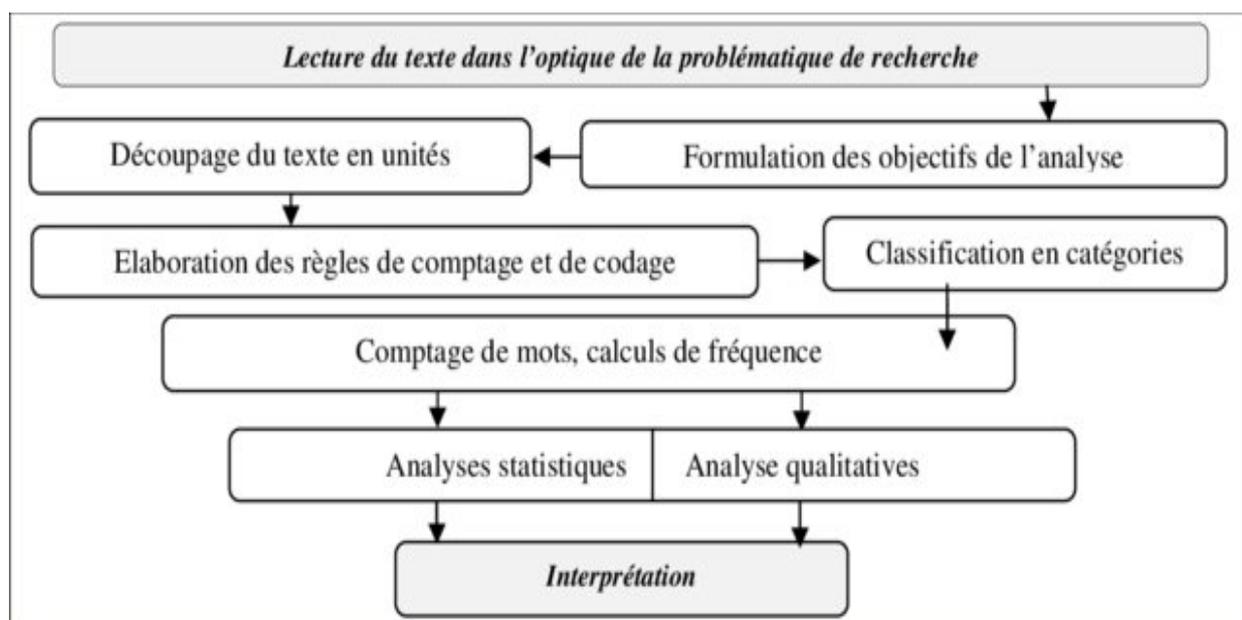
A) Présentation des résultats

Il est essentiel de préciser que la réalisation des graphiques relatifs aux questions ouvertes a pu être réalisée selon la méthodologie suivante :

- Les réponses ont dans un premier temps été exportées sous un tableur Excel ;
- Nous avons ensuite codé les données en définissant des unités d'analyse lexicale (se centrant sur le vocabulaire et la fréquence des mots employés), et unités d'analyse thématique (portions de phrases relatives à une même idée).
- Enfin, nous avons analysé les données de manière quantitatives (calcul de fréquence et analyse factorielle) et de manière qualitatives (importance et graduation des idées).

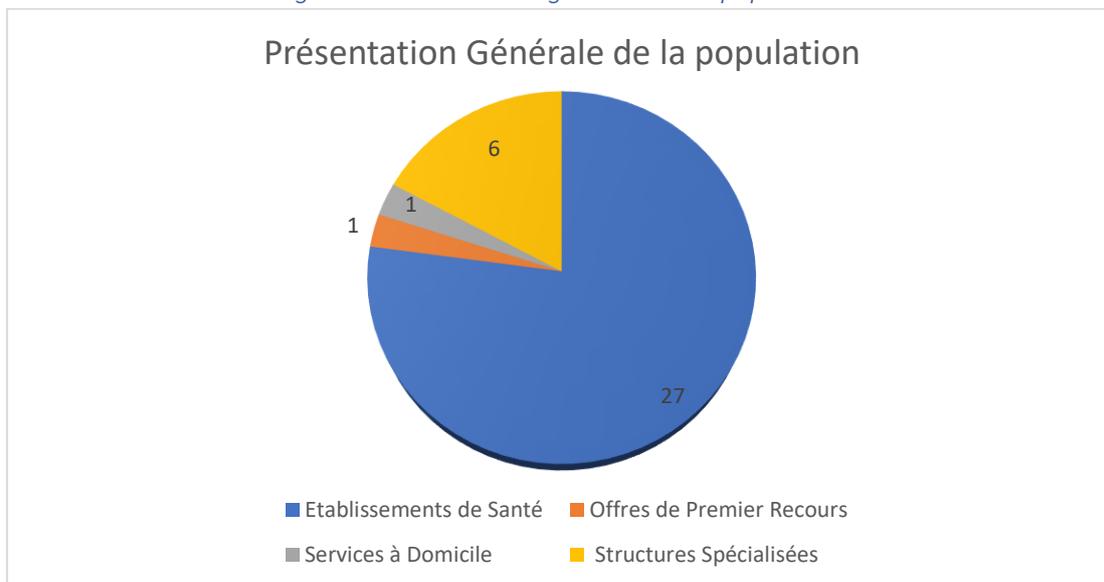
La méthodologie utilisée peut ainsi être traduite par le biais de la figure suivante, issue de l'un des séminaires dispensés par la Professeure I. GEORGESCU.

Figure 4 : Schéma détaillant la méthodologie utilisée dans le cadre de la description des résultats du questionnaire de recherche



a) Présentation générale de la population

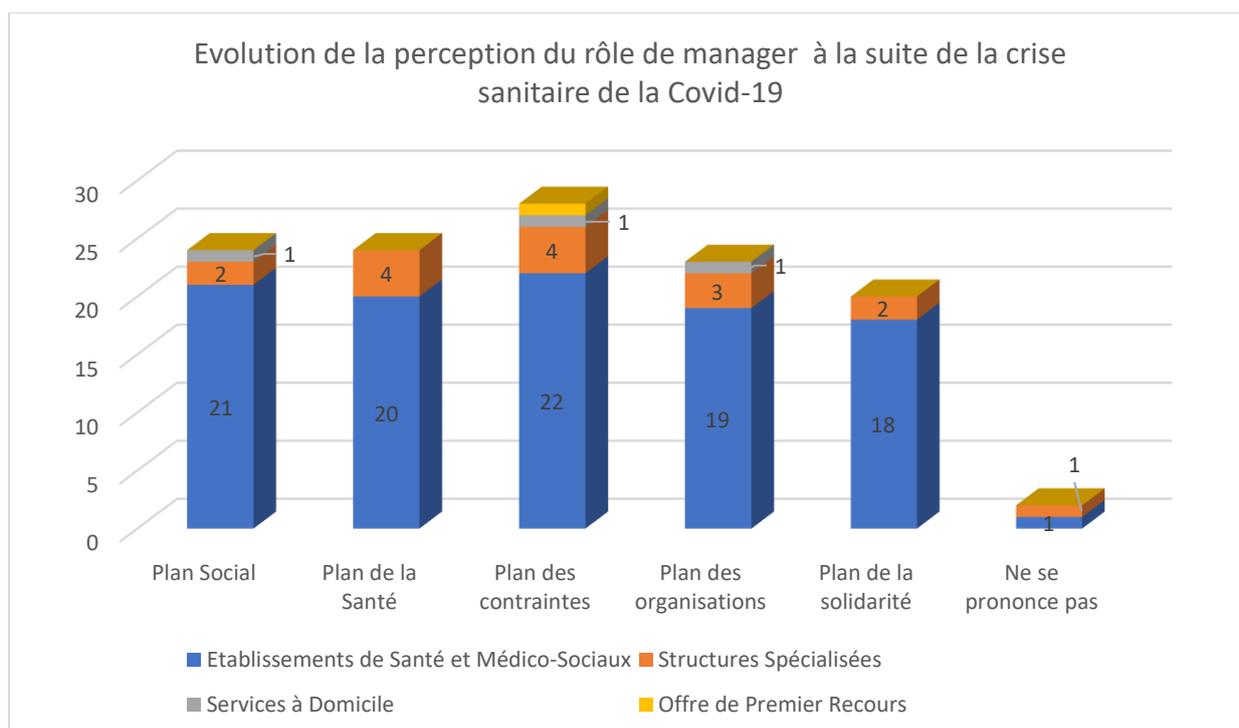
Figure 5 : Présentation générale de la population



La première figure montre que trente-cinq professionnels ont participé à l'enquête. La majorité d'entre eux est issue du secteur des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux (77,1%). En second lieu, nous retrouvons des professionnels exerçant au sein de structures spécialisées (CLIC, MAIA, PTA, ...).

b) Étude des résultats de l'impact de la crise Covid-19 sur les pratiques managériales

Figure 6 : Évolution de la perception du rôle de manager à la suite de la crise sanitaire de la Covid-19



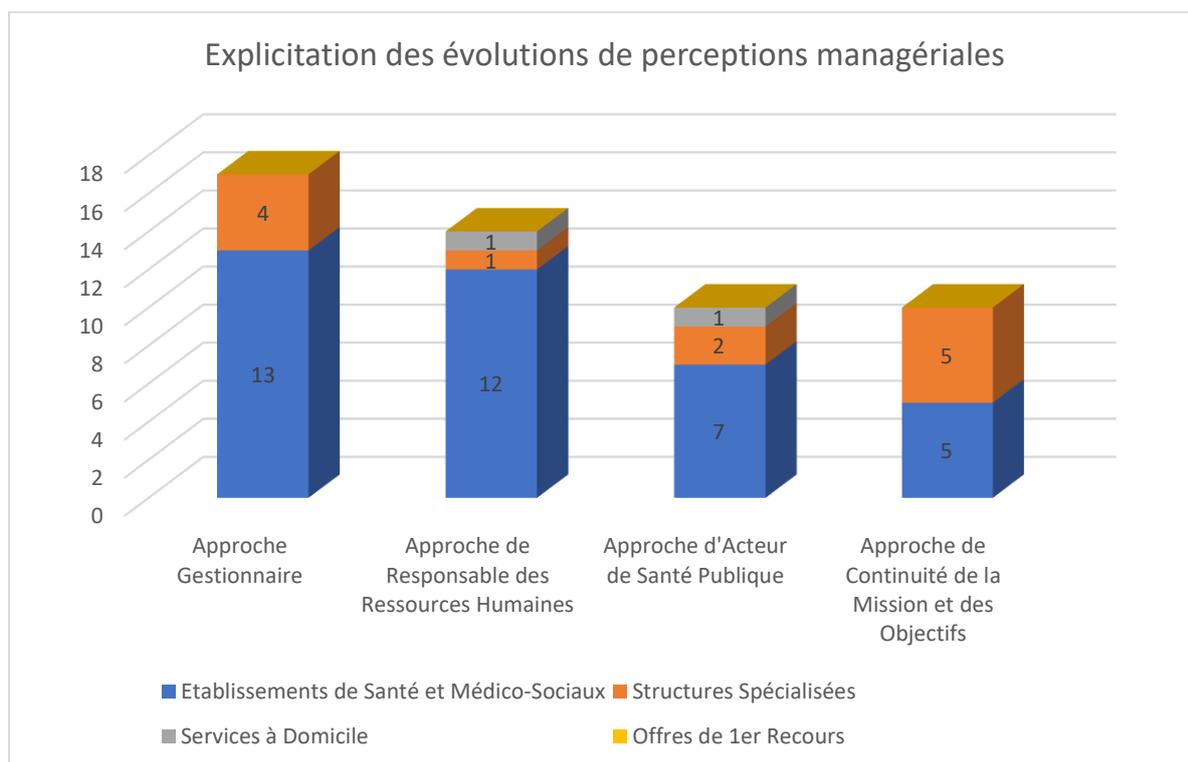
Ce graphique met en avant les évolutions de perception du rôle de manager à la suite de la crise sanitaire de Covid-19. Seuls deux professionnels n'ont pas ressenti d'évolution de perception du rôle de manager (sur les trente-cinq interrogés) : un professionnel exerçant en ESMS et un exerçant au sein d'une structure spécialisée.

