

**RESTER VIVRE CHEZ SOI : UN CHOIX RENDU POSSIBLE PAR  
LA CREATION DE L'EHPAD A DOMICILE**

**UN NOUVEAU DISPOSITIF POUR LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES DE  
LA VALLEE D'AIGUES**

***Laetitia SOULIE GOUIRAND***

**2017**



---

# Remerciements

---

A Madame Brigitte PASCAL- FREYTAG, directrice de l'EHPAD Notre Dame de la Ferrage, qui m'a accueillie en stage et m'a guidée dans mes réflexions.

A Madame Catherine Micaléff, directrice d'établissement, qui m'a montré le chemin et qui a confirmé mon envie de faire ce métier.

A toutes les personnes qui ont participé d'une quelconque manière à la rédaction de ce mémoire, et tout particulièrement Céline, relectrice attentionnée et minutieuse.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>1 ELEMENTS DE CONTEXTE, PROJECTIONS ET ENJEUX AUTOUR DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES.....</b>	<b>- 3 -</b>
<b>1.1 Politiques sociales et droits fondamentaux .....</b>	<b>- 3 -</b>
1.1.1 Approche des politiques européennes et modèles sociétaux .....	- 3 -
1.1.2 Evolution des politiques sociales en France : du rapport Laroque à la loi ASV ..	- 4 -
1.1.3 Droits des personnes accueillies en EHPAD à travers la législation récente ..	- 10 -
<b>1.2 Vieillir, être dépendant, vivre à domicile.....</b>	<b>- 13 -</b>
1.2.1 Vieillesse et vieillissement : représentations sociales et regard philosophique-	13 -
1.2.2 Dépendance et perte d'autonomie : au-delà de l'approche médicale.....	- 15 -
1.2.3 Maintien à domicile : définition et acteurs .....	- 16 -
<b>1.3 Tendances actuelles et prospectives pour les EHPAD .....</b>	<b>- 17 -</b>
1.3.1 Les EHPAD : des acteurs majeurs de la dépendance dans un contexte économique difficile.....	- 18 -
1.3.2 Projections démographiques et nouveaux besoins liés à la dépendance .....	- 20 -
1.3.3 Tendances actuelles et stratégies possibles pour les EHPAD .....	- 21 -
Conclusion et question de départ.....	- 22 -
<b>2 L'IMPLANTATION DE L'EHPAD Notre Dame de la Ferrage SUR SON TERRITOIRE .....</b>	<b>- 23 -</b>
<b>2.1 Orientations politiques et acteurs de la dépendance .....</b>	<b>- 23 -</b>
2.1.1 Schéma régional et départemental .....	- 23 -
2.1.2 Caractéristiques du territoire et besoins de la population.....	- 24 -
2.1.3 Acteurs et offres de service du secteur Pertuis/vallée d'Aigues .....	- 26 -
<b>2.2 L'association gestionnaire et l'EHPAD Notre Dame de la Ferrage .....</b>	<b>- 27 -</b>
2.2.1 Evolution et valeurs fondatrices du projet associatif .....	- 27 -
2.2.2 Gouvernance et direction .....	- 29 -
2.2.3 Identité et projet d'établissement.....	- 29 -
2.2.4 Caractéristiques et besoins des personnes accueillies .....	- 32 -
2.2.5 Fonctionnement et organisation de l'activité .....	- 34 -
<b>2.3 Analyse des ressources et diagnostic global .....</b>	<b>- 36 -</b>
2.3.1 Ressources internes.....	- 36 -

2.3.2	Ressources externes .....	- 39 -
2.3.3	Diagnostic global (méthode SWOT) .....	- 40 -
	Enjeux stratégiques et problématique .....	- 44 -
<b>3</b>	<b>CONDUIRE UN PROJET INNOVANT : LA CREATION DE L'EHPAD A</b>	
	<b>DOMICILE.....</b>	<b>- 46 -</b>
<b>3.1</b>	<b>La conception et la formalisation de la nouvelle offre de services .....</b>	<b>- 47 -</b>
3.1.1	Impliquer et mobiliser autour du projet .....	- 47 -
3.1.2	Elaborer le pré-projet de service .....	- 50 -
3.1.3	Planifier et budgétiser le projet.....	- 55 -
3.1.4	Négocier le projet innovant avec les autorités et préparer le CPOM .....	- 58 -
<b>3.2</b>	<b>La mise en œuvre des axes stratégiques par un plan d'actions .....</b>	<b>- 59 -</b>
3.2.1	Constituer, fédérer et intégrer une nouvelle équipe à domicile .....	- 59 -
3.2.2	Coopérer avec les partenaires et inscrire l'offre sur le territoire.....	- 64 -
3.2.3	Sécuriser les personnes et les domiciles et assurer un relais permanent avec l'EHPAD par des moyens technologiques.....	- 67 -
<b>3.3</b>	<b>La démarche d'évaluation au service de l'amélioration de la qualité et du management.....</b>	<b>- 71 -</b>
3.3.1	L'évaluation du plan d'actions .....	- 71 -
3.3.2	L'impact du projet sur le public et la performance du service .....	- 73 -
3.3.3	Le management de la qualité .....	- 76 -
	<b>Conclusion .....</b>	<b>- 77 -</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>- 79 -</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>- 85 -</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AGGIR : autonomie gérontologie groupe iso-ressource  
AMP : aide médico-psychologique  
ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux  
APA : allocation personnalisée d'autonomie  
ARS : agence régionale de santé  
ASV : adaptation de la société au vieillissement (loi)  
AVC : accident vasculaire cérébral  
CASA : contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie  
CASF : code de l'action sociale et des familles  
CCAS : centre communal d'action sociale  
CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail  
CLIC : centre local d'information et de coordination  
CMP : centre médico-psychologique  
CNCDH : commission nationale constitutive des droits de l'Homme  
CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie  
COPIL : comité de pilotage  
CPOM : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens  
CTP : conventions tripartites pluriannuelles  
CVS : conseil de la vie sociale  
DEAES : diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social  
DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
DUERP : document unique d'évaluation des risques professionnels  
DUP : délégation unique du personnel  
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses  
ESA : équipe spécialisée Alzheimer  
ESSMS : établissements et services sociaux et médico-sociaux  
ETP : équivalent temps plein  
GCSMS : groupement de coopération sociale et médico-sociale  
GIR : groupe iso-ressources  
GMP : GIR moyen pondéré  
HAD : hospitalisation à domicile  
IDER : infirmière diplômée d'Etat référente

