

L'EHPAD DE DEMAIN :

vers la création de pôles ressources gérontologiques locaux



Sommaire

1. CONTEXTE	p. 5
1.1. La situation actuelle des EHPAD	p. 5
1.2. Contexte démographique	p. 7
1.3. Contexte sociologique	p. 8
2. LES ENJEUX DE LA DEMARCHE	p. 10
2.1 L'évolution de l'offre sur les territoires et le déploiement de la logique de parcours	p. 10
2.2 Les orientations du PRS	p. 11
2.3 Les objectifs de la démarche	p. 13
3. LA METHODOLOGIE	p. 16
3.1. Le comité de pilotage	p. 16
3.2. Le groupe de travail	p. 16
3.3. La phase préparatoire	p. 17
3.4. Les réunions de concertation	p. 18
3.5. Restitution du rapport et présentation des fiches projets	p. 20
3.6. Synthèse méthodologique et calendrier de réalisation	p. 21
4. LES EXPERIMENTATIONS EN COURS	p. 22
4.1 Le dispositif M@DO	p. 22
4.2 EHPAD@dom	p. 26
4.3 Points communs et questions soulevées par ces dispositifs expérimentaux	p. 28
5. LA METHODOLOGIE DE PROJET PREALABLE A LA CONSTITUTION DE POLES DE SERVICES GERONTOLOGIQUES LOCAUX	p. 31
5.1. Territoire de création, mobilisation de tous les acteurs, diagnostic et projet territorial partagé	p. 31
5.2. L'identification des prestations portées par les acteurs du pôle et leurs complémentarités	p. 33
5.3. Définir les modalités et outils de la coordination opérationnelle du pôle de services	p. 34
5.4. La formalisation de la démarche dans un projet de pôle commun	p. 36
5.5. L'absence de modèles « clés en main »	p. 36
5.6. Pôles de services gérontologiques locaux et tarification du secteur	p. 37
6. LES POLES DE SERVICES GERONTOLOGIQUES LOCAUX : LA BOITE A OUTILS	p. 40
6.1. Définition des pôles de services gérontologiques locaux	p. 40
6.2. Points de vigilance	p. 41
6.3. Logigramme de la méthodologie de projet	p. 41
6.4. Les axes stratégiques d'évolution possible des prestations	p. 43

1. Contexte

Les EHPAD ont connu, au cours des 15 dernières années, de nombreuses réformes. L'avènement des conventions tripartites, la médicalisation des structures, la mise en œuvre des démarches d'évaluation interne et externe, des projets individuels sont ainsi autant d'évolutions qui ont permis d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées accueillies.

Pour autant, les EHPAD doivent désormais faire face à de nouveaux défis. L'entrée de plus en plus tardive en établissement, l'accroissement du nombre de résidents souffrant de maladies neuro-dégénératives au sein des structures, l'augmentation à venir du nombre de personnes âgées au plan national et sur de nombreux territoires de la Région mais aussi l'évolution des besoins et attentes des personnes âgées doivent conduire les EHPAD à adapter leurs prestations et à s'interroger sur leur place dans le parcours des personnes âgées.

1.1. La situation actuelle des EHPAD

La situation actuelle des EHPAD se caractérise par une évolution des populations accueillies, la nécessité d'affirmer leur vocation médico-sociale dans un contexte d'augmentation des besoins en soins des résidents et un contexte budgétaire contraint.

- L'évolution des populations accueillies en EHPAD

Le vieillissement de la population, l'évolution des attentes et besoins des personnes âgées, le développement de solutions d'accompagnement à domicile et d'habitats « intermédiaires » pour répondre aux souhaits des personnes âgées de rester à domicile ont pour conséquence d'accroître le niveau de dépendance et de besoins en soins requis dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Ainsi, à titre d'exemple, selon un travail conduit par la CNSA dans le cadre des concertations préalables à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD, le Gir Moyen Pondéré des EHPAD devrait atteindre 733 en 2019, alors qu'il était de 697 en 2008. Quant au Pathos Moyen Pondéré, il devrait atteindre 212 points en 2019, contre 167 en 2008. Parallèlement, l'âge d'entrée en établissement a également augmenté, passant de 85 ans en 2011 à 85 ans et 8 mois en 2015¹.

Pour autant, même si le nombre de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés a également augmenté (ils représenteraient 57% des résidents accueillis en EHPAD en

1 DREES : enquête EHPA 2011 et 2015

2017 contre 48% en 2017²), la durée moyenne de séjour des résidents reste relativement stable à 2 ans et 6 mois.³

- Une vocation médico-sociale affirmée

Ainsi, alors que les EHPAD sont de plus en plus médicalisés et accueillent des personnes avec des pathologies de plus en plus lourdes, notamment des troubles neuro-dégénératifs, ils n'en demeurent pas moins des structures à la vocation médico-sociale affirmée, au regard notamment de la durée moyenne de séjour.

Cette évolution des EHPAD n'est toutefois pas sans conséquence tant sur le plan des projets d'établissements, qui doivent et devront concilier maintien de l'autonomie, participation sociale et accroissement des soins, que sur le plan de la prévention des pratiques et des risques professionnels.

L'augmentation du niveau moyen de dépendance des résidents a en effet pour conséquence d'accroître la charge de travail des personnels soignants, particulièrement des aides soignant(e)s, et de multiplier les troubles musculo-squelettiques des personnels.

Dans un contexte marqué par un besoin en accompagnement de plus en plus important des personnes âgées sur les territoires et la pénurie de personnels soignants, les EHPAD doivent s'inscrire dans une valorisation de leurs images et de leurs métiers, afin qu'ils demeurent des lieux de vie où on soigne, et non des lieux de soins où on vit.

- Un contexte budgétaire contraint

Au-delà des enjeux et débats actuels sur la réforme de la tarification des EHPAD, qui a fait naître certaines tensions, l'évolution du niveau de dépendance et de besoins en soins requis des résidents va représenter un coût important pour les finances publiques.

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

Le montant des financements au titre de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA), versée par les Conseils Départementaux, qu'elle soit délivrée à domicile ou en établissement, devrait quant à lui presque doubler d'ici 2040 (de 5,2 Mds d'€ en 2010 à 11,1 Mds d'€ en 2040)⁴.

² Lette de l'Observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer Janvier 2011 et Juin 2018

³ DREES : enquête EHPAD 2011 et 2015

⁴ INSEE (modèle Destinie), DREES pour le rapport « perspectives démographiques et financières de la dépendance » 2011

La question du reste à charge en établissement demeure aussi une question prégnante pour les personnes âgées, dans la mesure où il s'élève en moyenne à 1 970 €⁵ par mois, pour une pension de retraite mensuelle moyenne de 1 322 €⁶.

Pour autant, dans un contexte budgétaire contraint pour les finances publiques, toute réflexion sur l'évolution à venir des EHPAD ne peut se cantonner à un débat sur les modalités de financement de ces derniers.

Le développement du travail en réseau avec les ressources sanitaires et sociales présentes sur les territoires, le recours accru aux nouvelles technologies numériques peuvent être des éléments de réponse à l'amélioration de la qualité d'accompagnement des résidents et de qualité de vie au travail, tout en conservant un objectif de maîtrise des dépenses publiques et de soutenabilité du prix de journée pour les résidents, afin de garantir l'accès de toutes les personnes âgées à un EHPAD sur son territoire de proximité.

1.2. Contexte démographique

La Région Pays de la Loire va être confrontée dans la décennie à venir à un fort vieillissement de sa population : si, en 2012, la région comptait plus de 340 000 personnes âgées de 75 ans et plus, soit 9,5% des ligériens, la part des plus de 75 ans représentera 11,6% de la population en 2027⁷.

Ainsi, la population des personnes âgées de plus de 75 ans va augmenter de plus de 130 000 personnes en 15 ans, soit environ 8 500 personnes supplémentaires chaque année⁸.

Ce vieillissement général de la population va avoir pour conséquence d'accroître le nombre de personnes âgées dépendantes, dont le nombre est estimé à 33 000 personnes d'ici 2030, soit une augmentation de + 45% entre 2010 et 2030⁹.

Cette évolution démographique va nécessairement engendrer une profonde augmentation des besoins en accompagnement sanitaire, médico-social et social des personnes âgées mais aussi conduire à adapter cette offre d'accompagnement pour répondre aux attentes des personnes âgées.

⁵ DREES : enquête EHPAD 2015

⁶ DREES : les retraités et les retraites, panorama 2016

⁷ Source : volet évaluation des besoins médico-sociaux des personnes âgées – Synthèse, du PRS 2018-2022 de l'ARS Pays de la Loire

⁸ Idem

⁹ Idem

1.3. Contexte sociologique

Le vieillissement à venir de la population s'inscrit également dans une profonde évolution sociologique de la population âgée. La génération née avant la 2nde guerre mondiale va progressivement laisser la place à la génération des « papy-boomers ».

Les aspirations, besoins et attentes de cette « nouvelle génération » de personnes âgées seront vraisemblablement forts différents de la génération d'avant guerre.

En effet, et en premier lieu, contrairement à leurs aînés, cette génération ne va pas découvrir la perte d'autonomie. Si la génération née avant guerre, en raison de la moindre espérance de vie de leurs parents, n'a pas ou peu connu la dépendance de leurs parents et donc n'a pas elle-même anticipé sa perte d'autonomie, la génération des « papy-boomers » est quant à elle avertie et est susceptible, pour une partie d'entre-elle, de s'organiser pour anticiper sa perte d'autonomie.

Le développement actuel de solutions d'habitats dits « intermédiaires », telles que la « rénovation » des résidences autonomes, les Résidences Services Seniors, l'habitat intergénérationnel, les béguinages, en est la parfaite illustration.

Les « papy-boomers » entendent en effet maîtriser leur vieillissement et s'organisent en conséquence en anticipant leur entrée dans des structures non médicalisées, où la notion de domicile individuel demeure, et qui proposent des services permettant de répondre à certaines dimensions du « Bien Vieillir »¹⁰ : un logement adapté, le maintien du lien social, l'accès à des dispositifs technologiques sécurisants, l'accompagnement à la mobilité et la prévention de la perte d'autonomie.

De plus, la génération des « papys-boomers » s'est construite sur des valeurs fondées sur la liberté et l'autonomie. Une étude du Cabinet Adjuvance¹¹ conduite auprès de 350 séniors, a ainsi montré que cette génération est plus individualiste, plus attachée au confort et à un recours plus important à la consommation pour servir son bien-être.

Cette évolution des attentes et besoins de la génération des « papys-boomers » a trouvé un premier écho dans une tribune publiée dans le quotidien « Libération » le 25 mai 2017 dans laquelle plusieurs personnalités de cette classe d'âge (Alain Touraine, Bernard Kouchner, Daniel Pennac, Axel Khan...) revendiquaient « *une vieillesse libre et assumée jusqu'au bout de la vie* » et « *le droit de rester chez eux jusqu'à leur mort* ».

Cette revendication au « vieillir chez soi » est une donnée forte à prendre en considération dans l'évolution à venir de l'offre d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.

¹⁰ La notion de « Bien Vieillir » fait l'objet de différentes approches et définition, le modèle de Row et Khan inclut trois composantes principales et interreliées : l'absence de maladies ou de facteurs de risque, un niveau de fonctionnement physique et cognitif élevé, et une vie active sur les plans occupationnel et social.