S'agissant des professionnels exerçant en établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, les résultats sont globalement homogènes, et mettent en évidence un changement de perception sur les cinq plans proposés (plan social, de la santé, des contraintes, des organisations et de la solidarité), avec un nombre de réponses plus prononcé vis-à-vis du plan des contraintes (81,4% de la population exerçant en ESMS). Le plan de la solidarité (coopération au niveau territorial), est quant à lui le moins perçu par les professionnels intervenant en ESMS (66,6%).

Concernant les structures spécialisées, eux aussi ont d'avantage perçu une évolution dans le champ des contraintes (quatre participants sur les six interrogés) ; des évolutions ont été ressenties dans les plans de la santé et des organisations par trois professionnels appartenant à cette catégorie. Deux directeurs de ce secteur ont constaté une évolution au niveau du plan social et de la solidarité.

Enfin, le professionnel des services à domicile a mis en avant un changement de perception d'un point de vue du plan social, des contraintes et des organisations. Celui appartenant au secteur de l'offre de premier recours s'est prononcé en faveur d'une évolution du plan des contraintes.

Figure 7 : Évolution des modifications de perceptions managériales



Cette figure nous permet d'expliciter les différentes évolutions des perceptions managériales.

Pour la majorité des acteurs, ces évolutions ont essentiellement évolué vers une approche de gestionnaire, tant dans la gestion des équipements, que par le sens de l'organisation des moyens humains et matériels.

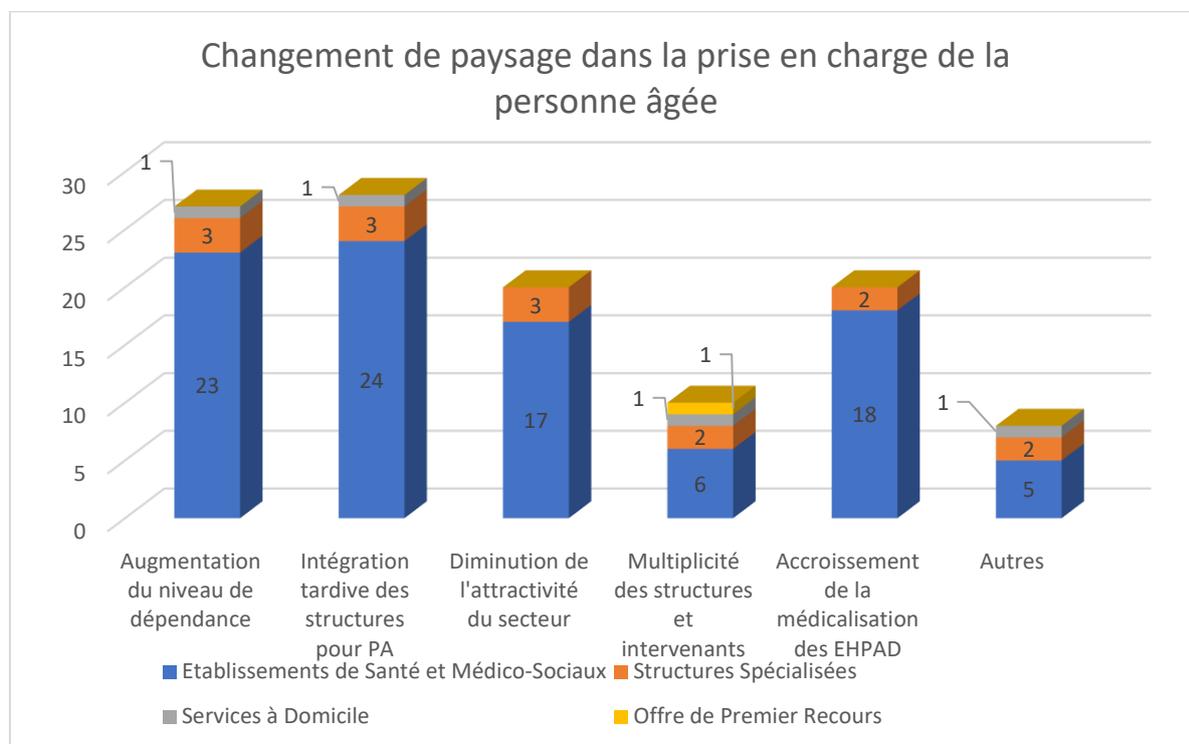
Aussi, nous pouvons retrouver en tête l'orientation vers l'approche de responsable des ressources humaines, décrite par les répondants comme la gestion de l'absentéisme lié à la crise de coronavirus.

A moindre échelle (seulement dix répondants sur les trente-quatre participants), nous retrouvons également la mise en avant d'une approche d'acteur de santé publique, axée sur la protection de la santé des usagers, mais également des collaborateurs ; mais également sur la question du ratio bénéfice – risque ; ainsi que du sens du collectif primant sur la volonté individuelle.

Dix répondants ont enfin mis en évidence l'approche de la poursuite des missions et objectifs, en assurant la continuité des soins ainsi que de l'ensemble des missions des établissements, à savoir l'accompagnement des usagers dans les différentes activités de vie quotidienne.

c) Étude des résultats relatifs à l'évolution des prises en charge des personnes âgées

Figure 8 : Changement de paysage dans la prise en charge de la personne âgée

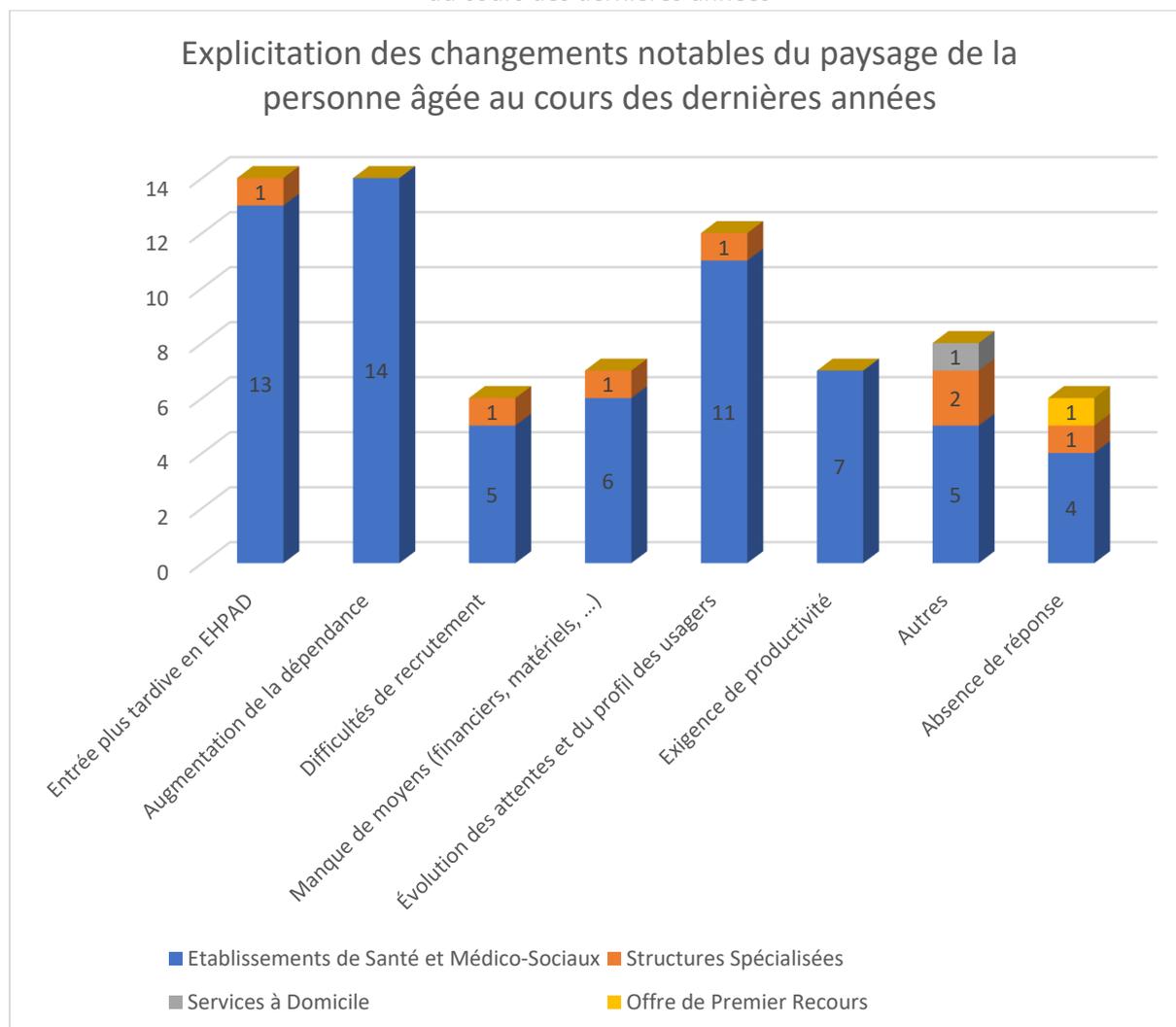


La figure 8 met en évidence les changements de paysage au sein de la prise en charge de la personne âgée. Pour la majorité des répondants intervenant en ESMS ou structures spécialisées ; cette modification est passée au cours des dernières années par une intégration tardive des structures de la part des personnes âgées (pour 88,9% des professionnels exerçant en ESMS et trois sur six professionnels intervenant en structure spécialisée), mais également une augmentation significative du niveau de dépendance (pour 85,2% des répondants issus du secteur ESMS et trois sur six répondants exerçant en structure spécialisée).

A moindre échelle, nous remarquons que 57,1% des répondants mettent en avant un accroissement de la médicalisation en EHPAD. Ce même pourcentage se retrouve également au travers de la notion de d'accroissement de la médicalisation des EHPAD.

Il est également à noter que peu de participants ont perçu un accroissement de la multiplicité des structures et intervenants au sein de la prise en charge de la personne âgée (28,6% de la population totale). Enfin, certains points, non proposés au sein du questionnaire à choix multiple ont également été mis en exergue par les participants, tels qu'un accroissement de l'exigence de productivité ; les difficultés de recrutement de personnel ; ou encore une augmentation de la population présentant des troubles psychiatriques.

Figure 9 : Explicitation des changements notables du paysage de la prise en charge de la personne âgée au cours des dernières années



Ce graphique permet de mettre en évidence les explications relatives aux évolutions notables du paysage liées à la prise en charge de la personne âgée au cours des dernières années.

En premier lieu, il est essentiel de préciser que quatre professionnels exerçant en ESMS se sont abstenus de répondre à cette question. En parallèle nous observons chez les professionnels issus de cette catégorie une perception importante associée à un accroissement de la dépendance (60,9%) ; mais aussi une entrée plus tardive en institution (56,5 %) ; ainsi qu'une évolution des attentes et du profil des usagers (47,8%).