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques  
MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie  
PASA : pôle d'activités et de soins adaptés  
PMP : pathos moyen pondéré  
PRIAC : programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie  
PSD : prestation spécifique dépendance  
PTS : programme territorial de santé  
RBPP : recommandation de bonnes pratiques professionnelles  
RH : ressources humaines  
RPS : risques psycho-sociaux  
SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile  
SDOSMS : schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale  
SROMS : schéma régional d'organisation médico-sociale  
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile  
TMS : troubles musculo-squelettiques  
USLD : unité de soins de longue durée

## Introduction

Les politiques publiques ont investi le champ de la vieillesse au sortir de la Seconde Guerre mondiale, mais un demi-siècle a été nécessaire pour y inclure la notion de dépendance, définie comme *l'incapacité, pour un individu, de subvenir aux gestes de la vie quotidienne*<sup>1</sup>. L'allongement de l'espérance de vie dû aux progrès sociaux et sanitaires, les projections démographiques, mais également les conséquences en termes de coûts ont conduit à objectiver la dépendance. Sa définition légale est relativement récente puisqu'elle date de l'instauration de la Prestation Spécifique Dépendance en 1997, et son évaluation se mesure au moyen d'un outil national. Plus récemment, la loi d'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015 qui impose une réforme de la tarification des établissements, utilise la mesure de la dépendance pour l'allocation des ressources envers les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

Le terme « perte d'autonomie » préféré à celui de dépendance dans la loi instaurant l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) en 2001 fait référence à la capacité et au droit de la personne de choisir elle-même sa conduite et l'orientation de ses actes. Mais les acteurs du secteur gérontologique demeurent encore enclins à confondre les deux notions. L'incapacité fonctionnelle et son évaluation demeurent au cœur des dispositifs publics, mais qu'en est-il de la dépendance vécue au quotidien par les personnes et leurs familles ? En dehors des besoins en soins et en aide aux gestes essentiels de la vie, quelle est la place accordée à la capacité de décider, au droit de choisir comment vivre les dernières années de sa vie ?

De par ma formation initiale de travailleur social et mon expérience professionnelle dans le champ de la dépendance à domicile, je suis depuis longtemps sensibilisée au respect des droits des personnes, et notamment des plus vulnérables. L'expression de la volonté d'une personne âgée, quelle que soit la forme de dépendance dont elle souffre doit être entendue et prise en compte. Le rôle des établissements sociaux et médico-sociaux, par la voix de leurs dirigeants, est de se faire le relais des attentes de la population, et d'œuvrer pour adapter les dispositifs d'aide et d'accompagnement.

Dans le cadre de la formation CAFDES<sup>2</sup>, j'ai réalisé un stage de direction à l'EHPAD Notre Dame de la Ferrage situé à la Tour d'Aigues dans le sud Vaucluse. Mon

---

<sup>1</sup> Dictionnaire critique d'action sociale

<sup>2</sup> CAFDES : Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale

appropriation de la gestion d'un établissement et de la fonction de directeur s'est réalisée en corrélation avec mon parcours professionnel et les enseignements reçus durant la formation, et a fait émerger divers constats et questionnements :

Les mesures nationales et les orientations locales sont déterminées par des facteurs démographiques, un contexte économique contraint et une moindre disponibilité des familles. Mais paradoxalement, la création de places en EHPAD est fortement ralentie, et l'offre médico-sociale, bien que multiple, ne permet pas toujours le maintien à domicile. Les droits des personnes, la bientraitance, les notions de parcours et de projet de vie sont réaffirmés mais peuvent s'avérer difficiles à mettre en œuvre auprès d'un public dépendant.

Les personnes âgées veulent vivre et mourir à leur domicile dans une large majorité. Cependant, de multiples facteurs peuvent déclencher une entrée en EHPAD qui devient alors un choix conditionné par des éléments extérieurs à la volonté, à défaut d'être un choix délibéré. Se pose alors la question éthique du respect des droits et des conditions d'accueil, mais aussi l'opportunité de réfléchir à des solutions alternatives qui pourraient répondre aux attentes de la population.

L'EHPAD est un acteur essentiel et expert des champs de la dépendance et du soin, et ses prestations et son offre de services ont évolué, mais comment anticiper et s'adapter à un environnement en constante évolution ? Quelle stratégie d'ouverture sur le territoire développer pour répondre aux attentes des personnes âgées dépendantes et respecter leur droit fondamental de liberté de choix ?