¹¹ Etude du Cabinet Adjuvance, « Générations Seniors », Janvier 2016

Ainsi, selon un sondage du CSA pour la FEPEM (Fédération des Particuliers Employeurs) d'avril 2016, 83% des personnes interrogées souhaitent demeurer à domicile le plus longtemps possible.

Enfin, cette génération des « papys boomers », même si elle n'est pas « digital native », a réussi à s'approprier les outils numériques (ordinateurs, tablettes, téléphones portables...) pour accéder à l'information et rester en contact avec ses proches. Elle sera ainsi plus à même que ses aînés à s'informer et à maintenir le lien social ¹².

Dans un tel contexte d'évolution des facteurs démographiques et sociologiques, et au regard de la situation actuelle des EHPAD et de leur place tant sur le territoire que dans le parcours des personnes âgées, l'Agence Régionale de Santé, en étroite concertation avec les cinq Conseils départementaux de la Région, a mandaté le CREAL Pays de la Loire pour mener une réflexion collégiale afin d'identifier les évolutions à apporter au sein des EHPAD pour adapter leur offre d'accompagnement sur les territoires afin de répondre aux enjeux de demain.

¹² Selon un sondage IPSOS pour l'institut du Bien Vieillir Korian, 81% des seniors aiment surfer sur Internet.

2. Les enjeux de la démarche

L'organisation de l'offre médico-sociale d'accompagnement des personnes âgées sur le territoire des Pays de la Loire se caractérise par une prédominance des capacités d'accueil en établissement, aux dépens de services ambulatoires.

Aussi afin de répondre aux besoins des attentes des personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile, le Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS entend faire évoluer les EHPAD vers des pôles de services gérontologiques locaux, qui auront vocation, par la mutualisation de certaines prestations entre acteurs de l'accompagnement des personnes âgées sur les territoires et une meilleure coordination de leurs interventions, à fluidifier le parcours des personnes âgées.

Cette démarche se déroule en deux phases :

- Animation d'une réflexion collégiale conduite par le CREAI, restituée à travers ce rapport
- Détermination d'une stratégie d'expérimentation entre l'ARS et les Départements, au cours du 2^{ème} semestre 2018

2.1. L'évolution de l'offre sur les territoires et le déploiement de la logique de parcours

- [Les principales caractéristiques de l'offre médico-sociale d'accompagnement des personnes âgées en Région Pays de la Loire](#)

L'offre médico-sociale d'accompagnement des personnes âgées sur le territoire des Pays de la Loire se caractérise par un fort taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

En effet, alors que le taux d'équipement national est de 102 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans, la Région Pays de la Loire a un taux d'équipement de 136 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans.

Cette moyenne régionale élevée ne doit pas pour autant masquer les disparités départementales actuelles (le taux d'équipement de la Sarthe est de 107, 1 place pour 1000 personnes de plus de 75 ans alors que tous les autres départements ont un taux d'équipement supérieur à 129 places pour

1000 personnes âgées de plus de 75 ans ¹³) mais aussi infra-départementales (Le Mans, Saumur, Les Sables d'Olonne <100 / Redon/Pontchâteau, Les Mauges, Montaigu > 180).

A contrario, le taux d'équipement en Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) est légèrement inférieur à la moyenne nationale, avec 19 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans contre 20 places en France métropolitaine¹⁴.

Ce fort taux d'équipement en EHPAD constitue un maillage territorial de nature à apporter une réponse de proximité aux besoins des personnes âgées, qu'elles soient à domicile ou accueillies en établissements.

- Le déploiement des logiques de parcours

La fluidification des parcours de santé, notamment des personnes âgées, est au cœur des politiques publiques de santé. Elle a pour objectif d'améliorer la qualité des prises en charge et des accompagnements en évitant les ruptures de parcours (et notamment le recours aux hospitalisations évitables et/ou inadéquates, source d'aggravation de la perte d'autonomie des personnes âgées) et d'améliorer la pertinence des recours au système de santé afin d'en assurer sa soutenabilité financière à long terme.

Ainsi, comme le souligne le rapport du Haut Conseil de l'Assurance maladie de 2010, « un meilleur accompagnement de la perte d'autonomie – besoin spécifique et distinct du soin – est susceptible de constituer un puissant levier d'efficience de la dépense d'assurance maladie. »

Dans un tel contexte, au-delà du déploiement de la démarche PAERPA, il est nécessaire que l'ensemble des acteurs de l'accompagnement des personnes âgées (professionnels de santé libéraux, sanitaire, établissements et services médico-sociaux, MAIA, CLIC...) œuvre à une meilleure coordination, complémentarité et graduation de leurs interventions respectives pour répondre au souhait des personnes âgées de vieillir à domicile, agir sur les quatre principaux facteurs de perte d'autonomie (iatrogénie, chute, isolement social, dénutrition) et sur les hospitalisations évitables, source d'aggravation de la perte d'autonomie.

2.2. Les orientations du PRS

Dans le cadre de son Projet Régional de Santé 2018-2022, l'ARS consacre un volet spécifique à « L'EHPAD DE DEMAIN », qui a vocation à évoluer à terme vers des « pôles de services gérontologiques locaux ».

¹³ Volet « évaluation des besoins médico-sociaux des personnes âgées – Synthèse » du PRS 2018-2022 de l'ARS Pays de la Loire

¹⁴ Volet « évaluation des besoins médico-sociaux des personnes âgées – Synthèse » du PRS 2018-2022 de l'ARS Pays de la Loire

Les EHPAD se caractérisent en effet actuellement par la présence combinée, en un seul lieu géographique :

- de ressources médicales et paramédicales, notamment dans le champ de la gériatrie
- de relations continues avec de nombreux professionnels de santé du 1^{er} recours (lien Médecin coordonnateur / Médecin généraliste / Masseurs-kinésithérapeute / pharmaciens d'officine...)
- de prestations de restauration, d'animation, adaptées aux besoins des personnes âgées et dispensées par des professionnels formés à la gérontologie (Accompagnant Educatif et Social, animateur, psychologue) qui peuvent apporter une réponse à l'isolement social des personnes âgées à domicile
- d'une plate-forme administrative susceptible de permettre la centralisation de l'information.

Dès lors, en s'appuyant sur ces caractéristiques, en faisant évoluer leurs prestations et, le cas échéant, en se regroupant sur certains territoires pour atteindre une taille critique, ils peuvent devenir, à plus ou moins brèves échéances, des acteurs pivots des politiques gérontologiques sur les territoires et évoluer vers de véritables pôles de services gérontologiques locaux susceptibles de combiner :

- une fonction de « centre ressources » : expertise gérontologique, formations de professionnels à domicile, accès à la télémédecine, aux thérapies non médicamenteuses, aux animations adaptées...
- une capacité de projection au domicile des personnes âgées : interventions de professionnels de l'EHPAD au sein des domiciles des personnes âgées, sur les champs du soin, de l'autonomie et de la participation sociale
- une diversité d'offres pour répondre aux besoins des aidants et/ ou des personnes âgées à domicile : résidences autonomie/résidences services seniors adossées alliant maintien dans un logement autonome et possibilité d'avoir recours au plateau technique de l'EHPAD, accueil de jour, plateforme de répit, hébergement temporaire, accueil de nuit, accueil d'urgence, accès au PASA pour des personnes extérieures à l'établissement¹⁵.

La création de tels pôles de services gérontologiques locaux nécessite de renforcer les coopérations et mutualisations entre EHPAD, mais aussi avec les ressources sociales et médico-sociales sur les territoires (Services à domicile, SSIAD, SPASAD), les ressources sanitaires (professionnels de santé libéraux, Hospitalisation à Domicile, structures sanitaires, groupements hospitaliers de territoire...) ainsi que l'ensemble des acteurs locaux (associations de loisirs, culturelles, collectivités territoriales...), afin de permettre une meilleure inclusion de l'EHPAD sur son territoire.

Par ailleurs, en fonction de leur implantation sur les territoires, et tout particulièrement en milieu rural ou urbain, le rôle et la place de l'EHPAD seront susceptibles de fortement varier.

¹⁵ Sous réserve de dérogation

En effet, si en milieu urbain, l'EHPAD pourra plus facilement se « projeter » vers l'extérieur et agir en complément des services d'aide à domicile, son positionnement en milieu rural pourrait s'avérer être différent et s'orienter vers une fonction de « centre ressources ».

Pour autant, l'un ne peut être exclusif de l'autre et il conviendra d'adapter les évolutions des EHPAD en fonction du contexte sur les territoires et des ressources disponibles.

2.3. Les objectifs de la démarche

La démarche conduite par le CREA I Pays de la Loire a eu pour double objectif d'identifier les évolutions nécessaires des prestations en EHPAD afin d'expérimenter, dans la région, des pôles ressources gérontologiques locaux et les conditions à réunir pour permettre la réussite de ces évolutions.

- L'évolution des EHPAD vers des pôles ressources gérontologiques locaux

Au-delà de l'accueil des résidents, notamment en Hébergement permanent, les EHPAD ont, de par leur densité géographique et leur expertise en gérontologie, un rôle important à jouer dans les politiques d'accompagnement du vieillissement de la population, de prévention de la perte d'autonomie à domicile mais aussi de soutien aux aidants, aux professionnels de santé et aux professionnels de l'aide à domicile.

Cette ouverture s'exprime par le développement d'actions visant à ¹⁶:

- Favoriser l'émergence de la politique de prévention du risque de perte d'autonomie, en proposant des actions en direction des personnes âgées à domicile
- Ouvrir l'EHPAD à son environnement par la mobilisation d'acteurs extérieurs sur un projet commun
- Diversifier les modes de prise en charge et les prestations intra et extra muros
- Soutenir les actions innovantes ayant pour vocation la promotion de la démarche qualité et de la bienveillance
- Participer à une offre de soins de premier recours et mettre en place des services paramédicaux pour répondre aux besoins du territoire avec l'EHPAD comme interface tournée vers la population
- Renforcer la politique d'aide aux aidants

Ainsi, les EHPAD doivent évoluer d'une logique de « structure » à une logique de « prestations » alliant prévention de la perte d'autonomie (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.

¹⁶ Définition de l'EHPAD « centre ressources » par l'ARS Nouvelle Aquitaine dans le cadre d'un appel à candidature lancé en 2014

L'objectif du travail conduit par le CREAI Pays de la Loire a été de définir les pré-requis de futurs cahiers des charges d'appels à candidatures et/ou d'appels à projets innovants, sous la forme de différentes fiches projets, permettant une ouverture des EHPAD sur leur environnement et de les faire évoluer en véritables « pôles de services gérontologiques locaux » sur les territoires, qui devront concilier mobilisation du plateau technique interne par les acteurs de l'accompagnement à domicile et capacité de « projection » des services et compétences de l'EHPAD à l'extérieur.

Ainsi, les futurs pôles de services gérontologiques locaux seront des structures locales, proposant un ensemble de services sur les territoires, qui, par la coordination voire la mutualisation de certaines prestations entre les différents acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, permettront de répondre aux besoins et attentes des personnes âgées et favoriseront la fluidification de leurs parcours.