A moindre échelle et toujours au sein de cette même population, sont mis en avant les exigences de productivité de plus en plus prégnantes au sein des ESMS (sept sur vingt-trois répondants) ; mais aussi un manque de moyens, à la fois financiers et matériels ; ainsi que des difficultés de recrutement de personnels.

Des réponses autres sont également mises en avant par les participants exerçant en ESMS, tels que l'évolution de la démographie ; un poids lié à la coordination pesant de plus en plus sur les aidants ; mais aussi une mauvaise image des EHPAD auprès du grand public.

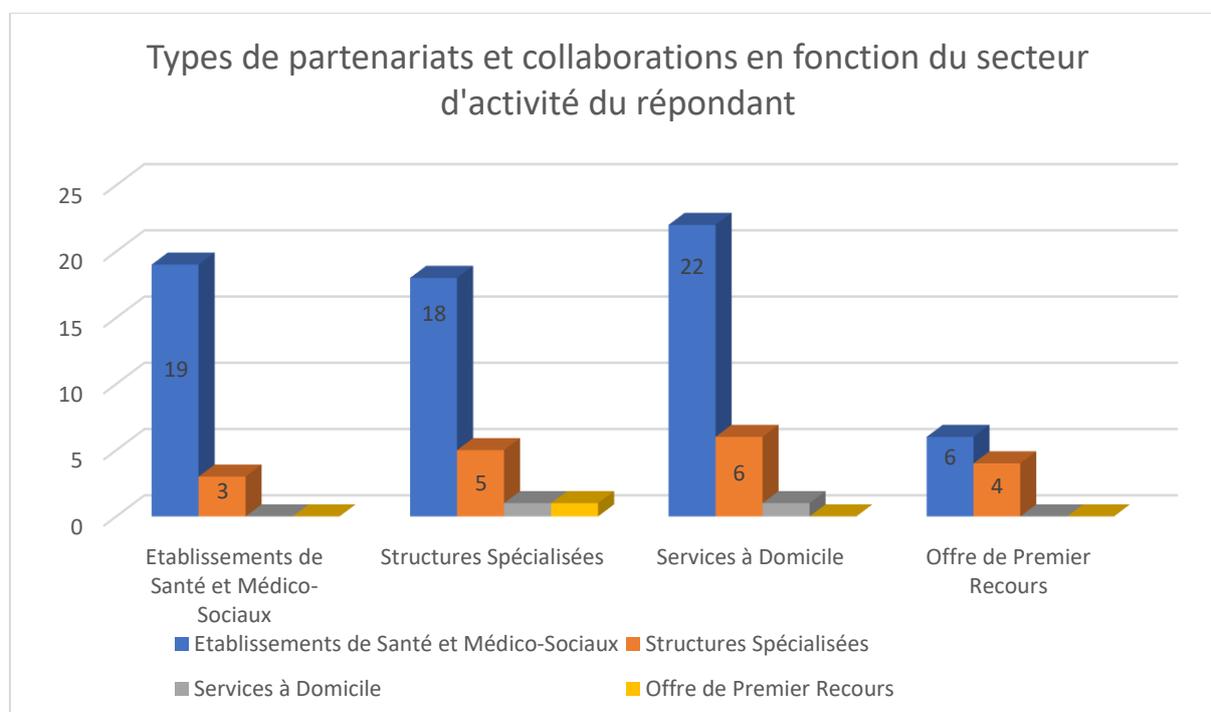
Concernant les réponses mises en évidence par les professionnels travaillant au sein de structures spécialisées, ces dernières sont assez hétérogènes et difficilement interprétable. Un répondant n'a pas souhaité répondre à la question. Un répondant sur quatre a explicité les changements notables du paysage de la personne âgée par une entrée plus tardive en EHPAD, des difficultés de recrutement de personnel, un manque de moyens ou encore une évolution du profil et attentes de la personne âgée.

En parallèle, cette catégorie de répondant a également mis en avant l'intégration de plus en plus présente du numérique au sein de la prise en charge de la personne âgée.

S'agissant du professionnel exerçant au sein d'un service d'aide à domicile, ce dernier a pu mettre en exergue une augmentation de l'isolement des personnes âgées au cours des dernières années ; mais aussi une inégalité marquée relative à l'accès aux soins ; ou encore un manque de reconnaissance par les pouvoirs publics du secteur social et médico-social ainsi qu'un manque de coordination entre les professionnels du secteur.

d) Étude des résultats relatifs à la coopération territoriale mise en œuvre pas les répondants

Figure 10 : Types de partenariat et collaborations en fonction du secteur d'activité du répondant

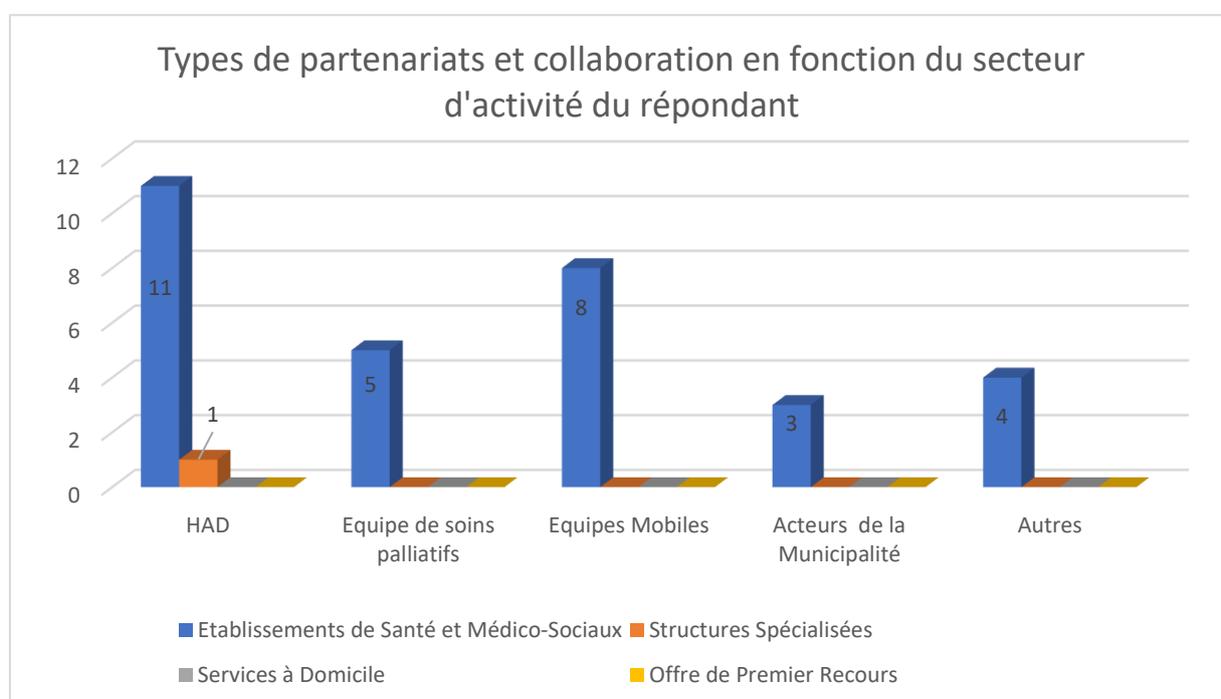


La figure n°10 met en évidence une collaboration importante des ESMS avec des établissements et services de même catégorie ; mais également avec des structures spécialisées et de façon plus prononcée des services à domicile (81,4% des ESMS).

Les structures spécialisées ont-elles aussi développées l'essentiel de leur partenariat avec des services à domicile (pour 100% d'entre elles) ; mais aussi avec d'autres structures spécialisées (83,3%) et des ESMS (50%).

A une échelle moindre, les services d'aide à domicile ont pu développer des partenariats avec d'autres services à domicile et des structures spécialisées ; et le répondant exerçant au sein d'une offre de premier recours a pu collaborer avec une structure spécialisée.

Figure 11 : Types de partenariats et collaborations en fonction du secteur d'activité du répondant



La onzième figure met en exergue les types de partenariat ayant pu être réalisés par les différentes catégories de répondants. Nous observons que seuls les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ; et une structure spécialisée ont pu réaliser des collaborations avec d'autres établissements et services.

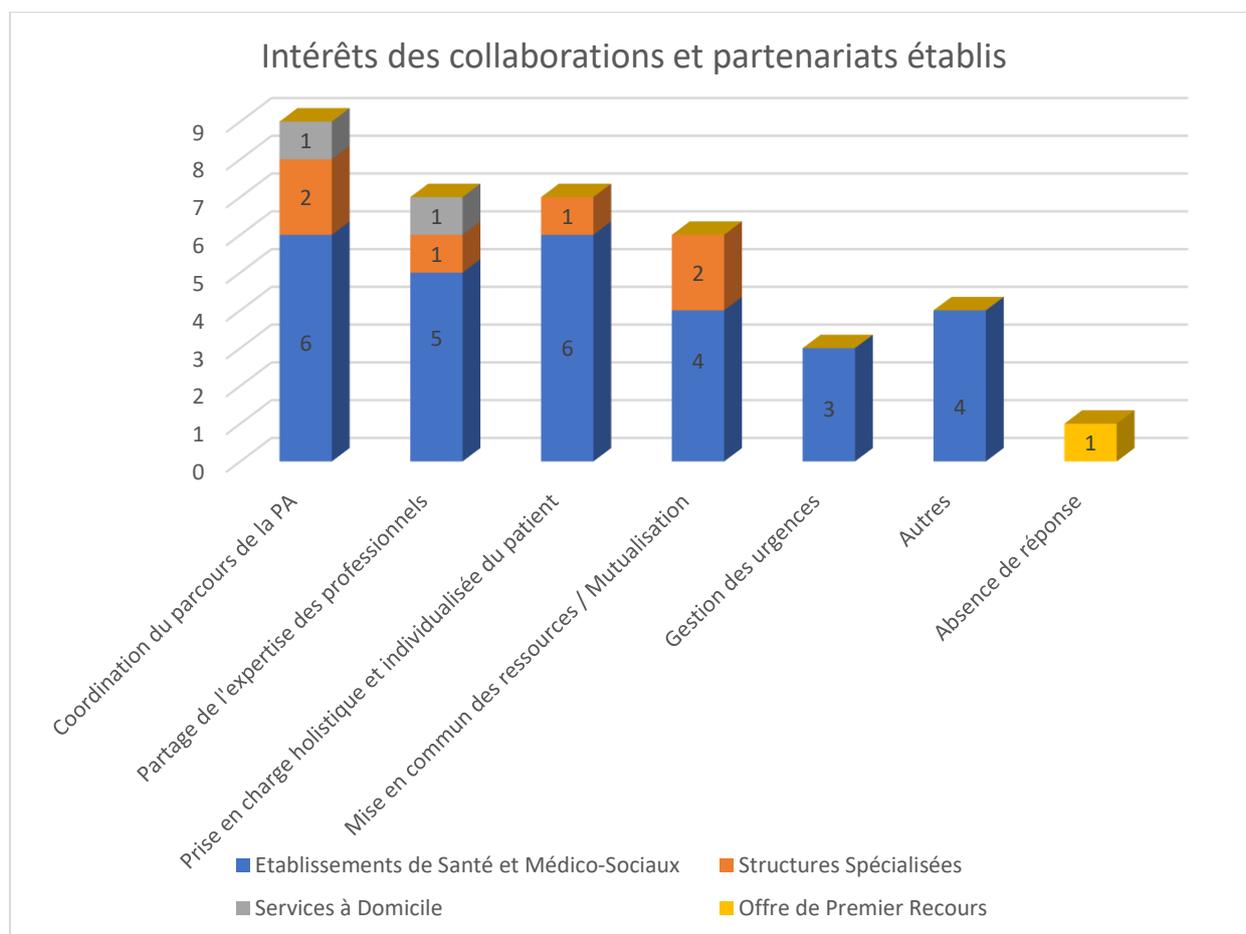
L'essentiel des partenariats établis par les ESMS ont été réalisés avec des services d'hospitalisation à domicile.