Pour appréhender cette problématique et tenter d'apporter une réponse adaptée aux besoins identifiés, j'ai choisi d'adopter une stratégie innovante et de conduire la création d'un dispositif rattaché à l'établissement. Un détour par les éléments forts des politiques sociales, une approche des notions clés, complétés par un état des lieux et les perspectives pour les EHPAD, sont des éléments indispensables pour poser le contexte de cette problématique. Puis, une analyse de la dynamique associative et de l'action de l'établissement au regard de son implantation sur le territoire permet de dégager les forces, les faiblesses et les enjeux auxquels la stratégie de développement sera confrontée. Enfin, la conception et la formalisation de cette nouvelle offre de services, le choix d'axes stratégiques évaluables et leur mise en œuvre sont présentés afin de conduire la création de l'EHPAD à domicile pour les habitants de la vallée d'Aigues.

# 1 ELEMENTS DE CONTEXTE, PROJECTIONS ET ENJEUX AUTOUR DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

## 1.1 Politiques sociales et droits fondamentaux

### 1.1.1 Approche des politiques européennes et modèles sociétaux

La transition démographique représente l'un des plus grands défis auxquels l'Union européenne est confrontée. En effet, l'augmentation du nombre de personnes âgées est une variable commune aux populations européennes, tout autant que ses retentissements sur les économies et les systèmes de protection sociale.

La prise en charge de la dépendance en Europe a fait l'objet d'un rapport présenté à l'Assemblée Nationale en 2011<sup>3</sup>. Il fait apparaître des points de convergence au sein de l'Union : la priorité donnée au maintien à domicile conformément aux souhaits des habitants, le développement de prestations financières plutôt qu'en nature, le libre choix des personnes dépendantes pour les prestations en nature, et le rôle croissant des aidants confrontés au risque d'épuisement (avec une prédominance des aidants familiaux, féminins dans les deux tiers des cas). Cette aide qualifiée d'irremplaçable nécessite des actions essentielles en faveur des aidants.

Conjointement aux enjeux budgétaires que pose la dépendance des Européens vieillissants, le Conseil de l'Europe s'intéresse à leur protection, sous l'angle des droits de l'Homme. Le 19 février 2014, le Conseil des ministres adopte la recommandation CM/Rec(2014)2 sur la promotion des droits de l'Homme des personnes âgées. On y retrouve des thématiques « classiques » comme la non-discrimination liée à l'âge, l'autonomie et la prise de décision, les diverses protections (sociale, contre les violences) et les soins (avec les notions de consentement, de soins institutionnels et palliatifs). Selon la commission nationale consultative des droits de l'Homme, « *les droits des personnes âgées ne sont ni contestés ni méconnus* », or des obstacles persistent dans l'exercice de ces droits, et « *il convient donc de veiller à une meilleure application du droit commun et de lutter contre toutes les formes de discriminations (...) afin de (les) rendre effectifs* »<sup>4</sup>.

Plusieurs modèles sont identifiés en Europe, selon la culture et l'héritage religieux, le système de protection sociale et les solidarités familiales. Ils témoignent des représentations spécifiques des aînés dans les sociétés ; c'est ainsi qu'en France, les politiques de la vieillesse sont empreintes de la notion péjorative de dépendance. Le modèle social-

---

<sup>3</sup> *Rapport d'information déposé par la Commission européenne sur la prise en charge de la dépendance en Europe*. Site de l'Assemblée nationale. Disponible à l'adresse : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/europe/rap-info/i3667.asp>

<sup>4</sup> *Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées*. Site du CNCDH. Disponible à l'adresse : <http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-leffectivite-des-droits-des-personnes-agees>

démocrate ou « modèle nordique » se caractérise par une protection sociale développée, financée par le régime fiscal, et une implication familiale faible. Dans les pays scandinaves, l'accent est mis sur le vieillissement actif, et l'avancée en âge est vécue comme une ressource. Dans le modèle familialiste des pays du Sud et de l'Irlande du Nord, les solidarités familiales et la cohabitation générationnelle jouent un rôle majeur. Le modèle anglo-saxon qualifié de libéral prévoit une couverture publique sous conditions de ressources et une assurance privée pour l'obtention d'une pension de retraite. Le Royaume Uni étant faiblement équipé en places de maison de retraite, le maintien à domicile repose sur la famille ou de solides ressources financières. Citons enfin le modèle allemand qui a instauré un « 5<sup>ème</sup> risque » obligatoire dans son système d'assurance maladie depuis 1995. La priorité est le maintien à domicile plutôt que l'institution, avec l'attribution d'une aide forfaitaire à la dépendance<sup>5</sup>.

Blanche le Bihan propose une approche qualitative dans l'analyse sociologique des politiques publiques. Dans un contexte démographique (vieillissement), économique (contraintes budgétaires) et social (indisponibilité des aidants familiaux), elle pose comme question centrale, l'articulation entre l'intervention familiale et publique, deux éléments à la fois indissociables et indispensables. Ses recherches comparatives entre les modèles européens mettent en avant un élément de convergence : la généralisation des prestations monétaires comme réponse aux besoins des personnes et de leurs familles, basée sur l'idée du libre choix pour s'organiser au mieux. Ce point commun amène paradoxalement des logiques divergentes selon les pays. En effet, l'introduction de prestations, même diverses, positionne la famille dans l'organisation du maintien à domicile. Ainsi, les aidants des pays nordiques se trouvent en position de « refamilialisation » alors que ceux du Sud se « défamilialisent » puisqu'ils peuvent externaliser des tâches qu'ils supportaient jusqu'alors<sup>6</sup>.