- Les conditions de réussite de la création de pôles ressources gérontologiques locaux

La mise en œuvre de projets de « pôles ressources gérontologiques locaux » nécessite également d'identifier non seulement les évolutions à apporter au sein des EHPAD mais aussi de définir les conditions nécessaires à la réussite d'un tel projet.

Ainsi, la réussite de la création de pôles ressources gérontologiques locaux doit conduire à s'interroger sur la gouvernance des politiques gérontologiques sur les territoires et de la coordination des prestations entre les différents acteurs, au regard notamment des ressources disponibles.

En effet, au regard du contexte territorial, il est nécessaire de s'interroger si les EHPAD devront devenir le pivot de la coordination et du suivi des interventions auprès des personnes âgées sur un territoire ? S'ils devront être un outil de « centralisation des informations » sans exercer de mission de coordination ? Ou bien s'ils devront demeurer un des acteurs du parcours, un pôle de service gérontologique local dont les ressources seront activées par des tiers (plateforme territoriale d'appui, coordinateur de parcours, gestionnaires de cas...) ?

Par ailleurs, ces nouvelles missions dévolues aux EHPAD devront s'effectuer dans un contexte budgétaire contraint. Dès lors, alors que les missions des EHPAD pourraient évoluer vers une fonction plus centrale d'appui ressources et de mise à disposition d'un plateau technique, la question du financement de ces évolutions, le cas échéant par des redéploiements de crédits, doit être posée.

Ces évolutions des rôles et missions des EHPAD vont induire également une évolution des profils des professionnels au sein des EHPAD, qui pourront être conduits à exercer leurs missions au-delà de l'établissement et à apporter une « expertise » en gérontologie auprès des prestataires à domicile.

Par conséquent, les réunions de concertation conduites par le CREAI Pays de la Loire ont eu pour objectif de mener une réflexion collégiale sur les conditions de réussite des pôles de services gérontologiques locaux et de proposer une méthodologie de projet préalable à la constitution de pôles de services gérontologiques locaux.

Les modalités d'expérimentation feront l'objet d'une concertation entre l'ARS et les Départements et seront communiquées dans une deuxième phase.

3. La méthodologie

3.1. Le comité de pilotage

Un comité de pilotage a été mis en place pour arrêter la méthodologie, la composition du groupe de travail, définir les attendus de chaque réunion de concertation, suivre l'avancée progressive de la réflexion et arrêter le contenu des différentes fiches projets utilisables pour définir les cahiers des charges de futurs appels à projets.

Composé de représentants de l'ARS, des Conseils départementaux et du CREAI Pays de la Loire, ce comité de pilotage a notamment veillé à la bonne articulation entre les travaux conduits par le Conseil Départemental de Loire-Atlantique dans le cadre du lancement de ses Etats généraux des EHPAD et par le Conseil Départemental de la Mayenne dans le cadre de sa stratégie de transformation et territorialisation de l'offre sociale et médico-sociale à destination des personnes âgées.

3.2. Le groupe de travail

Le travail d'élaboration des fiches projets, dans la perspective d'élaboration de futurs cahiers des charges d'appel à projet en vue de créer des « pôles de services gérontologiques locaux », s'est appuyé sur une large concertation avec l'ensemble des acteurs du champ gérontologique du territoire régional.

Ainsi, ont été conviés à ce groupe de travail, qui s'est réuni à deux reprises, les représentants des organisations suivantes :

Représentants du secteur sanitaire :

- un représentant de la FHF
- un représentant de la FNEHAD

Représentants des EHPAD :

- un représentant de la FEHAP
- un représentant du SYNERPA
- un représentant de la FHF
- un représentant de l'URIOPSS
- un représentant de la FNADEPA
- un représentant de l'ADPA
- un représentant de la FNAQPA

Représentants du secteur des professionnels de santé :

- un représentant de l'URPS Médecins Libéraux
- un représentant de l'URPS Masseurs-Kinésithérapeutes
- un représentant de l'URPS Infirmiers Libéraux
- Un représentant de l'URPS Pharmaciens Libéraux
- Un représentant du SNGIE et/ou de la FFAMCO

Représentants des institutions :

- Deux représentants de l'ARS (binôme administratif / médecin idéalement)
- Un représentant de chaque Conseil départemental
- Un représentant du CCAS de Nantes
- Un représentant de l'Union départementale des CCAS
- Un représentant du Gérontopôle
- Un représentant du Conseil Régional
- Un représentant des pilotages de MAIA
- Un représentant de la CARSAT

Représentants de l'aide à domicile :

- Un représentant de l'ADMR
- Un représentant de l'UDSSIAD 49
- Une représentant de la FEDESAP
- Un représentant de la FESP
- Un représentant de l'UNA
- Un représentant d'Adessa Domicile

Représentants d'opérateurs d'EHPAD expérimentant des évolutions de l'offre de leur EHPAD :

- La Mutualité Anjou / Mayenne /44
- AGAPE
- La fondation Georges Coulon
- L'EHPAD St Georges
- L'EHPAD de Beaugeois Vallée

3.3. La phase préparatoire

L'entrée dans la démarche avec les différents participants a nécessité de dresser dans un premier temps un état des lieux des orientations d'ores et déjà inscrites dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens en cours de signature sur le territoire régional ainsi que les différentes expérimentations en cours au plan national (cf. infra).

3.4. Les réunions de concertation

Deux réunions de concertation ont été organisées afin d'associer les acteurs à la démarche et de recueillir leurs réflexions et attentes sur les évolutions à venir des EHPAD afin de devenir des « pôles de services gérontologiques locaux. »

- La 1^{ère} réunion de concertation du jeudi 29 mars 2018

Après une présentation des objectifs de la démarche et du contexte dans lequel elle s'inscrit (évolution des attentes des populations, développement des services à domicile, des outils connectés, des solutions d'habitat intermédiaire, déploiement des logiques de parcours, des coopérations entre les acteurs...), il a été présenté des premiers retours d'expériences sur des expérimentations en cours au plan national (M@DO en Corrèze, EHPAD@dom à Sartrouville,).

Au terme de cette introduction, il a été demandé aux participants d'échanger sur l'évolution des rôles et missions des EHPAD dans les années à venir afin de devenir des « pôles de services gérontologiques locaux ».

Les thématiques à aborder, préalablement définies en comité de pilotage, étaient illustrées par des objectifs proposés par certains gestionnaires dans le cadre de leurs CPOM et ont porté sur les thèmes suivants :

L'environnement de l'EHPAD « pôle de services gérontologiques local » :

- Positionnement de l'EHPAD vis-à-vis des prestataires à domicile
- Positionnement de l'EHPAD vis-à-vis des structures d'habitats intermédiaires
- Positionnement de l'EHPAD vis-à-vis des professionnels de santé libéraux
- Coopérations avec les ressources sanitaires
- Coopérations avec le tissu associatif local
- La valorisation de l'image de l'EHPAD sur son territoire

L'EHPAD pôle de services gérontologiques local et les personnes âgées à domicile :

- La participation de l'EHPAD aux actions de prévention de la perte d'autonomie à domicile
- L'apport des Technologies d'Information et de Communication dans les relations entre les personnes âgées à domicile et l'EHPAD
- La permanence des soins : rôle et place des personnels des EHPAD
- Le soutien psychologique aux personnes à domicile
- La diversification des modes d'accueil temporaire
- L'EHPAD et les sorties d'hospitalisation

L'EHPAD pôle de services gérontologiques local et les proches aidants :

- L'évaluation des besoins des proches aidants
- Les dispositifs de soutien aux aidants
- La gestion de l'absence du proche aidant
- L'accompagnement de l'aidant et de l'aidé

L'EHPAD pôle de services gérontologiques local et le cadre bâti :

- L'évolution du plateau technique des EHPAD
- Le développement des solutions d'habitats intermédiaires au sein de l'EHPAD
- L'aménagement des locaux collectifs

Ce travail de concertation a permis d'élaborer un certain nombre de fiches projets afin de faire évoluer les prestations des EHPAD dans leur territoire pour devenir des pôles ressources gérontologiques locaux (cf. infra).

- La 2^{nde} réunion de concertation du lundi 23 avril 2018

Afin d'inciter les participants à réfléchir ensemble aux rôles et missions des EHPAD dans l'organisation de la réponse aux personnes âgées sur les territoires dans les années à venir et de définir les conditions de réussite des futurs pôles de services gérontologiques locaux, la 2^{nde} réunion de concertation a été organisée sous la forme d'ateliers autour de différents scénarii prospectifs.

Ainsi, à partir d'un texte introductif présentant le contexte, les participants devaient travailler sur les réponses territoriales à apporter pour répondre aux enjeux démographiques de demain et à la place des EHPAD pour y répondre.

Le résultat de chaque atelier était illustré sous la forme d'un schéma organisationnel de l'offre à l'aide de cartes sur lesquelles les participants ont défini collégalement les prestations et les publics accompagnés par les différents prestataires, les rôles et missions des instances de coordination ainsi que les conditions de réussite de cette réorganisation de l'offre.

A l'issue du travail en atelier, une restitution en plénière a permis aux participants d'échanger sur les propositions formulées.

Les scénarii sur lesquels les participants ont travaillé en ateliers étaient les suivants :

Scénario 1 :

Nous sommes en 2030. Le progrès technologique a fait un bon en avant inimaginable : les voitures autonomes se sont généralisées, les exosquelettes se sont démocratisés, les logements sont équipés de détecteurs de chute, de vidéo-assistance... Les personnes âgées se sont en majorité appropriées l'usage des nouvelles technologies et les progrès de la médecine permettent de soigner 50% des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cependant, les personnes âgées à domicile souffrent d'isolement social et la pénurie de médecins ne permet pas un suivi médical suffisant pour prévenir la perte d'autonomie. Vous êtes directeur d'un EHPAD.

Scénario 2 :

Nous sommes en 2030. Suite à une forte recomposition de l'offre sur les territoires, de nombreux établissements et services sociaux et médico-sociaux se sont organisés en plateformes de services gérontologiques locales. Cette organisation permet d'offrir une diversité d'offres d'accompagnement à domicile, en habitat intermédiaire ou en établissement médicalisé. Vous êtes le directeur de cette plateforme.

Scénario 3 :

Nous sommes en 2030. La majorité des personnes âgées a anticipé sa perte d'autonomie à venir et s'est installée dans des habitats intermédiaires (résidences autonomie, Résidences services...), qui proposent des services (activités physiques adaptées, ateliers mémoires, animations...) permettant de prévenir la perte d'autonomie. Le recours aux SSIAD, SAAD, à la HAD permet aux personnes âgées dont les troubles neuro-dégénératifs ont des conséquences modérées de rester dans leur résidence. Vous dirigez un EHPAD de 80 places, dont 40 chambres ont été transformées en appartements « intermédiaires », qui a signé des conventions de partenariats avec une résidence autonomie, une Résidence Services et un bailleur social qui gère des appartements « ordinaires » pour accompagner certaines personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives qui sont dans l'attente d'une place en EHPAD.

3.5. Restitution du rapport et présentation des fiches projets

Le présent rapport ainsi que les différentes fiches utilisables pour définir les cahiers des charges de futurs appels à projets ont été présentés, amendés et validés par le Comité de pilotage.