Aussi, treize collaborations ont été réalisées par cette catégorie de structure avec des équipes mobiles de soins palliatifs, géronto-psychiatrique ou bien d'hygiène.

Enfin quelques collaborations ont pu être effectuées par les ESMS avec des acteurs de la municipalité ; mais aussi des services de plaie et cicatrisation, pharmacie ou autres établissements de santé.

Les structures spécialisées ont quant à elle pu mettre en place une collaboration avec des services d'HAD.

Figure 12 : Intérêts des collaborations et partenariats établis



La figure 12 vient en complément de la figure 11 et permet d'explicitier les intérêts des collaborations établies entre établissements et services.

Les objectifs de ces collaborations sont relativement homogènes. Dans le cadre des partenariats établis par les structures spécialisées, deux d'entre eux ont été mis en place dans l'objectif de coordonner le parcours des personnes âgées ; ainsi que de mutualiser les ressources. Le partage de l'expertise des professionnels et de la prise en charge individualisée et holistique du patient a été évoqué par un seul de ces services.

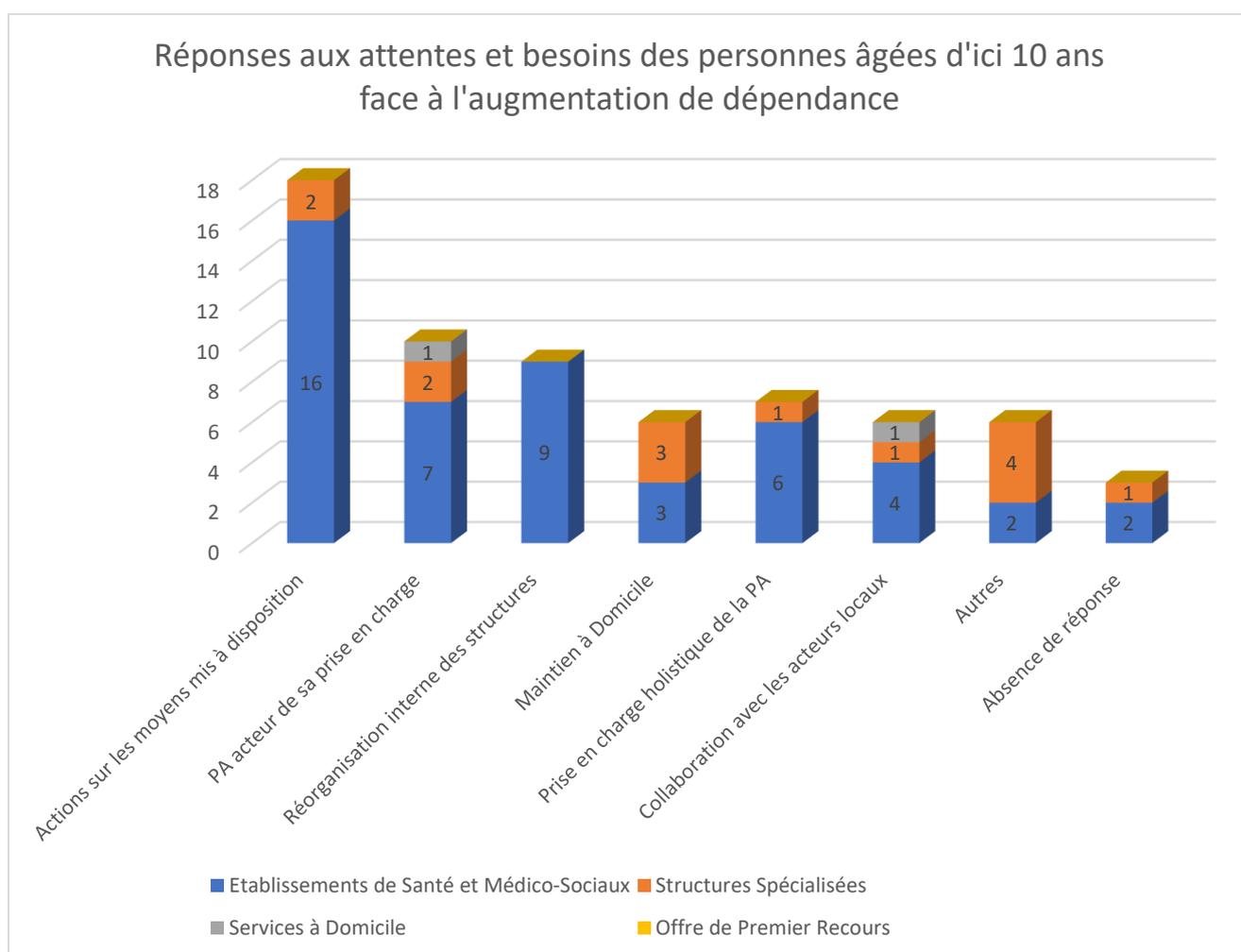
Au niveau des ESMS, six répondants ont mis en évidence cette même prise en charge globale du résident ; ainsi que la coordination du parcours de la personne âgée. Le partage de l'expertise et la mutualisation des ressources ont été l'objectif de ces partenariats pour 5 et

4 de ces structures. A cela, nous pouvons également ajouter la gestion des urgences mise en exergue par trois répondants du secteur « ESMS ».

Enfin, certains répondant ont argumenté la réalisation de ces collaborations dans l'atteinte d'un objectif d'accroissement d'efficience, de réponse à une volonté de la part du législateur ou encore dans un but de mise en place d'une astreinte infirmière la nuit.

- e) Étude des résultats relatifs aux réponses à apporter afin de faire face aux attentes et besoins des aînés d'ici dix ans

Figure 13 : Réponses aux attentes et besoins des personnes âgées d'ici 10 ans face à l'augmentation de la dépendance



Ce graphique met en évidence des éléments de réponse permettant de répondre aux attentes et besoins des personnes âgées d'ici dix ans face à l'augmentation de la dépendance.

Sur trente-deux répondants à cette question, dix-huit (seize issus du secteur ESMS et deux de structures spécialisées) évoquent une nécessité d'agir sur les moyens mis à

disposition, par une augmentation du taux d'encadrement, mais également un accroissement de la formation du personnel diplômé ; ainsi qu'en rendant le secteur plus attractif.

Dans un second temps, les professionnels du secteur médico-social évoquent une réorganisation interne des structures (33%), en développant certaines unités telles que les PASA, UHR, accueils psychiatriques ; mais aussi en développant des structures de plus petites capacités tout en s'orientant vers la mise en place de services à domicile.

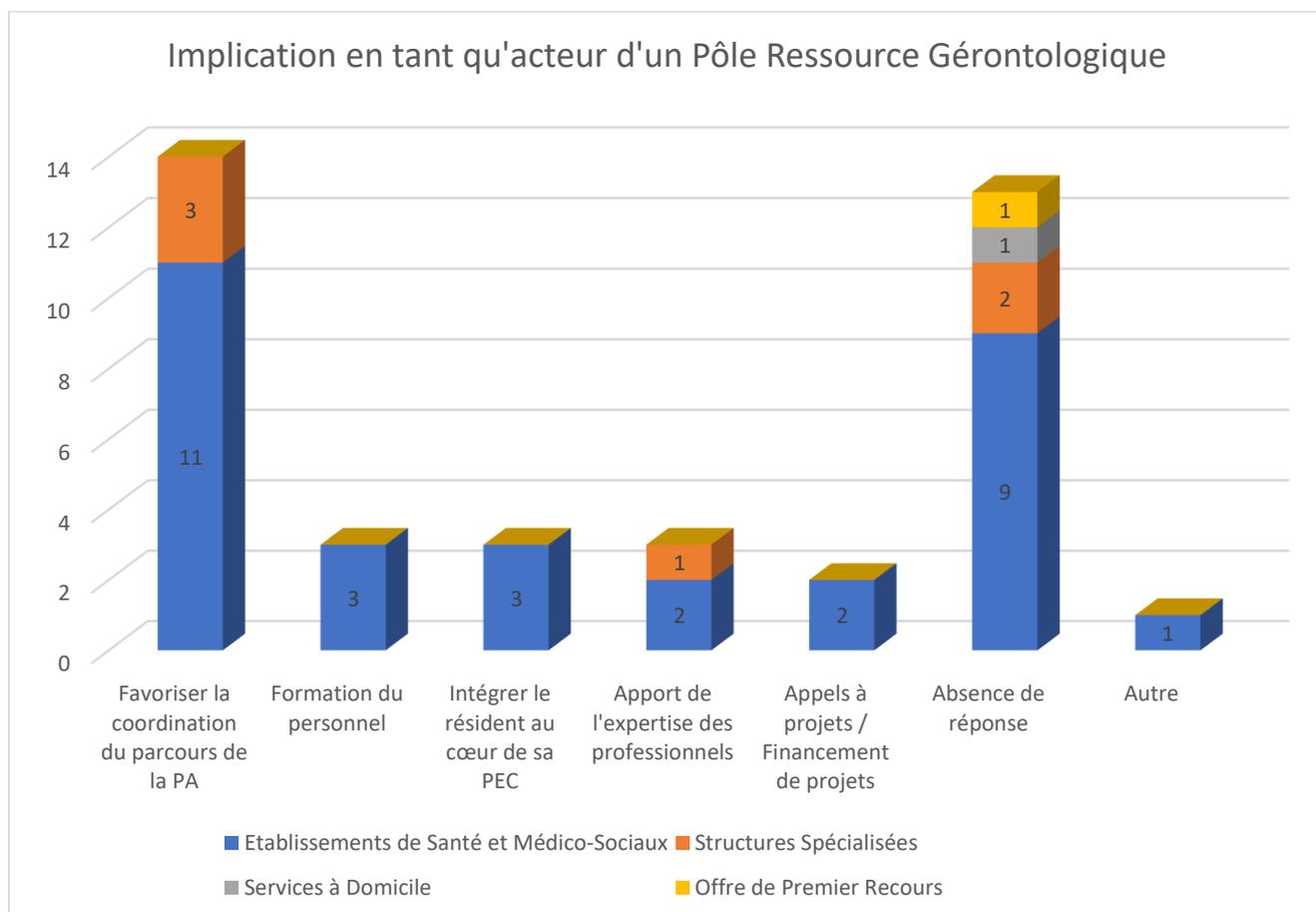
Pour 10 répondants (secteur ESMS, structures spécialisées et services à domicile), il est également primordial que le résident soit d'avantage acteur de sa prise en charge. Cette intégration du résident dans le processus de décision de prise en soins peut se traduire, selon les participants, par une participation à la vie de l'établissement, au projet d'établissement ainsi qu'à l'adaptation des prises en charge selon les attentes des résidents. Cette proposition peut être corrélée à une prise en charge holistique de la personne âgée, proposée par sept participants.

Également, le maintien à domicile ainsi que la collaboration des acteurs locaux sont mis en évidence afin de répondre aux attentes et besoins des usagers d'ici 10 ans face à l'augmentation de la dépendance.