### **1.1.2 Evolution des politiques sociales en France : du rapport Laroque à la loi ASV**

Les politiques sociales en faveur des personnes âgées naissent en 1945 avec la création d'un système obligatoire de retraite basé sur le principe de solidarité et de redistribution via la Sécurité Sociale. En 1962, le rapport Laroque « *affirme la nécessité d'une politique globale des personnes âgées et notamment le maintien des liens avec le reste de la société* »<sup>7</sup>. Il pose la question du maintien à domicile comme « *déterminant de la politique publique à conduire dans les années à venir* », et surtout, celle de « *la question centrale de la place que*

---

<sup>5</sup> « *Vieillir, pour ou contre* », Sciences humaines, n°269, pp. 48, 49

<sup>6</sup> LE BIHAN, B. *Handicap, perte d'autonomie et politiques sociales en faveur des personnes âgées*. Actes du séminaire *La prévention de la perte d'autonomie, la fragilité en questions - apports, limites et perspectives*. Le Liraes, université Paris Descartes, IRDES, 2014

<sup>7</sup> LOCHEN, V. *Comprendre les politiques sociales*, p 243

*peuvent occuper les personnes âgées dans la société* »<sup>8</sup>. Dès lors, les mesures prises s'articulent autour de l'intégration sociale des établissements accueillant des personnes âgées, du maintien à domicile, et des nouvelles offres d'habitat collectif. Avec l'apparition du troisième et du quatrième âge, les aidants familiaux deviennent indispensables, et leur professionnalisation devient un enjeu de lutte contre l'isolement et de prévention de la maltraitance.

Parallèlement, les établissements pour personnes âgées se modernisent et voient leur public évoluer vers une dépendance physique et psychique accrue. Une prise en charge de la dépendance devient inéluctable, suscite de nombreux débats, et aboutit à l'instauration de la prestation spécifique dépendance (PSD) en 1997. L'ensemble des acteurs s'accordent pour reconnaître l'échec de cette prestation, mais aussi la nécessité d'une réforme de la politique de la vieillesse et de la dépendance. La PSD, outre l'instauration de la grille AGGIR<sup>9</sup> comme outil de mesure de la dépendance, introduit l'idée de la coordination gériatrique pour favoriser la continuité des aides (les prémices de la notion de parcours) et l'articulation de l'intervention des acteurs.

En 2001, l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) se substitue à la PSD, et au vocable dépréciatif de dépendance est préféré celui d'autonomie. La loi crée un nouveau droit à « *une prise en charge adaptée aux besoins* » pour toute personne « *dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental* »<sup>10</sup>.

Malgré ce dispositif qui favorise l'autonomie des personnes et leur maintien à domicile, la canicule d'août 2003 révèle des carences quant à la vigilance des pouvoirs publics, et met au grand jour la solitude des personnes âgées vivant à domicile. Il s'en suit la mise en place annuelle du plan canicule avec le repérage par les communes, des personnes les plus vulnérables.

#### A) Les plans nationaux

Pour faire face aux nombreux défis liés au vieillissement et à la dépendance de la population, l'Etat adopte des programmes nationaux généralistes et spécialisés. Parmi les principaux objectifs du plan solidarité grand âge 2006-2012, je soulignerai ici ceux en lien avec mon sujet d'étude : « *Donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles en développant les services de soins et d'aide à domicile ; en soutenant davantage les aidants familiaux ; en assurant une continuité entre domicile et maison de retraite* » et « *Inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre,*

---

<sup>8</sup> ENNUYER, B. *Repenser le maintien à domicile – enjeux, acteurs, organisation*, p5

<sup>9</sup> AGGIR : autonomie-gérontologie-groupe iso-ressource

<sup>10</sup> Article L.232-1 de la loi 2001-647 du 20 juillet 2001

*en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie, en maîtrisant les prix »<sup>11</sup>.*

La maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées constituent la principale cause d'entrée en EHPAD. Déclarées grande cause nationale en 2007, elles font l'objet du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012. Des moyens importants sont alloués à ce plan ambitieux qui vise autant la prise en charge globale du malade et de son entourage, que la recherche sur la maladie. Les principales mesures « *efficaces et concrètes* »<sup>12</sup> sont les équipes spécialisées Alzheimer (ESA), les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)<sup>13</sup> et les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) « *qui ont déculpabilisé les familles* »<sup>14</sup>.

Le plan maladies neurodégénératives 2014-2019 lui succède en incluant d'autres pathologies (Parkinson et apparentées, sclérose en plaques). Mal accueilli par les associations qui déplorent le manque de moyens financiers et de mesures nouvelles, ce plan reste peu ambitieux pour répondre, notamment, aux besoins immenses de soutien des aidants (déclaré chantier inabouti par le rapport de la Cour des comptes en 2013).

#### B) La loi d'adaptation de la société au vieillissement

La loi de programmation et d'orientation n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016. S'appuyant sur les projections de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), elle traduit une forte ambition politique de consolider un financement solidaire de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie basé sur une ressource dédiée, la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). Ce financement pérenne est prévu à hauteur de 700 millions d'euros par an. Les objectifs sont d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population en mobilisant l'ensemble des politiques publiques afin d'adapter les différents domaines en lien avec le parcours des personnes (vie sociale et citoyenne, logement, transports). L'accompagnement à domicile et la réaffirmation des droits des personnes âgées constituent le socle prioritaire des nouvelles mesures. Les grandes orientations peuvent se décliner sous deux angles majeurs :

- une politique globale en direction de l'autonomie qui doit favoriser une modification du regard sur la vieillesse et qui se décline au niveau local pour agir au plus près de la population. Il s'agit de coordonner les actions de prévention collectives et individuelles par le

---

<sup>11</sup> *Plan solidarité grand âge*, p 4. Disponible à l'adresse :

[http://www.cnsa.fr/documentation/plan\\_solidarite\\_grand\\_age\\_2008.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf)

<sup>12</sup> JAOUEN, J. (président de l'union nationale France Alzheimer et maladies apparentées), *Alzheimer : un plan en décalage avec les besoins*, la Gazette Santé-Social, avril 2016, p 32

<sup>13</sup> La loi ASV rebaptise les MAIA : méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

<sup>14</sup> JAOUEN, J. *ibid.*

biais de conférences des financeurs dans chaque département, et de renforcer le rôle des résidences autonomie (anciens foyers logements).