3.6. Synthèse méthodologique et calendrier de réalisation

Phases de la démarche	Méthodologie	Calendrier
Phase préparatoire	- Proposition de méthodologie	Octobre à décembre 2017
Réunion du 1 ^{er} comité de pilotage	- Présentation de la méthodologie - Evolution de la méthodologie suite à la réunion	Janvier 2018
Comité de pilotage	- Définition de la méthodologie	12 février 2018
Phase de constitution des groupes de travail	- Identification des membres des groupes de travail - Envoi d'un courrier aux membres des groupes de travail	15 février 2018
Phase d'analyse	- Synthèse des objectifs des CPOM sur les axes 3 et 5 - Analyse des premiers retours des expérimentations EHPAD de demain - Elaboration de la présentation du déroulé de la première réunion de concertation	Février / mars 2018
Réunion du groupe de travail : développement de plateforme de services gérontologiques	- Rédaction du compte-rendu - Elaboration des fiches de présentation des principaux axes d'évolution des EHPAD	du 29 mars au 16 avril 2018
Réunion intermédiaire du Comité de pilotage	- Présentation des principaux axes d'évolution des EHPAD vers l'EHPAD de demain - Présentation du déroulé de la seconde réunion de travail	17 avril 2018
2 ^{ème} réunion du groupe de travail : les conditions de réussite	- Rédaction du CR - Elaboration de la boîte à outil « les conditions de réussite de l'EHPAD de demain »	Du 23 avril au 15 mai 2018
Restitution des travaux	- Présentation des résultats au groupe de suivi du projet - Rédaction du rapport - Rédaction des fiches projets définitives - Détermination des modalités de poursuite éventuelle de la démarche	Mai à juillet 2018

4. Les expérimentations en cours

L'évolution des EHPAD vers des « pôles de services gérontologiques locaux » fait l'objet de différentes expérimentations sur le territoire national. Le CREAI Pays de la Loire en a recensé deux, susceptibles d'appuyer la réflexion dans le cadre de l'élaboration de futurs cahiers des charges d'appels à projet.

Il convient toutefois de souligner que ces expérimentations sont en cours de déploiement et n'ont pas encore fait l'objet d'évaluation.

4.1. Le dispositif M@DO

Expérimenté dans le Limousin, le dispositif M@DO entend inverser les logiques, dans la mesure où les services de l'EHPAD sont transposés à domicile. Son champ d'intervention se situe dans un rayon de 20 minutes en voiture autour de la ville de Naves (périphérie de Tulle).

- D'une logique de projet d'établissement à une logique de projet de vie

M@DO entend progressivement faire évoluer les accompagnements mis en œuvre par les équipes de l'EHPAD d'une logique de projet d'établissement à une logique de projet de vie. Le dispositif s'inscrit ainsi dans un processus de soutien des personnes à domicile dont le fil conducteur doit être la préservation de l'autonomie, par un accompagnement adapté à tout type de situation et de contexte.

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

Suite à ce repérage, il met en place une évaluation globale et définit un ensemble de réponses graduées, pouvant alterner soutien à domicile et en établissement (et réciproquement), et garantissant la position de décideur du bénéficiaire, avec l'appui de proches aidants le cas échéant, dont la sérénité est préservée par des accompagnements complémentaires.

- L'entrée des personnes dans le dispositif M@DO

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

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

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

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

Préalablement à l'admission dans le dispositif, M@DO met en place un dispositif de veille médico-sociale afin d'obtenir une connaissance approfondie de la configuration de la population du territoire pour anticiper une évolution déficitaire des personnes repérées.

A cet effet, une plateforme de téléassistance permet d'assurer cette veille. La recherche et l'actualisation des informations se fait par :

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

- Le recours à une triple expertise

Préalablement à l'admission dans le dispositif M@DO, il est systématiquement mené une triple expertise afin de statuer en interdisciplinarité sur les besoins effectifs des personnes.

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

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

L'expertise de situation est réalisée à domicile par un professionnel de santé ou de l'intervention sociale pour mesurer la qualité du tissu familial afin de déterminer le niveau d'accompagnement social requis.

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

- Le gestionnaire de cas

A partir de la synthèse collégiale, un gestionnaire de cas est chargé de définir le plan d'actions et de le mettre en œuvre. Au-delà de la stricte coordination, le gestionnaire de cas définit la réponse aux besoins globaux de la personne accompagnée, sans segmentation, exerce un véritable contrôle sur l'effectivité des prestations et actes prévus et en assure la traçabilité.

Le gestionnaire de cas évalue ainsi en permanence l'accompagnement réalisé et organise la transmission des informations en direction des tiers, en interne et en externe.

- Les prestations délivrées par le dispositif M@DO

Les prestations délivrées par le dispositif M@DO reposent sur la logique de la tarification ternaire appliquée aux EHPAD : prestations hôtelières, d'accompagnement à la perte d'autonomie et de soin.

- Les prestations hôtelières

Au titre des prestations hôtelières, qui peuvent être solvabilisées en partie par l'APA, le dispositif M@DO délivre les services suivants :

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

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

- L'accompagnement à la vie citoyenne

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

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

- La fonction soin

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

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

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

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

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

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

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

- Modalités de financement du dispositif M@DO et composition de l'équipe

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

La dotation soins annuelle, allouée par l'ARS Nouvelle Aquitaine est de 500 000 €. Elle permet de financer 0,25 ETP de médecin coordonnateur, 1 ETP de gestionnaire de cas (Infirmier de formation), le versement des honoraires aux médecins traitants et aux infirmiers libéraux.

10 aides soignant(e)s et 10 accompagnants éducatifs et sociaux interviennent également au sein du dispositif M@DO, financés concurremment par la dotation soin et l'APA.

4.2. EHPAD@dom

EHPAD@dom est expérimenté depuis novembre 2017 sur le territoire de la commune de Sartrouville auprès de 24 personnes âgées à domicile relevant des GIR 1 à 4.

- La genèse du projet

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

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

Cette expérimentation de 2 ans se donne notamment pour objectif de démontrer que le dispositif EHPAD@dom, qui situe l'EHPAD en pôle ressource sur le territoire, favorise le maintien à domicile par le renforcement de la coordination, et ce à un coût soutenable pour les bénéficiaires et les financeurs.

Cette expérimentation fait l'objet d'une évaluation conduite par le Legos de l'Université Paris-Dauphine et le Gérontopôle de Reims.

- Le projet EHPAD@dom

L'expérimentation EHPAD@dom associe un EHPAD, un SSIAD, un Service à Domicile et des professionnels de santé libéraux autour d'un projet partagé d'accompagnement de 24 personnes âgées à domicile, en partenariat avec un prestataire de téléassistance, qui propose également d'équiper les logements des personnes âgées de détecteurs de chute.

A la suite d'une évaluation effectuée par l'équipe d'EHPAD@dom, la personne âgée à domicile peut bénéficier, au regard des besoins identifiés dans son projet personnalisé d'accompagnement et de soins, de prestations délivrées à domicile ainsi que de services et activités proposés au sein de l'EHPAD.

Les prestations d'aide, de soin et d'accompagnement à domicile sont les suivantes :

- Une aide à la vie quotidienne et de soins quotidiens
- Une astreinte de nuit par un infirmier en cas de besoin d'intervention la nuit
- Une plateforme de téléassistance 24h/24 et 7j/7
- Un service « petits travaux » de bricolage (1 heure par mois)

- Un service de transport accompagné entre le domicile et l’EHPAD ressource
- La coordination entre les différents intervenants à domicile (SAAD, SSIAD) et avec les autres interventions à domicile (professionnels de santé libéraux, portage de repas...)
- Une aide aux démarches administratives pour constituer le dossier d’aide à la prise en charge

Les prestations de services et activités proposées dans les locaux de l’EHPAD sont :

- Un hébergement d’urgence pour 72 heures dans une chambre mise à disposition
- L’accès au restaurant et au salon de coiffure
- Des séances individuelles programmées avec un masseur-kinésithérapeute, un podologue, un psychomotricien ou un psychologue
- Des ateliers de prévention et d’éducation à la santé
- La participation aux événements festifs, animations et ateliers (créatifs, musicaux, esthétique, bien être, mémoire...)
- L’accès au Pôle d’activités et de soins adaptés (PASA)
- L’accès au dispositif « Halte Répit-Détente Alzheimer », lieu d’accueil et de lien social pour personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer, géré par des bénévoles.

L’EHPAD occupe dans le dispositif une place centrale dans la mesure où, au-delà de l’ouverture de ses prestations aux personnes âgées à domicile, il coordonne les interventions à domicile du SSIAD, des SAAD et des professionnels de santé.

- Modalités de financement du dispositif EHPAD@dom et composition de l’équipe

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

La coordination effectuée par l’EHPAD fait l’objet d’un financement spécifique réparti entre le soin et l’hébergement, à savoir :

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

Le coût d’EHPAD@dom à la charge des personnes âgées à domicile est de 6€ par jour, hors service du repas (5,70€ à l’EHPAD, entre 8€ et 9€ à domicile) et de l’abonnement à la téléassistance (24 € mensuel).

4.3. Points communs et questions soulevées par ces dispositifs expérimentaux

Les expérimentations présentées supra présentent un certain nombre de points communs sur la place des EHPAD dans la coordination et l'appui aux interventions à domicile et dans l'organisation de la permanence des soins. Elles soulèvent aussi un certain nombre d'interrogations, tout particulièrement sur l'évolution des missions des médecins coordinateurs dans les EHPAD et sur la place des EHPAD en amont et en aval des hospitalisations des personnes âgées à domicile.

- Les points communs

- ✓ *L'EHPAD : acteur de la coordination des intervenants à domicile sur un territoire déterminé*

La principale caractéristique commune des deux expérimentations présentées ci-dessus est la place centrale occupée par l'EHPAD dans la coordination et le suivi des interventions, notamment dans le cadre des prestations de soins.

Les EHPAD travaillent ainsi sur le territoire avec les SSIAD, les SAAD et les intervenants libéraux à domicile. Ils coordonnent et assurent le suivi des interventions et fédèrent les différents intervenants.

Cette capacité de l'EHPAD à assurer la fonction de coordination en proximité s'appuie notamment sur la détermination d'un territoire circonscrit d'intervention, à savoir la ville de Sartrouville pour EHPAD@dom et un rayon de 20 mn en voiture, dans un territoire rural, pour M@DO.

Ainsi, la définition d'un périmètre critique sur lequel les EHPAD peuvent devenir un acteur de la coordination de 1er niveau apparaît un facteur important de la réussite de l'évolution des EHPAD vers des pôles ressources gérontologiques locaux.

- ✓ *L'EHPAD : un centre ressources au service de la prévention de la perte d'autonomie à domicile*

Dans les deux expérimentations, l'EHPAD a une fonction de centre ressources afin d'agir sur l'isolement social (par l'ouverture de ces activités aux personnes à domicile), la dénutrition (par l'organisation du portage des repas et/ou la possibilité de prendre le repas à l'EHPAD) et la prévention des chutes (par l'expertise environnementale ou la mise en place d'un système de détection des chutes à domicile) des personnes à domicile, qui sont 3 des 4 facteurs (avec la iatrogénie médicamenteuse) de perte d'autonomie des personnes âgées.

✓ *L'EHPAD au centre de la permanence des soins*

Dans les deux expérimentations, la place de l'EHPAD dans la permanence des soins est également renforcée.