Les acteurs des structures spécialisées ainsi que des ESMS proposent enfin de mettre en place des certifications plus présentes afin d'accroître la qualité des prises en charge, mais aussi l'accompagnement des aidants dans le parcours de vie de la personne âgée ainsi que la prise en compte par les instances des retours d'expérience émanant du terrain afin d'axer leurs préconisations sur le vécu des professionnels.

f) Étude des résultats relatifs à l'implication des participants en tant qu'acteur d'un pôle ressource gérontologique du territoire

Figure 14 : Implication en tant qu'acteur d'un Pôle Ressource Gérontologique



La figure 14, « Implication en tant qu'acteur d'un Pôle Ressource Gérontologique », est, selon les professionnels ayant répondu aux questionnaires, nettement lié à accroître la coordination du parcours de la personne âgée (63 % des répondants).

Nous retrouvons également des propositions telles que la « formation du personnel », « l'intégration du résident au cœur de sa prise en charge » ainsi que « l'apport de l'expertise professionnelle », représentés par 13,6% des répondants.

Enfin, à moindre échelle, nous retrouvons la mise en place de financement ou d'appels à projet évoqués par deux répondants.

B) Analyse des résultats

Avant de débiter l'analyse des résultats obtenus au sein de cette étude, il semble avant tout pertinent de mentionner qu'au vu de la faible diversité de répondants, nous nous appuyons essentiellement au sein de cette analyse ainsi que de la discussion sur les résultats obtenus par les répondants issus du secteur sanitaire, social et médico-social, ainsi que ceux exerçant au sein des structures spécialisées qui représentent la quasi-totalité des participants et dont les réponses ont été les plus exploitables.

a) Evolution du rôle de manager à la suite de la crise sanitaire de la Covid-19

Cette étude a montré une modification importante de la perception du rôle de manager à la suite de la crise de Covid-19. Ces évolutions ont pu être ciblées de façon générale et assez homogène au niveau de l'ensemble des propositions ayant pu être faites au sein du questionnaire à choix multiples (cf figure 6), tant au niveau du plan des contraintes, que de la Santé, du plan des organisations, mais aussi social ou bien de la solidarité.

Ces différents plans ont pu être renforcées par l'explicitation de ces évolutions de perception managériales, ayant pu faire ressortir quatre grandes approches ayant pu être mises en œuvre au cours de cette crise sans précédent : l'approche de gestionnaire ; l'approche de responsable de ressources humaines ; l'approche d'acteur de santé publique ; et enfin, l'approche liée à la poursuite des missions et objectifs.

Ces quatre grandes approches sont également retrouvées au sein de la littérature, comme le montre le travail de V. CHAGUÉ, Maître de Conférence à l'Institut d'Administration des Entreprises de Limoges.

En effet, ce dernier met en avant une modification de l'organisation et de la logistique au sein des institutions ; au travers du confinement des services, de la prise des repas en chambre ; mais aussi de l'organisation des visites à l'issue du premier confinement.

Aussi, l'approche de responsable des ressources humaines a été mise à rude épreuve, par la gestion des plannings, qui s'est vu complexifier de manière importante, en raison des salariés pouvant être touchés par le virus, mais également par un épuisement des professionnels sur le long-terme.

De plus, les managers ont également dû prendre en compte la vie personnelle de certains salariés impactés par le confinement, tiraillés entre la garde de leurs enfants et le souhait de venir en aide à leurs collègues de travail.

Cette crise a ainsi permis de renforcer le management de proximité, dans un objectif

d'optimisation de la qualité de vie au travail ; mais également d'amélioration de la communication au sein de la structure.

De plus, la notion d'acteur de santé publique a été inévitablement mise en œuvre par l'application drastique des consignes sanitaires ; ainsi que des isolements des usagers en chambre, pour le bien et la santé du collectif, au détriment de certaines libertés individuelles, telle que la liberté d'aller et venir.

Enfin, la poursuite de la mission a elle aussi été au cœur des priorités, avec une nécessité de maintenir un effectif suffisant au sein du personnel par tout moyen, mais également en adaptant les pratiques professionnelles de chacun afin d'assurer au mieux la continuité des prises en charge et de l'accompagnement de nos aînés.[64]

b) Changement de paysage dans la prise en charge de la personne âgée

Les résultats de cette étude ont montré l'apparition de trois grands changements au sein de la prise en charge de la personne âgée dépendante.

En premier lieu est mis en avant une nette augmentation de la dépendance, que l'on retrouve chez près de deux tiers des répondants. En effet, ce constat se retrouve en corrélation directe avec les données mises en avant par le CNSA dans son rapport « La situation des EHPAD en 2017, Analyse de la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de la prise en charge des résidents, où l'on observe un Groupe Iso Ressource Moyen Pondéré (représentant le niveau de dépendance moyen au sein d'une structure) et le Pathos Moyen Pondéré (associé aux besoins en soins des résidents) qui ne cesse de croître depuis 2010, comme nous avons pu l'évoquer précédemment au sein de la littérature.

Directement corrélée à cette augmentation de la dépendance est mentionnée par les participants à cette étude une entrée de plus en plus tardive en institution. En effet, certaines études menées par le CNSA, Statista ou encore l'Observatoire des EHPAD nous permettent de mettre en avant une augmentation progressive de l'âge moyen à l'entrée en EHPAD de 84 ans et 5 mois en 2011 à 85 ans et 2 mois en 2015. De même, l'âge moyen en EHPAD augmente également en parallèle de ce constat puisqu'il est passé de 83 ans en 2007, à 85,1 ans en 2011 puis 86,5 ans en 2015.[63]

Enfin, le dernier constat majeur mis en avant par les professionnels ayant répondu au questionnaire correspond à une modification des besoins et attentes des usagers au sein des établissements.

Comme nous avons pu le citer précédemment, les usagers entrent de plus en plus tard en

institution et ont pu, au cours de leur vie au sein de leur domicile, se familiariser avec certains outils numériques au cours de ces dernières années. Ainsi, leurs attentes ne sont plus seulement orientées vers des souhaits occupationnels ; mais vont d'autant plus s'axer vers une nécessité de maintien de lien social avec leurs familles et amis extérieurs à l'institution. Aussi, il est de plus en plus fréquent de retrouver au sein des établissements sociaux et médico-sociaux destinés à l'accueil de nos aînés, des usagers dont le profil est fortement orienté vers la citoyenneté. Ce souhait de poursuivre leur volonté de faire valoir leur droit se traduit communément par un désir profond de participer aux différentes commissions liées à la vie institutionnelles que sont le Conseil de Vie Sociale, la Commission Restauration ou encore la Commission Animation.

S'agissant des évolutions des besoins des usagers, force est de constater, comme cela a pu l'être mentionné par les répondants, que les résidents hébergés présentent d'avantages de troubles et pathologies psychiatriques. Une étude menée par Lora Cohen en 2014 met en exergue l'importance des pathologies psychiatriques au sein des établissements de santé, se traduisant par une hausse des hospitalisations de près de 15% dans les services de psychiatrie pour les sujets de plus de 80 ans. A cela s'ajoute une proportion de résidents présentant des troubles mentaux en EHPA des plus conséquentes puisque près de 34% des usagers présentent un état dépressif ; 15% développent au cours de leur séjour une psychose ou délire et 36% d'entre eux sont atteints d'une démence.[65]

Afin de répondre à ces évolutions de pathologie et leur nombre croissant, il est ainsi essentiel que les structures hébergeant les usagers pouvant présenter ce type de troubles mettent à disposition des résidents des professionnels soignants suffisamment nombreux, mais également dotés des compétences nécessaires à la prise en charge de ce type de pathologies, en leur proposant leur proposant des offres de formation permettant la prise en charge de ce type de troubles.

c) Collaborations et partenariats établis au sein du secteur sanitaire et médico-social

Comme cela a pu être visible au travers des différents graphiques présentés ci-dessus, l'essentiel des partenariats et collaborations ont pu être réalisées avec des services à domicile, que ce soit pour les établissements sanitaires ou médico-sociaux, mais aussi les structures spécialisées.

Aussi, ces deux catégories de structures ont pu établir des partenariats conséquents avec des structures spécialisées ou encore des ESSMS (Établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux).

Nous avons également pu constater que les collaborations avec des entités appartenant à la catégorie Offre de Premier Recours sont encore trop peu présentes sur le terrain.

S'agissant des catégories d'établissement avec lesquelles les partenariats ont pu être créés, l'étude nous a montré qu'il s'agissait essentiellement de services d'Hospitalisation A Domicile, ainsi que d'Équipes Mobiles, et à moindre mesure, d'équipe de soins palliatifs et d'Acteurs de la Municipalité.

Ces résultats confirment ainsi les pratiques régulièrement existantes au sein des établissements de santé qui multiplient les conventions de partenariats avec des services d'Hospitalisation A Domicile ou bien des équipes de soins palliatifs, dans le cadre de soins complexes ou de prise en charge palliatifs en EHPAD par exemple ; tout comme les collaborations avec les équipes mobiles, régulièrement de gérontopsychiatrie, permettant des évaluations, suivis et parfois hospitalisations d'urgence d'usagers souffrant de pathologie psychiatriques complexes à prendre en charge par le personnel soignant de l'établissement.

Enfin, les partenariats établis avec les services de la municipalité permettent très régulièrement l'orientation de certains seniors isolés, encore à domicile et présentant une fragilité vers une structure d'accueil adaptée. Les services municipaux permettent également le développement d'activités avec des écoles, crèches, stimulant le lien social et le caractère intergénérationnel de l'activité.

Concernant les intérêts des collaborations, les résultats de l'étude sont en nette corrélation avec les hypothèses citées précédemment, mais permettent également de mettre en avant d'autres intérêts à ces partenariats.

En premier lieu est mentionné par les répondants le fait de faciliter la coordination du parcours de la personne âgée. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les structures d'Hospitalisation A Domicile, ainsi que les équipes mobiles gérontopsychiatriques ou de soins palliatifs permettent d'adapter la prise en charge de chaque résident à leurs besoins spécifiques, en leur proposant un accompagnement par des professionnels formés à la spécificité des besoins rencontrés, et pouvant favoriser des orientations, admissions vers d'autres structures, plus adaptées aux prises en soins qu'il requiert.

Aussi, les intérêts des collaborations ont mis en exergue un partage de l'expertise professionnelle ainsi qu'une prise en charge holistique et individualisée, étroitement liés à la coordination du parcours de la personne âgée, là encore dans le cadre de la formation de personnel intervenant dans les structures destinées à l'accueil des seniors.

Enfin, ont également été mises en évidence les notions de mutualisation des ressources et de gestion des urgences, deux éléments majeurs, qui ont pu prendre davantage de sens au cours de ces deux dernières années, dans le cadre de la gestion de crise sanitaire et du déploiement du Plan Blanc au sein des établissements sociaux et médico-sociaux. En effet, la mutualisation des ressources a ainsi permis à certaines structures en difficulté par la présence de cluster d'usagers ou salariés touchés par le Sars-Cov-2, de pouvoir bénéficier de renforts matériels (masques, surblouses, charlottes, équipements de protection individuels autres, ...) et humains afin d'assurer une continuité des soins auprès de leurs résidents, et ce même dans une situation dégradée.

d) Réponses aux attentes et besoins des usagers et implication en tant qu'acteur d'un pôle ressource gériatrique :

La figure 9 de cette étude, comme nous l'avons vu précédemment, a eu pour objectif de définir par quels moyens, les professionnels interrogés et les structures auxquels ils appartiennent seraient susceptibles de pouvoir répondre aux besoins et attentes des personnes âgées d'ici dix ans en tenant compte de l'évolution démographique du pays. Là encore, les réponses se sont montrées unanimes en mentionnant en premier lieu la nécessité d'agir sur les moyens mis à disposition.