- une réforme de justice et de progrès social pour mieux répondre aux besoins et attentes des personnes âgées et de leurs familles. L'acte II du dispositif APA revalorise les plafonds et diminue la participation des bénéficiaires. La loi crée un nouveau droit social, le droit au répit pour les proches aidants. Plus qu'un soutien, c'est la reconnaissance d'aidants non professionnels longtemps ignorés et pourtant indispensables au maintien à domicile des aînés.

### C) Evolution du cadre législatif des EHPAD

- La loi du 31 décembre 1970 exclut l'accueil des personnes âgées des missions de l'hôpital, puis la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales prévoit la création d'établissements spécifiques, ce qui traduit une séparation entre le sanitaire et le social. Les hospices font place aux maisons de retraite ou aux unités de long séjour, et à cette époque, ces structures n'ont pas vocation à être des lieux de soins mais à accueillir des personnes valides. Les progrès sanitaires et l'augmentation de l'espérance de vie contraignent néanmoins de plus en plus les maisons de retraite à fournir des prestations de soins à des personnes dont la dépendance à visages multiples s'accroît.

- Ainsi, la loi du 24 janvier 1997<sup>15</sup> et le décret du 26 avril 1999 réforment la tarification d'établissements désormais nommés EHPAD, afin d'homogénéiser et d'améliorer la qualité de prise en charge au profit des personnes âgées dépendantes. Les objectifs sont de lier le budget de l'établissement et le niveau de dépendance, et de faire participer financièrement les usagers à leur dépendance. Les tarifs sont scindés en trois : hébergement (financé par le résident et/ou l'aide sociale), soins (assurance-maladie) et dépendance (résident et APA). Le texte instaure également les conventions tripartites qui définissent les conditions de fonctionnement entre l'EHPAD, le Président du Conseil départemental et le directeur de l'ARS (agence régionale de santé).

- La loi du 21 juillet 2009 dite « HPST » portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, est une loi majeure dans le paysage social et médico-social, malgré des orientations touchant à la santé. Elle traduit en effet une volonté politique de faire converger les logiques des deux secteurs. L'amélioration de la performance du système est visée au travers de la modernisation du système de santé, d'une meilleure qualité de réponse et de l'optimisation de l'accès aux soins. La réforme porte sur un changement de gouvernance et sur le rapprochement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, avec la création des ARS désormais au cœur des enjeux de décloisonnement et de

---

<sup>15</sup> *Loi n°97-60 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance*

territorialisation de la santé. Le niveau régional est privilégié, et l'écart se creuse avec le secteur social qui relève encore de la compétence départementale. L'ARS arrête dès lors le projet régional de santé, définit des territoires de santé pertinents et met en place diverses instances afin d'assurer la politique régionale.

Pour le secteur social et médico-social et notamment le champ des personnes âgées, les enjeux portent sur la dimension de parcours et la cohérence des soins par le biais d'une coopération entre interventions à domicile et en établissements. Les EHPAD entrent dans le champ de compétences des ARS en matière d'autorisation, de financement et de contrôle, et sont soumis à la procédure d'appels à projets qui remplace l'ancien système des autorisations. Cette nouveauté oblige les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) à conformer leurs offres aux cahiers des charges établis par l'ARS et le Conseil départemental (selon la catégorie de l'établissement ou service). Il s'agit de respecter une « *mise en concurrence sincère, loyale et équitable et la qualité de l'accompagnement* »<sup>16</sup>, mais également de garantir le libre choix des prestations aux personnes. Sont concernées les créations, transformations et extensions des ESSMS et des lieux de vie et d'accueil définis à l'article L. 312-1 du CASF. Pour certaines exceptions énumérées par la loi, les demandes d'autorisation font l'objet d'un dépôt direct, et les projets expérimentaux ou innovants relèvent de cahiers des charges allégés.

- Les nouvelles dispositions de la loi ASV modifient le fonctionnement des EHPAD sur trois plans<sup>17</sup>. En premier lieu, les conventions tripartites pluriannuelles sont remplacées progressivement par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) à l'horizon 2021. Ces contrats fixent les obligations réciproques des parties prenantes, les objectifs et les modalités d'affectation des résultats basés sur un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Le passage à l'EPRD inverse la logique budgétaire. Il centre la gestion sur la trésorerie et permet un pilotage en fonction des ressources et non plus des dépenses. Les soins et la dépendance sont financés forfaitairement sur la base d'une équation tarifaire tenant compte de la perte d'autonomie, des besoins de soins et de l'activité de l'établissement.

En second lieu, la loi instaure un socle de prestations, autrement dit une liste de services minimum relative à l'hébergement afin d'assurer une transparence des tarifs en EHPAD. Les postes concernés sont l'administration générale et le suivi du contrat de séjour, l'accueil hôtelier, la restauration, le blanchissage du linge de maison, et l'animation de la vie sociale (aussi bien dans la structure qu'à l'extérieur).