Par le recours à un dispositif de téléassistance connecté à l'EHPAD, les personnes âgées à domicile peuvent contacter de jour comme de nuit du personnel soignant (IDE), qui pourra leur apporter une aide à domicile, notamment en cas de chutes ou d'angoisses nocturnes, et permettre ainsi d'éviter certaines hospitalisations inadéquates.

Le déploiement d'un service d'accueil d'urgence au sein des deux EHPAD participants à l'expérimentation a également pour objectif de permettre un moindre recours aux hospitalisations en cas de chutes ou d'absence d'un proche aidant.

- Les questions soulevées

✓ *L'évolution du rôle et des missions des médecins coordonnateurs en EHPAD*

L'évolution possible des EHPAD en qualité de pivot de la coordination de 1er niveau des intervenants auprès des personnes à domicile devra s'accompagner de la nécessaire revalorisation du temps de travail minimum des médecins coordonnateurs en EHPAD, fixé par le décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011, ainsi que sur l'évolution des rôles et missions des médecins coordonnateurs en EHPAD.

Dans le dispositif M@DO, le temps de coordination du médecin traitant est valorisé à 0,25 ETP. Si aucune donnée précise n'est connue à l'heure actuelle sur le dispositif EHPAD@dom, une partie de la dotation soins allouée par l'ARS semble être consacrée au financement de la mission de coordination.

Au-delà du temps de coordination, la question de la place et de la légitimité du médecin coordonnateur à assurer la coordination auprès des professionnels de santé libéraux intervenant à domicile se pose également.

En effet, si le médecin coordonnateur est actuellement fondé à « encadrer les actes de prescriptions médicales auprès des résidents de l'établissement », il ne bénéficie pas à l'heure actuelle d'une telle compétence auprès des professionnels de santé libéraux intervenants à domicile. Or, afin d'asseoir sa fonction de coordination, il apparaît nécessaire de renforcer le rôle des médecins coordonnateur dans l'encadrement des prescriptions médicales à domicile.

✓ *La place de l'EHPAD en amont et en aval des hospitalisations*

Si dans les deux expérimentations, les EHPAD jouent un rôle de coordination de 1er niveau des intervenants à domicile, leur place dans la coordination avec le secteur sanitaire n'apparaît pas.

Or, l'organisation d'une hospitalisation, tant en amont qu'en aval de celle-ci, en étroite concertation avec les intervenants libéraux et les intervenants à domicile, est un facteur important de prévention de la perte d'autonomie, dans la mesure où il est constaté que les hospitalisations sont un facteur d'aggravation de la perte d'autonomie des personnes âgées.

De plus, toute organisation de sortie d'hospitalisation par le secteur sanitaire, avec les intervenants à domicile, les professionnels de santé libéraux et les services médico-sociaux, permet d'amoindrir les risques de ré-hospitalisation et d'aggraver ainsi à nouveau la perte d'autonomie des personnes âgées.

Ainsi, au-delà de la coordination avec les intervenants à domicile, l'évolution des EHPAD vers des « pôles ressources gérontologiques locaux » doit également prendre en compte la question de la coordination entre les intervenants à domicile, les professionnels de santé libéraux, l'EHPAD et le secteur sanitaire.

Dès lors, il convient de s'interroger sur la pertinence de s'appuyer sur le seul EHPAD « pôle de services gérontologiques local ». En effet, la fonction de coordination doit être étendue aux relations avec le sanitaire. Par conséquent, la définition d'une fonction de coordination et de suivi des réponses aux besoins et attentes des personnes âgées sur le territoire est essentielle à la réussite du projet.

5. La méthodologie de projet préalable à la constitution de pôles de services gérontologiques locaux

Les modalités d'expérimentation de pôles de services gérontologiques locaux seront déterminées par l'ARS et les Départements, sur la base des réflexions issues des réunions de concertation collégiales.

L'expérimentation de pôles de services gérontologiques locaux implique la mise en œuvre d'une méthodologie de projet, associant l'ensemble des acteurs concernés du territoire, définissant les outils et instances de coordination, et identifiant les prestations portées par chaque acteur. Dans la mesure où il ne peut exister de modèle unique et transposable, chaque pôle de services gérontologiques local devra s'organiser en fonction de la nature du territoire (rural, urbain, rurbain) et de l'offre existante sur celui-ci. L'ensemble de cette démarche sera formalisée entre les parties prenantes par un projet commun de pôle.

5.1. Territoire de création, mobilisation de tous les acteurs, diagnostic et projet territorial partagé

- Les territoires de création des pôles ressources gérontologiques locaux

La détermination des territoires d'expérimentation des pôles ressources gérontologiques locaux fera l'objet d'une concertation entre l'ARS et les Départements dans le cadre de la définition plus globale de la stratégie d'expérimentation du dispositif.

Lors des réunions de concertations, les participants ont retenu différents périmètres : le bassin de vie, le territoire de l'Etablissement Public de Coopération Intercommunale ou encore le territoire d'action médico-sociale.

En tout état de cause, la définition des territoires de création et d'intervention des pôles de services gérontologiques locaux devrait reposer sur les critères suivants :

- Un périmètre d'intervention suffisamment restreint pour faciliter la « projection » des équipes de l'EHPAD vers les domiciles des personnes âgées et la venue des personnes âgées à domicile vers l'EHPAD. Devra être définie dans ce cadre la file active d'usagers pouvant être accompagnés par le pôle
- Une offre médico-sociale suffisante sur le territoire : services à domicile, Services de Soins infirmiers à Domicile, résidences autonomie, solutions d'habitats intermédiaires, EHPAD

- La présence de professionnels de santé libéraux : médecins traitants, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmacie...
- La présence en proximité de ressources sanitaires : Hospitalisation à Domicile, hôpital de proximité...
- La mobilisation de tous les acteurs du territoire

La création de pôles de services gérontologiques locaux doit reposer sur la capacité d'initiative et la volonté de tous les acteurs de définir des projets communs sur les territoires.

Suite à la définition des territoires d'intervention des pôles de services gérontologiques locaux, une large concertation doit être engagée avec l'ensemble des acteurs du territoire (professionnels de santé libéraux, sanitaire, médico-social, social, pharmaciens, élus locaux, société civile...), afin de définir l'évolution attendue de l'offre ainsi que les modalités de coopérations entre les acteurs, en association avec les services de l'ARS et du Département.

Il est conseillé que cette concertation s'appuie sur les instances de concertation territoriales existantes (CLIC, MAIA, CTS...).

Les élus locaux devront également être étroitement associés, dans la mesure où le projet devra non seulement être porté par ces derniers auprès de la population locale mais aussi en raison des conséquences de la création de pôles ressources gérontologiques locaux sur les politiques d'aménagement du territoire.

En effet, la création de pôles de services gérontologiques locaux pleinement efficaces requiert notamment une couverture numérique de tout le territoire d'intervention, une politique de transport adaptée, permettant la mobilité des personnes âgées, ainsi que le cas échéant, une recomposition de l'offre, notamment médico-sociale, susceptible d'avoir des impacts sur le tissu économique local. La réorganisation de l'offre sur les territoires aura également des incidences sur la politique du logement, avec l'adaptation de logements au vieillissement de la population et/ou le développement de solutions d'habitats dits intermédiaires offrant des services aux personnes âgées autonomes.

Les concertations territoriales devront être menées par un pilote opérationnel. Gestionnaire de structures sociales et médico-sociales, et le cas échéant, de structures sanitaires, ce pilote opérationnel, par son leadership, devra être en capacité d'organiser les concertations entre les différents gestionnaires, développer les nécessaires partenariats et être en capacité ainsi de fédérer l'ensemble des acteurs de l'accompagnement des personnes âgées sur le territoire.

- La réalisation préalable d'un diagnostic et d'un projet territorial partagé en gérontologie

Introduits par l'article 158 de la loi de modernisation de notre système de santé, les diagnostics et projets territoriaux partagés en santé ont pour objectifs de permettre une meilleure articulation des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux par la co-construction, en étroite concertation avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, une nouvelle organisation des ressources territoriales à même de proposer un accompagnement des parcours de vie.

La méthodologie de réalisation d'un diagnostic et d'un projet territorial partagé en gérontologie repose sur les différentes phases de travail suivantes :

- L'élaboration d'un état des lieux à partir du croisement des données existantes et des analyses des différents acteurs afin d'aboutir à une évaluation partagée des besoins des personnes âgées et des ressources territoriales sensées y répondre, dans un contexte territorial et législatif donné
- Organiser une concertation territoriale, par groupes de travail thématiques (prévention de la perte d'autonomie à domicile, hospitalisations évitables, permanence des soins, mobilité, adaptation des logements...) pour identifier les leviers d'action afin d'adapter ou transformer l'offre, les prestations délivrées par les différents acteurs, les pratiques professionnelles, les échanges d'information, sur un territoire
- Définir les objectifs de chaque acteur à moyen terme et la structure porteuse de cette coordination

Elle doit s'appuyer sur les diagnostics territoriaux existants (ex : diagnostic réalisé par la MAIA).

La réalisation du diagnostic et du projet territorial de santé partagé doit ainsi permettre d'aboutir à la définition des outils et instances de coordination ainsi qu'à l'évolution de l'offre et des prestations des différents acteurs sur le territoire.

Elle pourra s'intégrer dans les démarches de contractualisation territoriale (ex : contrats locaux de santé).

5.2. L'identification des prestations portées par les acteurs du pôle et leurs complémentarités

Les réunions de concertation ont permis d'identifier la diversité des prestations pouvant être mise en œuvre, tout particulièrement par les EHPAD, pour répondre aux besoins des personnes âgées, et notamment pour prévenir leur perte d'autonomie à domicile, par une action des EHPAD en complémentarité des SSIAD, SAAD et professionnels de santé libéraux, sur les quatre principaux facteurs de perte d'autonomie, à savoir l'isolement social, la dénutrition, le risque de chute et la iatrogénie médicamenteuse (cf. partie 6 du présent rapport).

Par conséquent, la création de pôles de services gérontologiques locaux sur les territoires doit avoir pour préalable de définir précisément, entre les différents acteurs de l'accompagnement des personnes âgées sur un territoire, l'évolution de leurs prestations respectives et leurs complémentarités, dans une logique d'accompagnement global de la personne âgée, dans une perspective d'efficacité et afin d'éviter l'écueil du double financement de prestations, notamment de soins et / ou de dépendance.

Au-delà, ce travail préalable d'identification des prestations portées par les acteurs permettra à la fonction de coordination de pouvoir identifier les différentes ressources mobilisables et œuvrer ainsi à la coordination des interventions.

5.3. Définir les modalités et outils de la coordination opérationnelle du pôle de services

La coordination des différents acteurs intervenant auprès des personnes âgées, tout au long de leur parcours de santé, est essentielle pour éviter les ruptures de parcours et s'assurer de la délivrance de la bonne prestation par le prestataire le plus adéquat.

Ainsi, lors des réunions de concertations, les participants ont souligné que la mise en œuvre de pôles de services gérontologiques locaux nécessitait au préalable la définition collégiale, par l'ensemble des acteurs du territoire, de la fonction de coordination, ainsi que des outils nécessaires à cette coordination.