Ces actions, selon les répondants, passeraient essentiellement par une augmentation du taux d'encadrement au sein des structures, mais aussi une formation plus accrue du personnel diplômé et recruté. Aussi, la réalisation d'actions sur les moyens humains semblent également passer par un accroissement de l'attractivité du secteur.

Concernant l'accroissement du taux d'encadrement, cette demande de la part des professionnels du secteur est un véritable combat entamé par Dominique LIBAULT, faisant l'objet à part entière d'une des 175 propositions de son rapport sur la Concertation Grand Âge et Autonomie. En effet, ce dernier souhaiterait que les taux d'encadrement en Établissement pour Personnes Âgées Dépendante soient réhaussés de 25% d'ici 2024, représentant une augmentation de 13 équivalents temps plein pour 100 résidents en comparaison à l'état des lieux de 2015. Le financement d'une telle mesure serait selon lui porté à 80% par l'Assurance Maladie et permettrait ainsi un accompagnement de proximité au sein des structures d'hébergement.[38]

S'agissant de la formation du personnel, il serait pertinent de multiplier les formations des personnels intervenant au sein des EHPAD, SSIAD, SAAS, CLIC, MAIA, PTA, ... dès leur embauche vis-à-vis de la prise en charge des personnes âgées ; mais également de dispenser des formations en lien avec les psychopathologies dont souffrent de plus en plus nos aînés.

L'attractivité du secteur repose quant à elle sur l'épineuse question de la rémunération du personnel exerçant auprès des populations âgées. Ces derniers ont pour la grande majorité pu, au cours des derniers mois bénéficier de la revalorisation salariale liée à l'application du Ségur de la santé permettant une revalorisation salariale de près de 183€ net mensuel pour le personnel soignant. Une pérennisation de cette décision serait ainsi la bienvenue auprès de l'ensemble des professions concernées.

Également, les professionnels ont mis en avant la nécessité d'une plus grande autonomie de la personne âgée au sein de sa prise en charge. Cette volonté d'offrir aux usagers un plus grand rôle au sein de leur communauté passe bien évidemment par la réalisation et l'aboutissement d'un projet personnalisé, mais il s'agit là aussi d'une priorité de Luc BROUSSY, dans son rapport l'EHPAD du futur commence aujourd'hui. En effet ce dernier a évoqué la priorité de faire du résident un acteur majeur de son lieu de vie, premier pas dans la prise en main de sa prise en soins.[57]

La réorganisation interne des structures a elle-aussi été mise en évidence de nombreuses fois, se traduisant par le développement de Pôles d'Activités et de Soins Adaptés, d'Unités d'Hébergement Renforcées, ou encore en s'orientant vers la mise en place de services à domicile. Là encore, ce souhait a lui aussi fait l'objet, comme nous avons pu l'évoquer dans la revue de littérature, d'études de la part de Luc BROUSSY qui souhaite développer la création d'un EHPAD plateforme, en adoptant une logique « IN » et « OUT ».

Enfin, en ce qui concerne l'implication en tant qu'acteur d'un Pôle Ressource Gérontologique, un point de vue collectif se dégage là encore par le souhait de favoriser la coordination du parcours de la Personne Âgée. Là aussi, la récente logique « IN » et « OUT » de BROUSSY semble permettre cette fluidité non pas par le biais d'une succession de cases, établissements destinés à l'accueillir, mais comme une « multiplicité de services destinés à l'accompagner ».[57]

C) Discussion

EHPAD plateforme, EHPAD hors les murs, EHPAD à domicile, Pôle Ressources Gériatrique, Pôle de Services Gérontologique, Plateforme Ressource, toutes ces dénominations ont vu le jour afin de décrire la nécessaire transformation des services des EHPAD, signant la fin de la dichotomie entre institution et domicile.

Les différentes expérimentations, développées grâce à des modes de financement inédits définis par l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018, ont permis de faire naître des initiatives locales, originales et adaptées à leur territoire. Ces propositions, encourageantes, montrent une véritable volonté de changement de la part des acteurs, alors que le système se retrouve actuellement dans une phase de rupture entre les usagers et ces acteurs.

L'EHPAD, fort de son équipe pluridisciplinaire composée de professionnels issus du milieu sanitaire, social et médico-social, ainsi que de son savoir-faire vis-à-vis de l'intégralité des activités de la vie quotidienne, en fait un atout clé dans l'accompagnement du parcours des aînés.

De plus, avec ces 7500 établissements répartis sur l'ensemble de l'hexagone, le maillage territorial des Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes est extrêmement dense : près de 69% des Français vivent à moins de 5 km d'un établissement et 31% à moins de 2km.

Également, comme nous l'avons vu précédemment, une étude du Groupe d'expert MATIERE GRISE : « EHPAD du futur, pour un changement radical de modèle » a été publié en mai 2021, rédigé par GUEDJ, BROUSSY et KUHN LAFONT.

Ce Think Tank regroupe la majorité des opérateurs du Grand Age, avec regroupement de dix-huit groupes de travail afin de mener à terme ce rapport. Il s'appuie également sur une enquête portant sur une centaine d'expert ; mais aussi un recueil des propositions des fédérations représentatives du secteur et des sondages adressés à des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Ce rapport préconise cinq principes à suivre, définis à partir des résultats apportés par les différentes expérimentations en cours.

Parmi ces objectifs, nous pouvons citer en premier lieu une nécessité de permettre à diversité d'acteurs d'intervenir directement à domicile. Il conviendrait alors de pouvoir autoriser un EHPAD à pouvoir déployer ses services à domicile, en se basant et s'appuyant sur les expertises des services d'aide et de soins à domicile, sans surcharge administrative, en ouvrant la possibilité de conventions de partenariats avec les SSAD et SIAAD existants selon les territoires et les besoins.

Le second principe de ce rapport s'intéresse au développement de la technologie comme clé de voute du développement de l'EHPAD plateforme. En effet, la digitalisation des établissements et du domicile de nos aînés est un facteur essentiel à la poursuite de ces objectifs. La nécessité de faciliter la communication du domicile avec les plateformes de téléassistance, les objets connectés concourent à être garant de la sécurité de la personne âgée. La communication envers la famille et les aidants serait également renforcée permettant ainsi une amélioration des liens sociaux.

Cependant, la coordination des équipes et des intervenants n'est possible qu'avec une interopérabilité des logiciels et des dossiers de suivi médico-sociaux ; la France, disposant encore de nombreuses lacunes dans ce domaine, doit faire de ce chantier une priorité.

Le troisième grand objectif concerne la « Caution Médicale ». Cette caution, comme peut l'être la présence d'un médecin coordonnateur, issu du milieu sanitaire en EHPAD, privilège qui bénéficie à peu d'établissements sociaux et médico-sociaux, constitue ainsi une forme de garantie. En effet, les partenariats avec les acteurs du milieu sanitaire sont des éléments essentiels pour les EHPADs ; et le développement de la télémédecine au sein de l'EHPAD plateforme pour les personnes extérieures, pourrait ainsi leur permettre d'avoir accès plus facilement à des spécialistes du milieu sanitaire, et ainsi, de pouvoir bénéficier de cette garantie sanitaire.

Le quatrième objectif est relatif aux limites de l'expérimental. Malgré les nombreux résultats positifs des expérimentations, certaines limites apparaissent. En effet, nous pouvons citer en guise de principaux freins, le nombre limité de bénéficiaires ainsi que le temps de montage et d'ingénierie des différents projets qui s'avère être conséquent. La possible réplique des modèles existants, au lieu de repartir d'un projet initial, pourrait alors permettre le déploiement rapide de ces plateformes.

Enfin, le dernier principe est lié à la pérennité des financements. Le nombre, la variété et la valeur ajoutée des initiatives montre que le système de la prise en charge de la personne âgée tout au long de sa perte d'autonomie doit se réinventer. L'état devrait clarifier, consolider et faciliter les dispositifs en pérennisant les financements de cette offre nouvelle, au travers d'une entrée dans le droit commun.

Le modèle de l'EHPAD pourrait ainsi évoluer vers une proposition de services tournés vers l'extérieur pour répondre à un public plus autonome, à domicile ou en résidence autonomie et également développer des services en interne, au sein de la structure, au bénéfice des résidents mais aussi des usagers extérieurs. Le développement de ces services viendrait ainsi en complément de l'offre habituelle proposée par les EHPADs.

Il est également pertinent de préciser que nous n'aurons pas la prétention, à travers nos travaux, de proposer un modèle optimal de plateforme ressource gérontologique sous l'angle de l'EHPAD. Cette proposition s'appuie essentiellement sur les travaux de M. BROUSSY ainsi que nos expériences personnelles et seraient bien évidemment susceptibles d'évoluer selon les littératures à venir en lien avec ce sujet.

Ce modèle sera étudié sous différents volets que sont : le niveau opérationnel ; le niveau réglementaire et financier ; ainsi que le volet du management.

S'agissant du volet opérationnel, il s'agit ici du développement de la plateforme « IN » et « OUT » (cf Annexe 4), développé par le Rapport *L'EHPAD de Futur commence aujourd'hui.*

La plateforme « IN » regrouperait ainsi l'ensemble des services destinés aux personnes extérieures, ne résidant pas au sein de l'EHPAD ; ou bien de leurs proches aidants. Cette plateforme serait ainsi découpée entre les services suivants :

- La Maison des aidants, plateforme de répit pour les accompagnants et formations dédiées aux pathologies Alzheimer ;
- Un service dédié au repérage et à la prévention des fragilités et de la iatrogénie ;
- Une offre graduée scindée entre un Accueil de jour, un hébergement de nuit, et un accueil d'urgence ;
- La possibilité pour ces personnes de bénéficier d'un repas au sein du restaurant de la structure ;
- Permettre aux intervenants tiers l'accès à l'enceinte de l'EHPAD : Kinésithérapeutes, Ergothérapeutes, psychologues, ... ;
- En développant des animations culturelles et activités physiques adaptées au sein de l'EHPAD dans le cadre de la prévention des fragilités et de la lutte contre l'isolement ;
- En permettant l'accès à un service de blanchisserie de type Lavomatic aux personnes âgées du territoire.
- En favorisant l'accès aux téléconsultations en rendant accessible la télémédecine au sein de l'EHPAD ;
- En développant l'usage des outils numériques, par le biais d'ateliers informatiques et de l'utilisation des outils de sécurisation du domicile, dans un objectif de prévention et de sécurité ;
- La mise en place d'un centre d'information et d'orientation, concernant certains dossiers administratifs ou bien des prises de rendez-vous médicaux.

La Plateforme « OUT », serait développée afin de diversifier les services, directement au domicile de la personne âgée. Parmi ces services, nous pourrions retrouver :

- Une offre d'aide et de soins à domicile, au sein duquel seraient susceptibles d'intervenir des auxiliaires de vie, mais aussi des professionnels médicaux et paramédicaux salariés de l'EHPAD.
- La mise en œuvre de sorties culturelles et loisirs, d'activités physiques adaptées, individuelles ou collectives, en extérieur.
- Le développement d'un service de blanchisserie par collecte et livraison directement au domicile de la personne.
- La possibilité d'intervention d'un ergothérapeute sur le domicile de la personne âgée, afin d'évaluer son habitat, son accessibilité, mais également les capacités de la personne évaluées dans les différentes activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes de l'EHPAD pourraient alors établir une liste de préconisations relatives à l'adaptation du logement ou bien la mise en place d'aides techniques.
- Le développement des outils numériques au domicile, permettant une sécurisation du lieu de vie par le biais d'outils digitaux, mais aussi l'élargissement de la télémédecine au domicile.
- La mise en place d'un service de portage de repas, avec une livraison des plats confectionnés par le service de restauration de l'EHPAD.