---

<sup>16</sup> LOCHEN, V. op.cit. p 76

<sup>17</sup> La disposition relative à la fixation du tarif global qui ne concerne que les EHPAD à caractère commercial n'est pas évoquée ici

Enfin, les EHPAD sont dans l'obligation de transmettre des informations à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) via une plateforme numérique avant le 30 juin de chaque année (capacité d'hébergement permanent et temporaire, tarifs dépendance).

#### D) Autres réponses publiques complémentaires

En plus du nécessaire encadrement législatif, la volonté de l'Etat d'apporter des réponses à la dépendance des personnes âgées prend d'autres formes.

- La silver économie est l'économie dédiée à l'avancée en âge de nos sociétés. Il s'agit d'une « économie transversale qui trouve des déclinaisons dans de nombreux marchés et fait du phénomène mondial de vieillissement de la population, une réelle opportunité, porteuse de croissance et d'emplois »<sup>18</sup>. La création de cette filière vise à fédérer et proposer des offres de services adaptées aux besoins de la population vieillissante, par l'intermédiaire notamment, d'innovations technologiques et matérielles (la gérontotechnologie<sup>19</sup>, la cybersécurité). Les professionnels du secteur, et plus particulièrement les dirigeants, doivent être éthiquement vigilants par rapport à ces nouvelles technologies devenues indispensables aux organisations. Elles viennent en complémentarité de l'intervention humaine et non en remplacement. La plus grande souffrance de la dépendance demeure l'isolement, et c'est au travers de la relation d'aide et de soin, ainsi que de l'accompagnement que nous pouvons y répondre, l'aide technologique venant en appui.

- L'ANESM (agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) a pour mission, depuis sa création en 2007, d'accompagner les ESSMS dans les évaluations interne et externe. Rappelons que le renouvellement de l'autorisation par les autorités compétentes est soumis aux résultats de l'évaluation externe. L'agence publie des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) qui constituent « des repères, des orientations, des pistes pour (...) faire évoluer les pratiques et améliorer la qualité des prestations ». Celles-ci n'ont pas de valeurs réglementaires et sont à considérer « par rapport à un objectif à atteindre, dans un contexte donné, à un moment donné »<sup>20</sup>. De nombreuses recommandations concernent les EHPAD, et en tant que directrice, il est opportun de s'en inspirer pour la conduite de l'évaluation interne et au quotidien, dans un souci d'optimisation de la qualité de l'accompagnement.

---

<sup>18</sup> Définition du portail national de la silver économie. Disponible à l'adresse : <http://www.silvereco.fr/silver-economy>

<sup>19</sup> La gérontotechnologie regroupe entre autres, la robotique, l'ergonomie, l'informatique, la domotique, et la télé transmission

<sup>20</sup> Procédure d'élaboration des RBPP, site de l'ANESM. Disponible à l'adresse : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Procedure\\_elaboration\\_RBPP\\_ANESM.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Procedure_elaboration_RBPP_ANESM.pdf)

### 1.1.3 Droits des personnes accueillies en EHPAD à travers la législation récente

Les droits des usagers se fondent sur deux éléments indissociables : « *l'usager sujet de droit, titulaire de droits fondamentaux qui doivent pouvoir s'exercer pleinement dans les établissements* », et « *l'usager citoyen exerçant ses droits, à titre individuel ou collectif, à l'intérieur comme à l'extérieur des établissements* »<sup>21</sup>.

#### A) D'affirmation en réaffirmation

- En 1997, la PSD introduit le principe novateur d'une prestation qui est centrée sur la personne, définie dans un plan d'aide personnalisé, dans un rapport de négociation avec l'équipe médico-sociale, et dans une forme contractuelle avec le président du Conseil général.
- Cette place centrale est largement reprise et généralisée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, née notamment de l'influence des associations d'usagers et des réformes touchant les secteurs sanitaire et gériatrique. Ce texte majeur définit les droits des usagers à travers des principes et des outils communs qui s'imposent aux ESSMS et qui modifient leur organisation institutionnelle et leur technicité. En tant que directrice d'EHPAD, les conséquences de la loi transparaissent dans mon management : veiller à rester en conformité avec les obligations légales, expliquer les procédures d'évaluation, développer les ressources humaines et les compétences, favoriser le travail en réseau et en partenariat, accompagner l'innovation sociale en fonction des besoins...
- La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite loi Léonetti) concerne particulièrement les personnes âgées dépendantes. Elle prévoit l'interdiction de toute « obstination déraisonnable », elle renforce les droits du patient en lui permettant de rédiger des directives anticipées et de désigner une personne de confiance au cas où sa volonté ne pourrait plus s'exprimer. Notons que le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie s'attache à informer les patients, former les professionnels et développer les prises en charge aussi bien au domicile qu'en établissement.
- La récente loi ASV renforce les droits des personnes âgées. Un nouvel article du code de l'action sociale et des familles (CASF) stipule que « *la personne âgée en perte d'autonomie a droit à des aides adaptées à ses besoins et à ses ressources, dans le respect de son projet de vie, pour répondre aux conséquences de sa perte d'autonomie, quels que soient la nature de sa déficience et son mode de vie* »<sup>22</sup>. A l'instar du handicap, le droit à l'accompagnement de la perte d'autonomie doit désormais tenir compte du projet de vie de la personne, par exemple en respectant son libre choix entre domicile et établissement ou en considérant son environnement social et familial.