- La définition de la fonction de coordination

Les participants aux réunions de concertation ont dressé un double constat sur la situation actuelle, à savoir :

- la multiplicité des instances de coordination sur les territoires (MAIA, CLIC, PTA, CCAS...)
- l'insuffisance de la coordination, malgré du temps passé par chacun des acteurs de l'accompagnement des personnes âgées à cette mission.

Dans un tel contexte, il apparaît essentiel de définir pour chaque pôle de services une fonction de coordination opérationnelle, clairement identifiée, et interlocutrice unique des structures intervenant auprès des personnes âgées à domicile ou en établissement.

L'animateur de cette fonction de coordination doit être reconnu légitime par l'ensemble des acteurs du territoire du champ sanitaire, médico-social et de la médecine de ville à travers une définition collégiale de son rôle et de ses missions qui devront notamment être :

- L'observation, l'évaluation et le repérage sur le territoire des besoins des personnes âgées
- La centralisation des informations essentielles à la continuité du parcours des personnes âgées

- La mise en réseau des acteurs de l’accompagnement des personnes âgées au sein du pôle et la capacité à les mobiliser dans les plus brefs délais
 - La gestion d’un numéro unique d’appel, destiné prioritairement aux professionnels
 - La centralisation et la mise à jour en temps réel des informations relatives à l’offre disponible au sein du pôle
 - La gestion des sorties d’hospitalisation
 - La gestion de cas (fonction de référent parcours)
 - La communication du dispositif sur le territoire
- Les outils nécessaires à une bonne coordination des acteurs

La coordination des différents acteurs participant à l’accompagnement des personnes âgées au sein du dispositif nécessite également de se doter d’un ensemble d’outils permettant non seulement de recueillir et centraliser les données essentielles à l’actualisation des informations relatives à chaque personne âgée suivie mais aussi de pouvoir mobiliser en temps réel les acteurs sur le territoire.

Dans cette perspective, il apparaît essentiel de permettre un hébergement commun de données régionales, compilant des informations médicales, soignantes et sociales des personnes âgées, suivi par la fonction de coordination du pôle. Le contenu précis des données ainsi hébergées sur un serveur commun devra être défini dans le cadre de concertation entre les acteurs du parcours. Elles devront permettre de retracer le parcours des personnes âgées, favoriser la coordination des interventions entre les acteurs et être facilement actualisables en temps réel par les différents intervenants auprès des personnes âgées suivies.

A cet effet, il conviendra de travailler dans un second temps sur l’interopérabilité entre le serveur d’hébergement des données et les logiciels utilisés par les différents professionnels du parcours sur le territoire afin de simplifier les démarches d’actualisation des données personnelles.

Par ailleurs, l’animateur de la fonction de coordination doit, dans le cadre de ses missions, être en capacité de mobiliser rapidement les solutions d’accompagnement existantes au sein du pôle pour répondre aux besoins des personnes âgées. Pour ce faire, le Répertoire Opérationnel des Ressources devra être correctement renseigné par les établissements et services membres du pôle et contenir un référentiel de compétences, défini par les acteurs au plan régional, permettant notamment d’identifier les ressources mobilisables au sein des EHPAD pour venir en appui des professionnels intervenant à domicile ou des professionnels de santé libéraux.

De plus, il conviendrait de développer également un système d’information territorial, à partir de Via Trajectoire, permettant de connaître en temps réel l’offre disponible sur les territoires pouvant être mobilisée auprès des différents acteurs de l’accompagnement des personnes âgées pour répondre aux besoins.

Enfin, la création d’un agenda commun et partagé serait de nature à favoriser la coordination entre les différents acteurs.

5.4. La formalisation de la démarche dans un projet de pôle commun

L'ensemble de cette démarche sera formalisé à travers un projet de pôle, qui présentera :

- L'offre de prestations,
- Le périmètre géographique,
- Les modalités et conditions de saisine,
- Le profil de l'animateur de la fonction de coordination,
- L'organisation de la continuité du dispositif,
- Les modalités d'intervention et de coordination au domicile,
- Les conditions d'accompagnement en urgence,
- Les modalités de sortie du dispositif lorsque le maintien à domicile n'est plus possible,
- Les outils de mise en œuvre des droits des usagers
- les modalités de gouvernance du dispositif (instances et procédures pour assurer le fonctionnement institutionnel du pôle et organisation décisionnelle présentée sous la forme d'un circuit de prise de décision)
- les responsabilités de chacun des intervenants dans le dispositif
- les modalités de travail en équipe, de portage du projet au sein de chaque ESMS participant au pôle, dans une logique de compréhension et d'appropriation du projet
- L'identification des besoins de formation, des besoins d'évolution de compétences et d'accompagnement des équipes et un programme de formation (ex : prévention, modalités d'accompagnement à domicile, coordination...)
- L'intégration des apports liés au virage numérique et aux nouvelles technologies (DMP, messagerie sécurisée, objets connectés) et l'appui sur des pratiques innovantes permettant d'améliorer l'image du secteur
- Les partenariats à consolider sur le territoire (professionnels libéraux, sanitaires, médico-sociaux, associations de loisirs, municipalités...)

Les participants au projet pourront à ce titre élaborer une cartographie des risques, afin de sécuriser les process au sein du pôle de services gérontologiques local.

Enfin, le projet est susceptible de conduire à des évolutions bâtimentaires, qui devront permettre d'accueillir au sein de l'EHPAD des personnes vivant à domicile, sur des temps partagés.

5.5. L'absence de modèles « clés en main »

Si les réunions de concertation ont permis d'identifier les prérequis nécessaires à la création de pôles de services gérontologiques locaux ainsi que les complémentarités des prestations pouvant être délivrées par les différents acteurs de l'accompagnement des personnes âgées sur les territoires afin

notamment de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, elles ont également permis de souligner l'absence de modèles « clés en main » de futurs pôles de services gérontologiques locaux.

En effet, la création de pôles de services gérontologiques locaux nécessite de s'appuyer au préalable sur une étroite concertation entre les acteurs d'un même territoire afin que chacun d'entre eux fasse évoluer ses prestations pour agir en complémentarité les uns par rapport aux autres.

La configuration de l'offre sur le territoire, le caractère rural ou urbain du territoire, la proximité plus ou moins grande des pôles de services gérontologiques locaux des domiciles des personnes âgées auront pour conséquence une nécessaire adaptation des prestations délivrées par les pôles de services gérontologiques locaux.

5.6. Pôle de services gérontologiques locaux et tarification du secteur

La création de pôles de services gérontologiques locaux sur les territoires, à travers l'expérimentation puis l'éventuelle généralisation de nouvelles organisations entre les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées, peut être de nature à modifier certaines modalités de solvabilisation par l'APA de prestations délivrées auprès des personnes âgées ainsi que les modalités de financement d'établissements ou services pour personnes âgées par l'ARS et les Conseils Départementaux.

Les concertations conduites dans le cadre de la présente étude ont permis d'identifier certaines pistes d'évolution des modalités de financements suivantes :

- La mutualisation de l'APA à domicile pour la solvabilisation de prestations collectives

Certaines prestations, telle que les transports, le portage de repas, peuvent, lorsqu'elles sont prises en charge au titre de l'APA à domicile, revêtir un coût important dans la mesure où elles ne sont mutualisées.

Aussi, le recours à la mutualisation de certaines prestations pourrait permettre d'en diminuer le coût unitaire et ainsi d'alléger le montant des plans d'aides APA et/ou solvabiliser un plus grand nombre de prestations.

La mise en œuvre d'une telle expérimentation nécessitera de pouvoir déroger aux règles actuelles de tarification de l'APA à Domicile mais aussi de mener une réflexion sur les modalités de prise en compte de l'impact du montant du ticket modérateur APA de chaque bénéficiaire.

- L'expérimentation d'un CPOM et d'une tarification tripartite globale pour un gestionnaire unique d'EHPAD, SAAD et SSIAD

La logique de tarification ternaire d'un gestionnaire d'un pôle de services gérontologiques local composée d'un EHPAD, d'un SAAD et d'un SSIAD reposerait sur la logique suivante :

- ✓ La section « hébergement » couvrirait les prestations actuellement définies par les textes réglementaires concernant les EHPAD et, dans les services à domicile, les prestations de petit bricolage, entretien des espaces verts, frais de participation à des animations et portage de repas.
- ✓ La section « dépendance », versée sous la forme d'un forfait global élargi, couvrirait en EHPAD les charges actuellement couvertes par les textes réglementaires et, au sein des services à domicile, l'ensemble des prestations relevant du régime de l'autorisation.
- ✓ La section « soins » permettrait de financer indifféremment des prestations à domicile ou en EHPAD par les professionnels de santé.

Ce recours à un tel mode de tarification permettrait une plus grande modularité et souplesse des interventions à domicile ou en EHPAD des professionnels des SSIAD, EHPAD et SAAD du gestionnaire.

Comme pour la mutualisation de l'APA à domicile, il conviendra de tenir compte le cas échéant de l'impact d'une telle mesure sur le ticket modérateur de chaque bénéficiaire de l'APA à domicile et, le cas échéant, en établissement.

- L'expérimentation de la valorisation financière de la fonction « appui ressources » des EHPAD

Les pôles de services gérontologiques locaux pourront mettre à disposition des professionnels de l'accompagnement des personnes âgées à domicile (SAAD, SSIAD, professionnels de santé libéraux..) certaines compétences professionnelles afin d'apporter une expertise complémentaire en gérontologie aux professionnels intervenant en domicile.

Cette mobilisation de professionnels devra faire l'objet d'une compensation financière et/ou être de nature à augmenter le taux d'encadrement de professionnels au sein du pôle.

Dans cette perspective, il conviendra de valoriser dans la tarification des pôles de services gérontologiques locaux, en s'appuyant notamment sur le futur modèle de tarification dans le secteur des personnes en situation de handicap SERAFIN-PH, la fonction « appui ressources » des professionnels du pôle.

- L'expérimentation d'une autorisation en file active de l'accueil temporaire

L'accueil temporaire, et notamment l'hébergement temporaire, et dans une moindre mesure l'accueil de jour, est une activité qui revêt un caractère saisonnier. Le passage à une autorisation en

file active pourrait être de nature à améliorer les taux d'occupation et à répondre aux besoins d'accompagnement des personnes âgées à domicile lorsqu'elles en ont le plus besoin, à savoir lors du départ des proches aidants en congés.

Cette tarification en file active pourrait également être appliquée dans le cadre de l'accueil de nuit, même s'il apparaît difficile d'en mesurer actuellement l'impact, cette prestation étant peu connue.

6. Les pôles de services gérontologiques locaux : la boîte à outils

La présente partie du document a pour objectif de permettre aux différents acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de s'appuyer sur différents outils pour conduire des projets de création de futurs pôles de services gérontologiques locaux.

Elle est organisée de la façon suivante :

- Définition des pôles de services gérontologiques locaux
- Rappel de points de vigilance sur la conduite d'un projet de création de pôles de services gérontologiques locaux
- Logigramme de la conduite de projet de création d'un pôle de services gérontologiques local
- Les Axes Stratégiques d'évolution possible des prestations des acteurs sur les territoires

6.1. Définition des pôles de services gérontologiques locaux

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.