Concernant le volet réglementaire et financier, l'amendement de l'article L312-1-1 du Code de l'action sociale et des familles rendrait tout simplement possible le dispositif d'EHPAD Plateforme. En effet, d'un point de vue réglementaire, un EHPAD doit demander autant d'autorisations que de services proposés. Cette réforme permettrait une autorisation unique quel que soit le bouquet d'offres proposées.

En parallèle, il conviendrait également de réformer le système de tarification puisque les règles actuelles en matière de financement (tarif horaire pour les SAAD ; tarif ternaire pour les EHPADs avec des financements répartis entre l'Agence Régionale de Santé, le Conseil Départemental et la partie hébergement financée par le résident ; ou encore la tarification à l'acte pour les professionnels médicaux et paramédicaux) seraient difficilement applicables à la multiplicité des services développés au sein de l'EHPAD Plateforme. Une tarification globale, via la signature d'un CPOM qui prendrait en compte l'ensemble des activités serait plus cohérent ; et une gouvernance territoriale permettrait une plus grande fongibilité des financements. La notion de file active (nombre de personnes accueillies) serait alors reconnue, et non plus le volume d'actes segmentés pour un usager.

D'un point de vue managérial, la diversification de l'offre pourrait s'accompagner de la création de pôles, et donc d'une refonte de l'organigramme classique d'un EHPAD (comme par exemple par la création d'un pôle « Aide et Soins à Domicile » ; un Pôle « Soutien aux

Proches Aidants » ; un Pôle « Repas, Nutrition et Portage de Repas » ; un Pôle « Blanchisserie » ; ou encore un Pôle « Prévention des Fragilités », ...).

Ce nouveau modèle nécessiterait donc une augmentation du taux d'équivalent temps plein au niveau du personnel encadrant, car des missions de coordination transverses seraient requises.

Le coût de la masse salariale serait dans un premier temps plus élevé, mais la valeur ajoutée de la collaboration et de la coordination du parcours de la personne âgée, constituerait une plus-value notable en termes de qualité de prises en charge, de coordination du parcours, ou encore de la qualité de vie au travail pour les professionnels ; mais également pour la rentabilité de l'établissement en raison des offres extrêmement diversifiées.

Au niveau de la gestion des ressources et des compétences, cette approche permettrait une meilleure évolution des carrières ; et rendrait également les professions plus attractives et permettant aux collaborateurs d'alterner entre interventions au sein de l'EHPAD et interventions au domicile. Nous pourrions en effet imaginer un emploi du temps où l'IDE ou l'aide-soignant serait partagé entre l'établissement et le domicile, afin de briser la monotonie et la routine, si souvent décriées par les professionnels du secteur.

Enfin, la création de la fonction d'Intervenant Référent serait le pivot du système puisque chaque personne reçue nécessite une réponse unique et appropriée dans son parcours de vie, et bénéficierait d'un interlocuteur unique, à son entière disposition.[37], [57]

Ce modèle est ici appliqué au sein des EHPAD, base des travaux de Luc BROUSSY et cœur de notre travail de fin d'études ; mais il pourrait également s'appliquer dans d'autres secteurs et services. En effet, un service de Soins Infirmiers A Domicile, pourrait très bien développer diverses offres telles que des prestations de blanchisserie, de prévention des fragilités ; d'un accueil de jour au sein du siège du SSIAD, etc ... ; offres qui pourraient se diversifier à l'infini dans cette même ligne directrice qu'est l'amélioration de la coordination du parcours de vie de nos aînés.

Conclusion

Ce travail de recherche avait pour objectif de mettre en avant l'intérêt du développement des Plateformes Gériatriques Territoriales, au travers des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes déjà existantes.

Dans un premier temps, l'étude nous a permis de relever les différents changements de perceptions managériales liés à l'accompagnement, ainsi qu'à la coordination du parcours de la personne âgée à la suite de l'épidémie de coronavirus ; tout en mettant en évidence les différentes évolutions liées à la prise en charge de nos aînés au cours des dernières années. Nous avons pu voir que l'approche managériale avait essentiellement évolué vers une approche de gestionnaire ; mais aussi de responsable de ressources humaines beaucoup plus axée sur du management de proximité, afin de permettre à la fois la mise à disposition de moyens logistiques et humains permettant d'assurer une certaine continuité des prises en charge de nos aînés.

Concernant les évolutions du secteur, ce travail de recherche a mis en évidence une entrée de plus en plus tardive en institution, inéluctablement corrélée à un accroissement de la dépendance qui ne cesse d'évoluer depuis 2010.

Cette étude a également mis en exergue une forte tendance de la part des établissements sanitaires et médico-sociaux à établir des conventions de partenariats avec d'autres ESMS, structures spécialisées ou encore services à domicile. Ces collaborations ont essentiellement été mise en œuvre dans un objectif d'amélioration du parcours de vie de la personne âgée dépendante ; notion que nous pouvons également retrouver dans le cadre de la réponse aux attentes et besoins de nos aînés d'ici dix ans. Selon les réponses des personnes interrogées, cette amélioration passerait, outre les augmentations de taux d'encadrement et nécessité d'attractivité du secteur, par une mise en avant du résident au sein de sa prise en charge, en lui conférant un véritable rôle d'acteur ; mais aussi en proposant une réorganisation interne des structures d'hébergement, qui se traduirait par une diversification des services proposés.

Compte tenu de ces résultats, nous avons pu proposer quelques préconisations relatives aux plateformes gériatriques territoriales. En effet, il serait pertinent de se baser sur une structure déjà existante et dont le modèle est fonctionnel et connu par l'essentiel de la population, tels que les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes pour pouvoir y intégrer une proposition de services d'un genre nouveau pour ce secteur.

En effet, l'EHPAD pourrait intervenir à la fois dans une logique « IN » et « OUT », à destination des usagers accueillis au sein de la résidence, mais aussi des seniors vivant à proximité de l'établissement et pouvant ainsi bénéficier de son impact géographique. Ces deux logiques permettraient la mise en œuvre de services dédiés à l'accompagnement des aidants, permettant de prévenir les fragilités, mais aussi de blanchisserie ou encore de restauration à la fois au sein de l'EHPAD, mais également au domicile des aînés du territoire. Elles permettraient ainsi d'accompagner la personne tout au long de sa perte d'autonomie par l'intervention de ces différents dispositifs en fonction des besoins de chaque individu en situation de fragilité.

La mise en place de tels services passerait par des modifications d'un point de vue managérial et la création de « pôles » destinés à la gestion de chaque service ; mais aussi par des évolutions réglementaires relatives à une autorisation unique pour l'ensemble des services que l'EHPAD serait susceptible de proposer.

Enfin, un système de financement basé sur un système de tarification globale liée à la signature d'un CPOM pourrait être mis en œuvre afin de rendre possible la création de ces EHPAD plateformes.

Toutes ces propositions ne sont que des idées issues du terrain destinées à soulever des questions et faire évoluer le secteur. Il n'existe pas de solutions optimales et déjà dessinées ; ainsi que de dispositifs à reproduire, car l'idée est avant tout de s'adapter à chaque territoire en fonction des forces et faiblesses en présence (milieu rural, urbain, littoral, montagne) et des structures déjà en place, pertinentes et reconnues.

La plateforme pourrait également démarrer d'un autre ESSMS (Établissement ou Service Social ou Médico-Social) déjà existant tel qu'un SAAD ou SSIAD, ou bien de créer ex nihilo une autre catégorie de structure comme le préconise le rapport LIBAULT, au travers d'un « établissement territorial », au risque de créer une strate administrative supplémentaire.

Les limites de tels dispositifs sont celles déjà présentes au sein des différentes collaborations et coordinations de professionnels pouvant se positionner en concurrents sur un même territoire ; et par le fait qu'ils soient issus du monde libéral, ont pu avoir l'habitude de travailler seuls. Mais les aspirations des nouvelles générations, en quête de sens et d'échange dans leur métier pourraient voir dans l'EHPAD plateforme un avantage certain.

Faisons évoluer le secteur pour nos aînés mais aussi pour notre propre perte d'autonomie, inéluctable, et préparons le futur de nos enfants, qui vivront eux de plus en plus centenaires.

Bibliographie

- [1] L. FRIED, C. TANGEN, J. WALSTON, et A. NEWMAN, « Frailty in older adults : Evidence for a phenotype », mars 2001, [En ligne]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11253156/>
- [2] European Investment Bank, « EIB at a Glance 2019 ». 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.eib.org/attachments/general/the_eib_at_a_glance_en.pdf#:~:text=EIB%20at%20a%20glance%202019%20The%20European%20Investment,help%20the%20economy%2C%20create%20jobs%20and%20promote%20equality.
- [3] J. GUEDJ, L. BROUSSY, et A. KUHN LAFONT, « Les Personnes Âgées en 2030 : Etat de santé, démographie, revenus, territoires, modes de vie : portrait-robot de la génération qui vient », sept. 2018, [En ligne]. Disponible sur: <https://www.directeur-ehpad.com/docs/pu/1/think-tank-rapport.pdf>
- [4] Agence Régionale de Santé Grand-Est, « La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 ». oct. 10, 2018. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022#:~:text=La%20Strat%C3%A9gie%20Nationale%20de%20Sant%C3%A9%202018-2022.%20La%20strat%C3%A9gie,d%C3%A9terminants%2C%20ainsi%20que%20sur%20les%20strat%C3%A9gies%20d%E2%80%99action%20>
- [5] DURHEIM Emile, *Les règles de la méthode sociologique*, PUF. Paris, 1895.
- [6] B. Ennuyer, « Enjeux de sens et enjeux politiques de la notion de dépendance », *Gerontol. Soc.*, vol. 36 / n° 145, n° 2, p. 25-35, juill. 2013.
- [7] I. Donnio, *Mettre les vieux sous cloche, un risque d'utilisation abusive des concepts de vulnérabilité et de fragilité*. Érès, 2019, p. 177-201. Consulté le: avr. 30, 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/les-vieux-sont-ils-forcement-fragiles--9782749262536-page-177.htm>
- [8] T. RAPP, « Bien-Vieillir : Faire Mûrir nos ambitions : Comparaisons internationales sur la prévention de la perte d'autonomie », mai 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/bien-vieillir-faire-murir-nos-ambitions-benchmark.pdf>
- [9] « Le Journal du Médecin Coordonnateur », *J. Médecin Coordonnateur*, n° 79, p. 9-11, déc. 2018.
- [10] Organisation Mondiale de la Santé, « Vieillir en bonne santé : Stratégie et Plan d'action ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/ageing/global-strategy/fr>
- [11] Gériatoûle de Toulouse, « Newsletter Centre Collaborateur OMS pour la Fragilité, la Recherche Clinique et la Formation en Gériatrie ». sept. 10, 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/who_cc_-_newsletter_no2018-01-f.pdf
- [12] J. (OMS) Dr BEARD, « Le Droit de Vieillir en Bonne Santé ». 2018. [En ligne]. Disponible sur: <https://sfgg.org/media/2018/04/oms-le-droit-de-vieillir-en-bonne-sant%C3%A9.pdf>
- [13] ARS Occitanie, « Rapport Régional d'Orientation Budgétaire 2021 de l'Agence Régionale de Santé Occitanie », juill. 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/index.php/system/files/2021-07/ROB%20PA%202021%20VF.pdf>
- [14] Fédération des Centres Mémoire, « ICOPE : Un parcours de soin favorisant une approche intégrée des MA2 ». déc. 17, 2020. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.centres-memoire.fr/perspectives-icope-dans-le-parcours-de-soins-du-patient-alzheimer/>
- [15] G. NINOT, « Intervention non-médicamenteuse INM : Un concept pour lever les ambiguïtés sur les médecines douces et complémentaires », *Hegel*, vol. 8, n° 1, 2018, [En ligne]. Disponible sur: http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/65110/HEGEL_2018_1_2.pdf
- [16] Comité Novateur d'Étude sur la Fragilité des Seniors, « L'Étoile de la Fragilité ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.cnefs.fr/rep%C3%A9rage-de-la-fragilit%C3%A9-1/l-%C3%A9toile-de-la-fragilit%C3%A9/>