---

<sup>21</sup> LEFEVRE, P. *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*. p 39

<sup>22</sup> Article L.113-1-1 du CASF

En outre, la loi consolide des droits essentiels pour la population âgée en ciblant la discrimination, les droits et libertés, la protection des biens et la lutte contre les mauvais traitements. En tant que directrice d'EHPAD, je suis tenue de veiller au respect des droits des personnes accueillies et ce texte représente une opportunité de renforcer l'accompagnement au travers de la mise en conformité des outils mis en place<sup>23</sup>.

Tout d'abord, la perte d'autonomie constitue légalement, un critère possiblement discriminant comme l'est la religion, la race ou le handicap, ce qui rend possible l'intervention du Défenseur des droits au sein d'un EHPAD si un usager se pense victime d'un traitement discriminatoire lié à sa perte d'autonomie.

Concernant les droits et libertés des personnes accueillies : la liberté d'aller et venir s'ajoute aux droits individuels garantis, sauf restrictions liées à la sécurité des personnes (art L311-3 du CASF). Le droit à l'information oblige l'affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le recueil du consentement lors de la conclusion du contrat de séjour. La personne de confiance constitue un nouveau droit établi par écrit pour toute personne admise en établissement ; la personne de confiance peut ainsi être consultée quand la personne âgée fait face à des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits. La loi fixe les conditions de rupture du contrat de séjour, à l'initiative du résident (droit de rétractation) et de l'établissement. Elle protège également le patrimoine des personnes vulnérables, notamment des personnes liées à un ESSMS, professionnelles ou bénévoles.

Enfin, la loi vise à l'amélioration des procédures de signalement. Les structures sont obligées de signaler « *tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits* »<sup>24</sup> pour ce qui est de la maltraitance d'origine institutionnelle, et « *tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées* » en ce qui concerne les dérives organisationnelles et les actions individuelles.

## B) La lutte contre la maltraitance

Dans les années 90, la maltraitance envers les personnes âgées devient une préoccupation majeure, et les pouvoirs publics tentent de briser une certaine loi du silence. Les actes maltraitants sont le plus souvent d'origine familiale en raison d'une cohabitation, d'une dépendance financière, mais aussi de l'épuisement d'aidants confrontés et désarmés face à des pathologies difficiles à vivre. Il est admis que plus la personne est dépendante et vulnérable, plus les risques de maltraitance sont élevés. La maltraitance institutionnelle est également mise à jour et les facteurs de risques sont identifiés. La circulaire du 3 juillet 2001

---

<sup>23</sup> Règlement de fonctionnement, livret d'accueil, contrats de séjour et documents individuels de prise en charge au plus tard le 28 juin 2017.

<sup>24</sup> Article L.331-8-1 du CASF

puis la loi du 2 janvier 2002 s'emparent de cette priorité en imposant une culture du contrôle des établissements et en rappelant que leur mission première est d'apporter aux personnes vulnérables, sécurité et protection. Ainsi, la formation des professionnels et l'aide aux aidants à domicile deviennent des axes forts de la politique de prévention qui concernent autant les autorités de contrôle que les organismes gestionnaires. Des guides et des recommandations sont édités pour lutter contre ces faits et développer une culture de la bientraitance, et récemment, de la bienveillance<sup>25</sup>.

Les EHPAD sont concernés en raison de la grande fragilité du public accueilli et de modes d'organisation qui peuvent être défaillants, comme une fermeture de l'établissement sur lui-même, la surcharge de travail, l'absence de lieu de parole, le manque de formation. En tant que directrice, développer des actions de prévention est un acte fort qui renvoie au positionnement éthique, aux valeurs fondatrices de l'intervention sociale et de l'accompagnement des personnes fragiles. Lutter contre la maltraitance relève pour l'équipe de direction, de l'engagement et des convictions, de la responsabilité et du juste équilibre entre excès d'autorité et permissivité. Les cadres doivent en faire « *une démarche de management, de formation et de régulation (...) auprès des équipes et des professionnels* »<sup>26</sup>.

### C) Le libre choix

Pour évoquer la notion fondamentale et éthique du libre choix des personnes âgées, je prends appui sur les propos de Geneviève Laroque, référence de la gérontologie en France, pour qui le libre choix est, avec le lien social et les déterminismes, l'un des piliers du comportement humain.

Le libre choix dépend de la volonté de chacun tout autant que de l'environnement sociétal et social, et il s'apparente ainsi à la notion de dépendance. Bien qu'affirmé dans les chartes et les textes officiels relatifs aux prestations et aux ESSMS, le libre choix proposé aux personnes vulnérables est contenu dans des propositions formulées par un tiers ou présélectionnées par l'entourage. Son exercice est par ailleurs limité en raison de leurs propres incapacités et de l'attitude de leur entourage à leur égard. Ainsi, les personnes ne pouvant plus exprimer leurs souhaits se voient restreindre leur libre choix de manière discrétionnaire et variable selon les capacités et l'éthique de leur entourage familial et professionnel.

Pourtant, le libre choix « illusoire et sacré » est nécessaire pour sauvegarder la dignité humaine, même fragilisée par l'âge et la dépendance, et répondre à des exigences éthiques. Il s'étend des grandes décisions aux petits détails de la vie, d'une décision patrimoniale au choix de la couleur d'un vêtement.

---

<sup>25</sup> LOCHEN, V. op.cit. p 262 à 267

<sup>26</sup> LEFEVRE, P. op.cit. p 59, basé sur la RBPP de l'ANESM : Mission du responsable et de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance, 2008

Chez les personnes âgées vulnérables, les risques et éléments déterminant la capacité à exercer le libre choix du lieu de vie sont identifiés. Il s'agit des conditions liées à l'environnement (matérielles, techniques, financières), des pressions de l'entourage plus ou moins bienveillantes, ou encore de la vision que la personne a d'elle-même.