6.2. Points de vigilance

La création de pôles de services gérontologiques locaux nécessite de mettre en œuvre une méthodologie de projet (cf. logigramme infra) afin d'identifier des territoires pertinents d'interventions, les évolutions des prestations des différents acteurs de l'accompagnement des personnes âgées ainsi que les modalités de coordination de leurs interventions.

Impulsés par les Conseils départementaux et l'Agence Régionale de Santé, les projets de création de pôles de services gérontologiques locaux sur les territoires devront être portés par un gestionnaire local d'établissements et services pour personnes âgées qui devra fédérer l'ensemble des acteurs du territoire afin que les prestations proposées soient complémentaires et coordonnées. Ainsi, la réussite de la création de pôles de services gérontologiques locaux devra reposer sur une parfaite lisibilité des prestations proposées par chaque acteur.

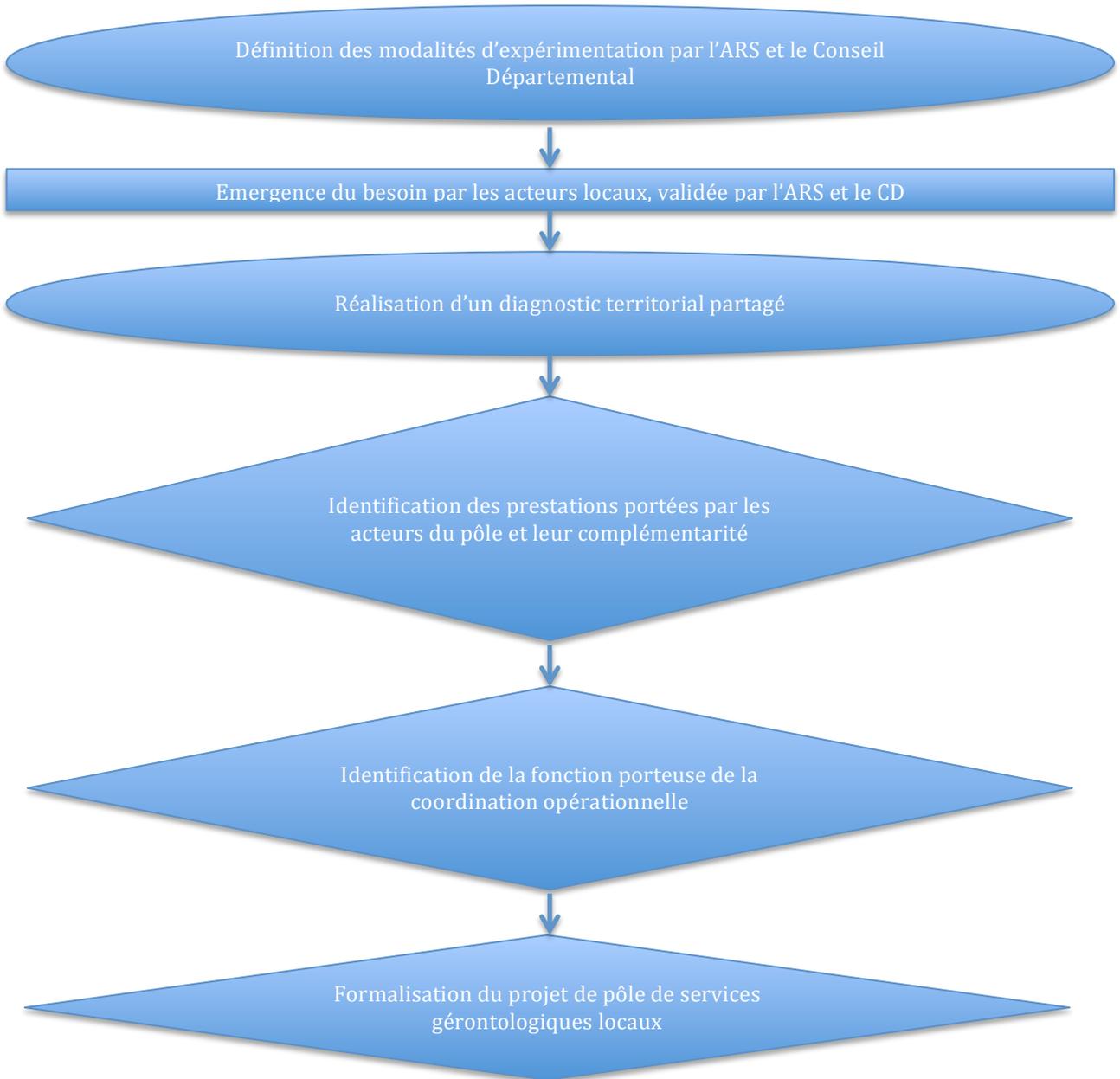
Elle nécessitera également de repenser la conception architecturale des EHPAD afin de favoriser la modularité des espaces au sein des structures permettant l'accueil et la participation des personnes âgées à domicile aux activités proposées.

Enfin, la création de pôles de services gérontologiques locaux pourra conduire, sur certains territoires, à redéfinir les missions des professionnels de l'accompagnement des personnes âgées, qui devront intervenir tant à domicile qu'en établissement et à l'accompagner par un plan de formation spécifique.

Certains postes, notamment de personnels paramédicaux, pourront être mutualisés entre plusieurs structures gestionnaires d'établissements et/ou de services afin de favoriser la création d'emplois à temps plein, permettre une modularité des réponses à apporter aux personnes âgées, ainsi qu'une diversification des parcours professionnels en fonction des demandes des salariés

6.3. Logigramme de la méthodologie de projet

Le logigramme ci-dessous présente sous une forme synthétique les différentes étapes nécessaires à la réussite de la création de pôles de services gérontologiques locaux.



6.4. Les axes stratégiques d'évolution possible des prestations

Chaque pôle de services gérontologiques local devra adapter et faire évoluer ses différentes prestations au regard des besoins identifiés, de la configuration de l'offre sur le territoire, le caractère rural ou urbain du territoire, la proximité plus ou moins grande des pôles de services gérontologiques locaux des domiciles des personnes âgées.

Les deux réunions de concertation ont permis d'identifier les différents axes d'évolution de l'offre et des exemples d'évolution de ces dernières, à savoir :

- Axe stratégique 1 : développer de nouvelles modalités d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire
- Axe stratégique 2 : Agir sur les principaux facteurs de perte d'autonomie
 - ✓ Objectif opérationnel n°1 : Renforcer la surveillance médicale et l'accès aux soins des personnes âgées en EHPAD et à domicile
 - ✓ Objectif opérationnel n°2 : Agir contre les phénomènes de iatrogénie médicamenteuse des personnes âgées à domicile
 - ✓ Objectif opérationnel n°3 : Agir contre les risques de chute des personnes âgées à domicile
 - ✓ Objectif opérationnel n°4 : Agir contre la dénutrition des personnes âgées à domicile
 - ✓ Objectif opérationnel n°5 : Agir contre l'isolement social des personnes âgées à domicile

Axe Stratégique N°1 :	Développer de nouvelles modalités d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire
Résultats attendus :	Diversifier l'offre d'accompagnement sur les territoires afin de : <ul style="list-style-type: none"> • répondre aux besoins de répit de certains aidants à domicile, • garantir la sécurité des personnes âgées la nuit à domicile ou en établissement, notamment des personnes âgées déambulantes et/ou isolées • assurer un soutien aux professionnels de nuit en EHPAD et les accompagner dans certaines prises de décision • Répondre aux besoins d'accueil en urgence • Répondre aux besoins d'accompagnement en sortie d'hospitalisation
Exemples de prestations pouvant être expérimentées :	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvrir des PASA la nuit pour les personnes âgées déambulantes en EHPAD et, au regard des résultats, aux personnes âgées à domicile • Assurer une complémentarité entre l'accueil de jour et les PASA • Développer l'accueil de nuit en EHPAD • Développer les astreintes d'IDE de nuit en EHPAD et en SSIAD • Créer des SSIAD de nuit • Créer des places d'accueil d'urgence en EHPAD • Créer des places d'accueil transitoire en sortie d'hospitalisation • Favoriser la continuité de l'accompagnement des personnes âgées lors du recours à des accueils temporaires par l'intervention de personnels de SSIAD / SAAD au sein des EHPAD
Points de vigilances / moyens de mise en œuvre :	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un diagnostic territorial recensant les prestations proposées par les acteurs du territoire, les prestations et mutualisations à développer au regard des besoins (ex : mutualisation d'IDE de nuit) • Organisation de la coordination des prestations • Organiser et solvabiliser le cas échéant les modalités de transports des personnes âgées à domicile vers les EHPAD • Communication sur les prestations offertes
Pré-requis	<ul style="list-style-type: none"> • Sous réserve d'une dérogation à la réglementation applicable aux PASA • Sous réserve des modalités de financement déterminées sur le plan régional • Sous réserve d'une dérogation à la possibilité d'intervention de professionnels de SSIAD/SAAD en EHPAD
Exemples d'indicateurs :	<ul style="list-style-type: none"> • Diversité et complémentarité de l'offre d'accompagnement de nuit sur les territoires • Nombre d'hospitalisations évitées • Nombre de ré-hospitalisation dans les 15 jours suivants une 1^{ère} hospitalisation

Axe Stratégique N°2 :	Agir sur les principaux facteurs de perte d'autonomie
Objectif opérationnel N°1 :	Renforcer la surveillance médicale et l'accès aux soins des personnes âgées en EHPAD et à domicile
Résultats attendus :	<p>Permettre un suivi médical régulier des personnes âgées et faciliter leur accès aux soins à proximité de leurs lieux de vie par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La possibilité de solliciter facilement une aide en soins ou une consultation médicale depuis son domicile • La transmission d'informations lors du recours à une hospitalisation d'urgence • Permettre d'avoir recours à la consultation de spécialistes en proximité • Bénéficier d'un bilan soignant et/ou médical régulier • Déployer rapidement des solutions d'accompagnement à domicile en sortie d'hospitalisation
Exemples de prestations pouvant être expérimentées :	<ul style="list-style-type: none"> • Equiper les EHPAD de dispositifs de télé-assistance / visio-assistance connectés aux domiciles des personnes âgées pour que ces dernières puissent les contacter et que les EHPAD répondent à leurs inquiétudes • Permettre aux EHPAD de centraliser des informations médicales à jour afin d'adresser le Dossier de Liaison d'Urgence lors d'une hospitalisation non programmée • Organiser des consultations avancées en EHPAD, y compris pour les personnes âgées à domicile • Accueillir régulièrement des personnes âgées à domicile en EHPAD pour recueillir et analyser les constantes • Favoriser le développement de la télémédecine en EHPAD • Ouvrir les consultations de télémédecine en EHPAD aux personnes âgées à domicile • Identifier les modalités d'intervention en cas d'urgence non médicale, notamment lors de crises liées à des troubles neuro-dégénératifs de personnes âgées à domicile • Créer au sein de SSIAD, sur le modèle des Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) dans le champ du handicap, des équipes d'intervention d'urgence pouvant intervenir immédiatement en sortie d'hospitalisation au domicile des personnes dans l'attente d'un accompagnement plus pérenne • Créer des maisons de santé pluridisciplinaires adossées à des EHPAD • Places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation
Points de vigilances / moyens de mise en œuvre :	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un diagnostic territorial recensant les prestations proposées par les acteurs du territoire, les prestations et mutualisations à développer au regard des besoins (ex : offres de télémédecine/consultations avancées proposé par les EHPAD sur un territoire) • Définir les modalités de coopération entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social pour les consultations avancées / de télémédecine / de constitution des Dossiers de Liaison d'Urgence (DLU)