- [17] S. GLOUBERMAN et H. MINTZBERG, « Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part I : Differentiation ». févr. 2001. [En ligne]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/12099212_Managing_the_Care_of_Health_and_the_Cure_of_Disease-Part_I_Differentiation
- [18] T. DEDEU, « Organisation des Soins Primaires en Catalogne », *Rev. Fr. Aff. Soc.*, n° 2010/3, p. 49 à 59, 2010.
- [19] B. GAY et S. DUHAMEL, « La Situation des Soins de Santé Primaires en France », *Médecine Médecine Factuelle À Nos Prat.*, 2019, [En ligne]. Disponible sur: <https://www.soinsprimaires.fr/images/articledefond/la-situation-des-soins-de-sante-primaires.pdf>
- [20] Code de la Santé Publique, « Article L4130-1 du Code de la Santé Publique ». [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438/
- [21] « Article 36 Loi n°209-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ». [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483?r=wR6hMUZru9
- [22] M.-O. SAFON, « Soins de Santé Primaires : Les Pratiques Professionnelles en France ». mars 2020. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf>
- [23] C. CALVEZ, « Parcours (de soins, de santé, de vie) et Coordination ». déc. 08, 2020. [En ligne]. Disponible sur: <https://documentation.ehesp.fr/ajax.php?module=cms&categ=document&action=render&id=363>
- [24] Pyrénées Orientales - Le Département, « Les CLICs, vos interlocuteurs privilégiés ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ledepartement66.fr/dossier/les-clics-vos-interlocuteurs-privileges/>
- [25] MAIA Pyrénées Orientales, « Simplifier le parcours santé des personnes âgées sur le territoire ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.personnes-agees-pyrenees-orientales.fr/>
- [26] Pyrénées Orientales - Le Département, « Plateforme Territoriale d'Appui et de Coordination des Pyrénées Orientales ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ptac66.fr/>
- [27] Journal Officiel de la République Française, « Décret n°2021-295 du 18 Mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux ». mars 20, 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/213434/6498/joe_20210320_0068_0013_%281%29.pdf?1616418521
- [28] B. Ennuyer, « Un regard critique sur « les gestionnaires de cas », dernière « mode » de la coordination imposée par le plan Alzheimer », *Gerontol. Soc.*, vol. 35 / n° 142, n° 3, p. 205-213, oct. 2012.
- [29] M. Ceccato, « Lorsqu'un outil de coordination gérontologique territorial suscite des tensions dans un service de soins », *Manag. Avenir Sante*, vol. N° 5, n° 1, p. 81-101, 2019.
- [30] A. George et M. Mannarini, « L'HOPITAL, UN SYSTEME ORGANISE DE TERRITOIRES ET DE PROCESSUS ORIENTE PERFORMANCE ET CONTROLE », p. 24.
- [31] « Le GIR - Aide Sociale aux Personnes Agées - ASPA - A.S.P.A. » <http://www.aidesociale.com/16.html> (consulté le avr. 26, 2017).
- [32] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Aides et Soins à Domicile ». [En ligne]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile>
- [33] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds ». 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000043499599/>
- [34] KPMG, « EHPAD : Vers de nouveaux modèles », déc. 2015. [En ligne]. Disponible sur: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF>

- [35] Agence Régionale de Santé, « Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ». févr. 20, 2018. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1>
- [36] SYNERPA, « Les EHPAD : Grands Principes de la Tarification », 2013. [En ligne]. Disponible sur: <http://cfdsantesociaux44nantes.f.c.f.unblog.fr/files/2013/09/tarification-des-ehpad.pdf>
- [37] CREA Pays de la Loire et ARS Pays de la Loire, « L'EHPAD de Demain : Vers la Création de Pôles Ressources Gériatriques locaux ». juill. 2018. [En ligne]. Disponible sur: http://www.creahdf.fr/sites/www.creainpdc.fr/files/etude_ehpad_de_demain_creapaysdelaloire.pdf
- [38] Senior Actu, « Les Gérontopôles : Un axe d'innovation sur les territoires ». juill. 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://www-senioractu-com.cdn.ampproject.org/c/s/www.senioractu.com/Les-Gerontopoles-un-axe-d-innovation-sur-les-territoires_a23803.amp.html
- [39] C. Takeda, S. Guyonnet, Y. Sumi, B. Vellas, et I. Araujo de Carvalho, « Integrated Care for Older People and the Implementation in the INSPIRE Care Cohort », *J. Prev. Alzheimers Dis.*, vol. 7, n° 2, p. 70-74, 2020, doi: 10.14283/jpad.2020.8.
- [40] J. MOURRI et C. BOXEBELD, *Vieillir ensemble. Un tour du monde des solutions qui rapprochent les générations*, Points. 2020.
- [41] T. Moulaert, « Pourquoi les francophones préfèrent-ils la sociologie du vieillissement à la gérontologie critique ? », *Gerontol. Soc.*, vol. 35 / n° 142, n° 3, p. 81-99, oct. 2012.
- [42] Organisation Mondiale de la Santé, « Guide mondial des villes-amies des aînés », 2007. [En ligne]. Disponible sur: https://www.who.int/ageing/publications/Guide_mondial_des_villes_amies_des_aines.pdf
- [43] OECD, « Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly ». juin 22, 2020. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers-92c0ef68-en.htm>
- [44] M. Bernard BONNE et Mme Michelle MEUNIER, « « Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi ! » ». <http://www.senat.fr/rap/r20-453/r20-4532.html#toc7> (consulté le avr. 30, 2021).
- [45] M. Blanchet, « Les personnes âgées en France : où et dans quel logement vivent-elles ? », *Popul. Avenir*, vol. n° 747, n° 2, p. 4-7, avr. 2020.
- [46] D. PIVETEAU et J. WOLFROM, « Demain, Je pourrai choisir d'habiter avec vous », juin 2020. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2020/06/rapport-habitat-inclusif.pdf>
- [47] « Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpads d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ». <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/perte-dautonomie-pratiques-inchangees-108-000-seniors-de-plus> (consulté le avr. 30, 2021).
- [48] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Concertation Grand Âge et Autonomie - Dossier de Presse ». mars 28, 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_rapport-grand-age_280319.pdf
- [49] D. LIBAULT, « Concertation Grand Âge et Autonomie », mars 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf
- [50] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Remise du Rapport Libault sur la concertation Grand Âge et Autonomie ». mars 28, 2019. [En ligne]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/remise-du-rapport-libault-sur-la-concertation-grand-age-et-autonomie>
- [51] Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, « Le Financement des Politiques de Soutien à l'Autonomie (Art. 33 LFSS 2021) "Une utopie atteignable" ». mars 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/13h54_vf_parlementaires_22.03.21_rapport_financement.pdf

- [52] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Grand Âge et Autonomie : Vieillir en bonne santé, une stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie - 2020-2022 - Dossier de Presse ». janv. 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_vieillir_en_bonne_sante_2020-2022.pdf
- [53] A. DUFEU SCHUBERT, « Réussir la transition démographique et lutter contre l'agisme - Dossier de Presse ». déc. 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://age-platform.eu/sites/default/files/French_report_ageism_Dec2020_DOSSIER%20DE%20PRESSE.pdf
- [54] M. MAAMAR, H. KHIBRI, et H. HARMOUCHE, « Impact du confinement sur la santé des personnes âgées durant la pandémie Covid-19 ». déc. 20, 2020. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7678425/>
- [55] M. RICARD, « La loi "grand âge" ressuscitée par le Covid-19 », *Actual. Soc. Hebd.*, n° 3162, mai 2020, [En ligne]. Disponible sur: <https://www.perseus-web.fr/aquafadas/ASH/zave/com.titre.ash/B7046753A9F9201BC44707694D158AD6/webreaderHTML/complete/?referrer=%2Fhebd%2F3162%2F#!/avedocument0/pdf/5/1/1>
- [56] L. BROUSSY, « Nous vieillirons ensemble ... 80 Propositions pour un nouveau Pacte entre générations », mai 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://filieresilvereconomie.fr/dmediafiles/biblio/RAPPORT%20BROUSSY%20%20MAI%202021.pdf>
- [57] L. BROUSSY, J. GUEDJ, et A. KUHN LAFONT, « L'EHPAD du futur commence aujourd'hui : Propositions pour un changement radical de modèle ». mai 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://matieres-grises.fr/nos_publication/lehpads-du-futur-commence-aujourd'hui/
- [58] Service-Public.fr, « EHPAD: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendants ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763#:~:text=Les%20%C3%A9tablissements%20d%27h%C3%A9bergement%20pour%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20d%C3%A9pendantes%20%28Ehpad%29%2C,structures%20m%C3%A9dicales%20qui%20accueillent%20des%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20d%C3%A9pendantes.>
- [59] CNSA, « La situation des EHPAD en 2017 ». 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_portrait_ehpad_2017_vf.pdf
- [60] A. KUHN LAFONT et L. BROUSSY, « Objectif Grand Âge : Éviter l'hôpital », juin 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://matieres-grises.fr/nos_publication/etude-objectif-grand-age-eviter-lhopital/
- [61] A. GENTRIC et F. DUQUESNE, « L'accueil gériatrique médicosocial aux urgences: une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine? », *Rev. Médecine Interne*, vol. 19, n° 2, p. 85-90, févr. 1998.
- [62] INSEE, « Tableau de l'économie française », févr. 2020. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277754?sommaire=4318291#consulter>
- [63] CNSA, « La Situation des EHPAD en 2016 : Analyse Budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD ». nov. 2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/node/3701>
- [64] V. CHAGUÉ, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à l'épreuve de la Covid-19 », *Actual. Pharm.*, n° 599, oct. 2020, [En ligne].
- [65] L. COHEN, « La psychiatrie de la personne âgée : enjeux et perspectives », *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, vol. 172, p. 781-784, nov. 2014.

Résumé du Mémoire :

Ce travail de recherche propose un tour d'horizon sur les possibilités existantes au niveau du territoire Français dans le champ de l'accompagnement et de l'orientation de la personne âgée en perte d'autonomie, et donne des propositions sur de nouveaux modèles qui pourraient répondre aux besoins de la mission.

Afin d'étayer nos recherches, nous avons élaboré un questionnaire à destination des directeurs des structures d'accompagnement des personnes âgées dépendantes, concernant l'évolution nécessaire de leur métier, à la suite des bouleversements engendrés par la crise sanitaire du virus de la COVID-19.

L'EHPAD de Demain se dégage comme étant la structure qui présente les moyens humains et techniques les plus adéquats afin de devenir la plateforme ressource gériatrique de son territoire. La future Loi Grand Âge et Autonomie, probablement finalisée en 2022, devrait nous préciser la manière dont l'état veut structurer cette mission.

L'objectif de ce mémoire est ainsi de soulever des problématiques émergentes qui deviendront des débats de société demain.

Mots clés :

EHPAD, Dépendance, Accompagnement de la perte d'autonomie, Gériatrie, Territoire, COVID 19, Loi Grand âge et autonomie