	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'accès aux DLU par les médecins traitants pour leurs actualisations • Modalités de financement des prestations de suivi soignant / médical des personnes âgées à domicile par les EHPAD • Organisation du transport des personnes âgées à domicile vers les EHPAD • Modalités de financement des prestations « consultations avancées » organisées en EHPAD entre les ONDAM sanitaire et médico-social • Recueil du consentement des personnes âgées pour ouvrir un DLU en EHPAD et implication des médecins traitants • Transmission des informations aux médecins traitants • Modalités de financement de la surveillance des constantes des personnes âgées • Permettre aux équipes d'intervention d'urgence des SSIAD de s'appuyer sur les ressources en personnel soignant des EHPAD environnant • Communication sur les prestations offertes • Consentement de la personne âgée sur la transmission d'information, la visio assistance
Prérequis :	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture numérique du territoire
Indicateurs :	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de consultations avancées / d'actes de télémédecine organisée pour les personnes âgées à domicile et en EHPAD • Nombre de personnes âgées à domicile ayant un DLU au sein des EHPAD • Nombre de personnes âgées bénéficiant de bilan de surveillance de leurs constantes

Axe Stratégique N°2 :	Agir sur les principaux facteurs de perte d'autonomie
Objectif opérationnel N°2 :	Agir contre les phénomènes de iatrogénie médicamenteuse des personnes âgées à domicile
Résultats attendus :	<p>Limiter les effets négatifs des iatrogénies médicamenteuses par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une meilleure organisation du circuit du médicament à domicile • Des mesures de prévention • Le développement du recours aux thérapies non médicamenteuses
Exemples de prestations pouvant être expérimentées :	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'accès aux thérapies non médicamenteuses (réminiscence, Snoezelen, balnéothérapie, ateliers mémoire..) des personnes âgées à domicile par l'organisation de séances ouvertes en EHPAD • Consacrer des temps d'animation thérapeutiques (art-thérapie, musicothérapie, zoothérapie...) en EHPAD aux personnes âgées à domicile • Poursuivre la préparation par les pharmaciens d'officine des doses à administrer sous « blisters » pour les résidents d'EHPAD, les SSIAD et les personnes âgées à domicile • Améliorer l'observance des traitements par les personnes âgées vivant à domicile (bilan partagé de médication par le pharmacien d'officine financé par l'assurance maladie à hauteur de 60€ par personne âgée) • Expérimenter le bilan partagé de médication à l'entrée des résidents en EHPAD puis un an après l'admission • Améliorer le circuit du médicament à domicile • Inciter les pharmaciens à proposer aux personnes âgées à domicile d'analyser le contenu de leurs armoires à médicament en officine
Points de vigilances / moyens de mise en œuvre :	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les EHPAD bénéficiant d'équipements dédiés aux thérapies non médicamenteuses et de professionnels formés • Définition des modalités de financement des séances de thérapies non médicamenteuses / animation thérapeutique pour les personnes âgées à domicile • Mutualisations de professionnels thérapeutes entre plusieurs EHPAD • Concilier logique de pérennité économique, aménagement du territoire et Préparation des Doses à Administrer (PDA) par les pharmacies d'officine d'un territoire • Réalisation des investissements dans les officines • Communication sur les prestations offertes
Prérequis :	<ul style="list-style-type: none"> • Encadrer règlementairement la préparation des doses à administrer en officine
Indicateurs :	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de séances d'animation thérapeutiques au sein des EHPAD dédiées aux personnes âgées à domicile • Nombre de personnes âgés à domicile bénéficiant de prestations de thérapies non médicamenteuses en EHPAD

Axe Stratégique N°2 :	Agir sur les principaux facteurs de perte d'autonomie
Objectif opérationnel N°3 :	Agir contre les risques de chute des personnes âgées à domicile
Résultats attendus :	<p>Prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile par une politique de prévention des chutes s'appuyant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accès aux activités physiques adaptées • L'apport d'une expertise professionnelle • La lutte contre la dénutrition et la iatrogénie médicamenteuse
Exemples de prestations pouvant être expérimentées :	<ul style="list-style-type: none"> • Installer sur les territoires des parcours de santé adaptés dans certains EHPAD ouverts aux résidents d'autres EHPAD et/ou aux personnes âgées à domicile • Mettre en place dans les territoires des bilans de risques de chute à domicile réalisés par des équipes composées de Masseurs-Kinésithérapeutes et d'Ergothérapeutes • Proposer des programmes d'accompagnement à la prévention des chutes à domicile, en partenariat avec des associations de prévention et des associations de sport adapté • Prévoir des séances de sport adapté ouvertes aux personnes âgées à domicile en EHPAD et/ou dans des salles communales • Adosser à des EHPAD, dans certains territoires, des prestations d'ergothérapeutes à domicile
Points de vigilances / moyens de mise en œuvre :	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de la présence de professionnels formés lors de l'utilisation des parcours de santé adaptés ou des séances de sport adapté • Poursuivre les appels à candidature pour la création de parcours de santé adaptés dans des EHPAD après identification des besoins nécessaires sur les territoires • Financer et constituer des équipes de Masseurs-Kinésithérapeutes et d'Ergothérapeutes / s'appuyer sur les ressources du territoire (ex : professionnels libéraux) par territoire et adossées à des EHPAD pour dresser des bilans de risque de chute et mettre en œuvre des programmes d'accompagnement à la prévention des chutes en étroite concertation avec les professionnels de santé libéraux intervenant à domicile • Appui sur les ressources du territoire (actions de prévention réalisées vers les personnes âgées à domicile du territoire) • Sensibiliser les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale et les communes à la nécessité d'organiser des séances de sport adapté • Communiquer sur les prestations offertes
Prérequis :	<ul style="list-style-type: none"> •
Indicateurs :	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de parcours de santé adaptés créés et ouverts vers l'extérieur • Nombre de personnes âgées à domicile bénéficiant de l'accès au parcours de santé adapté • Nombre de personnes âgées participant à des séances de

	<p>sport adapté en EHPAD et/ou dans des salles communales</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre de bilans de risques de chute à domicile effectués• Nombre de personnes âgées à domicile participant à des programmes de prévention
--	---

Axe Stratégique N°2 :	Agir sur les principaux facteurs de perte d'autonomie
Objectif opérationnel N°4 :	Agir contre la dénutrition des personnes âgées à domicile
Résultats attendus :	<p>Prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile par une politique de prévention de la dénutrition s'appuyant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accès à une alimentation équilibrée et adaptée à chacun • L'apport d'une expertise professionnelle
Exemples de prestations pouvant être expérimentées :	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder, en EHPAD, à une évaluation de la dénutrition des personnes âgées à domicile • Mettre en place, à l'aide de diététiciens intervenant en EHPAD, un programme d'aide à la prévention de la dénutrition adaptée à chaque personne âgée à domicile en lien avec les services à domicile • Livrer des repas préparés en EHPAD et adaptés (complément nutritionnel, finger-food, mixés...) à chaque personne âgée à domicile • Déployer des conventions CCAS ou CIAS/EHPAD permettant la prise d'un repas de personnes âgées à domicile au sein d'un EHPAD de proximité
Points de vigilances / moyens de mise en œuvre :	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination avec les prestations existantes sur le territoire • Renforcer le temps de présence des diététiciens en EHPAD • Ouvrir la possibilité de prescrire, pour les personnes âgées à domicile, des évaluations de la dénutrition en EHPAD et un programme d'accompagnement • Déployer des conventions entre CCAS/CIAS et EHPAD • Définir, au sein des CCAS/CIAS, un barème de solvabilisation de la prestation « repas en EHPAD » en fonction des revenus des personnes • Communiquer sur les prestations offertes
Prérequis :	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre la prescription et le remboursement par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de consultations de diététicien en EHPAD pour les personnes âgées à domicile
Indicateurs :	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de CCAS/ CCIAS et d'EHPAD ayant signé une convention • Nombre de personnes âgées à domicile bénéficiant d'une prise de repas une ou plusieurs fois par semaine en EHPAD • Nombre de personnes âgées à domicile bénéficiant de repas adaptés préparés en EHPAD • Nombre de consultations de diététiciens travaillant en EHPAD par des personnes âgées à domicile

Axe Stratégique N°2 :	Agir sur les principaux facteurs de perte d'autonomie
Objectif opérationnel N°5 :	Agir contre l'isolement social des personnes âgées à domicile
Résultats attendus :	<p>Prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile en favorisant leur participation sociale par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accès à des activités adaptées • L'organisation de l'accès aux transports des personnes âgées à domicile
Exemples de prestations pouvant être expérimentées :	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des solutions d'habitat intermédiaire au sein des EHPAD, ou adossées à ces derniers, pour l'accueil de couples aidants/aidés et/ou favoriser la continuité de parcours des personnes âgées souhaitant rompre leur isolement social • Créer, au sein des EHPAD, des lieux partagés ouverts sur l'extérieur et permettant de concilier prise de repas et participation à des animations pour les personnes âgées à domicile ou en accueil temporaire • Organiser des animations et manifestations conjointes entre solutions d'habitats intermédiaires et des EHPAD ouvertes aux personnes âgées à domicile • Déployer des conventions entre associations locales et EHPAD afin qu'elles organisent au sein des structures des manifestations ouvertes à tous (expositions, pièces de théâtre...) • Mobiliser les réseaux de transports solidaires au service des personnes âgées à domicile
Points de vigilances / moyens de mise en œuvre :	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvrir les espaces d'accueil de jour des EHPAD à d'autres personnes à domicile • Identifier la capacité de certains EHPAD à convertir une partie de leur surface en habitats intermédiaires ou ayant une surface foncière disponible à proximité, sous réserve des besoins territoriaux • Inciter les EHPAD, dans le cadre des CPOM, à organiser des manifestations conjointes avec des solutions d'habitats intermédiaires • Promouvoir auprès des associations culturelles et sportives la possibilité d'organiser des manifestations au sein des EHPAD • Promouvoir l'engagement des collectivités locales dans le label « Villes Amies des Aînés » • Mobiliser des services civiques • Renforcer le temps de présence des animateurs en EHPAD sans grever le tarif hébergement • Mobiliser les Caisses de Retraite, les EPCI, les Conférences des financeurs, les EHPAD, SSIAD et SAAD d'un territoire pour structurer un réseau de transport solidaire vers les EHPAD de proximité • Définir les clés de répartition des financements sur le budget hébergement des EHPAD habilités à l'aide sociale de certaines fonctions supports mutualisés avec des

	<p>solutions d'habitats intermédiaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communiquer sur les prestations offertes
Prérequis :	<ul style="list-style-type: none"> • Définir les modalités de financement, le cas échéant, de certaines prestations de soins, notamment en urgence, délivrées par les EHPAD auprès des résidents en habitats intermédiaires
Indicateurs :	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes âgées à domicile / en habitats intermédiaires participant à des animations délivrées en EHPAD • Nombre de manifestations culturelles organisées au sein des EHPAD par des associations locales • Nombre de personnes âgées à domicile bénéficiant de prestations d'un réseau de transport solidaire