Ainsi, le choix de rester vivre à son domicile peut être l'acceptation d'une prise de risques ou l'émergence de conflits familiaux, alors que le choix d'entrer dans un établissement peut signifier la transformation du projet de vie, l'imposition de contraintes ou l'abdication pour laisser à autrui la responsabilité du choix. Certains trouvent dans ce dernier acte d'acceptation de la dépendance, une relative paix intérieure, une sécurité ressentie, un lâcher prise ou plus douloureusement, un glissement vers la mort.

En conclusion, l'affirmation du libre choix du lieu de vie est nécessaire en ce qu'elle combine « *au moins mal les obligations contradictoires en apparence de la sauvegarde de la liberté avec celle de la sécurité* », aussi bien des personnes âgées que de « *ceux qui s'en occupent* »<sup>27</sup>. Ce que d'autres auteurs évoquent en termes de « *valorisation du binôme protection-liberté* »<sup>28</sup>.

Pour la directrice que je suis, promouvoir et affirmer l'exercice du libre choix des personnes accueillies traduit un positionnement éthique personnel et collectif puisque je suis garante de l'éthique institutionnelle. Diriger est fortement lié à la responsabilité et à la capacité de décider et de faire des choix dans un souci permanent d'autrui, et repose sur des valeurs et des convictions. A travers le respect du libre choix, je me positionne au regard de la place des personnes âgées dans notre société, du respect de leur dignité, de leur identité et de leurs droits. En formalisant un cadre éthique avec l'équipe de direction, je réaffirme les missions de l'établissement pour faciliter l'accueil puis l'accompagnement des personnes pour qui le fait de vivre en EHPAD est souvent accepté à défaut d'être véritablement choisi.

## **1.2 Vieillir, être dépendant, vivre à domicile**

### **1.2.1 Vieillesse et vieillissement : représentations sociales et regard philosophique**

Le vieillissement est « le fait de devenir vieux, le processus d'avancée en âge », et la vieillesse constitue « la dernière étape de la vie, le fait d'être vieux »<sup>29</sup>. Parce qu'elles interrogent nos valeurs et nous renvoient à nos sentiments et nos comportements, je choisis d'aborder ces notions en croisant l'approche psychologique d'Isabelle Donnio et le regard philosophique de Pierre-Henri Tavoillot.

---

<sup>27</sup> LAROQUE, G. *Le libre choix du lieu de vie : une utopie nécessaire*. Gérontologie et société, n° 131, p51

<sup>28</sup> VERCAUTEREN, R, PREDAZZI, M et LORIAUX, M. *Une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées*. p 27

<sup>29</sup> Définitions du dictionnaire Larousse

Les sociétés modernes font du vieillissement un véritable paradoxe, source d'un questionnement important. D'un côté, l'allongement de la durée de vie apporte sécurité et confort, et de l'autre, le temps social prône la performance, l'innovation et l'épanouissement. Il est ainsi légitime pour les personnes âgées, de s'interroger sur leur place dans la société et sur le sens de vieillir quand on ne peut plus participer positivement à la société.

Les âges de la vie ont toujours alimenté les débats philosophiques, et de tout temps, les «antis» et «pro» vieillesse se sont affrontés par textes interposés. On peut dire, de manière très réductrice, que le déclin s'est opposé à la sagesse, faisant évoluer la notion de maturité. Le processus de « maturescence » serait « *un idéal sans fin mais plein de sens* », un horizon inaccessible mais pourtant concret dans notre existence, puisque nourri de l'expérience, de la distanciation, de l'authenticité ou encore de la responsabilité<sup>30</sup>.

Autant de termes positifs qui n'atténuent cependant pas les « *représentations négatives du vieillissement largement véhiculées* » dans les discours des acteurs politiques, économiques, médicaux ou médiatiques<sup>31</sup>. La mise en avant des peurs et des risques de la dernière étape de la vie illustre « *les difficultés de notre société à se dégager des peurs et représentations négatives massives* »<sup>32</sup>. Plus on avance en âge, et plus la maladie, la dépendance, la solitude, la mort ou la souffrance sont présentes dans les esprits. Cependant, ce que Baudrillard définit comme « le reste de la vie », peut être une phase de développement personnel, à condition « *d'accepter et de dépasser deuils, renoncements et pertes imposées par le temps qui passe* »<sup>33</sup>. Regarder ses peurs en face permettrait ainsi de mieux vivre cette période et de favoriser le changement de regard grâce à une double posture d'anticipation et de projection que les pouvoirs publics doivent accompagner.

La vieillesse est désormais plurielle, et on peut la scinder schématiquement en trois problématiques<sup>34</sup>. L'âge de la retraite synonyme de nouvelle trajectoire, période active où les projets jusqu'alors bloqués peuvent se réaliser. Le grand âge qui succède à la phase précédente et s'installe progressivement sous le poids des années et au rythme des soucis de santé en limitant les activités. La solidarité familiale s'inverse, et du statut d'aidant, on passe au statut d'aidé avec le douloureux sentiment d'inutilité et de perte de sens. Enfin vient le temps de la perte d'autonomie et de la dépendance, véritable processus (et non état) où la personne âgée entre dans une logique de soins médicaux. Les éléments problématiques forts de cette période sont la rupture du lien avec l'histoire personnelle et l'identité, et le paradoxal dilemme entre la liberté et la protection.

---

<sup>30</sup> DESCHAVANNE, E et TAVOILLOT, P-H. *Philosophie des âges de la vie*. p 402

<sup>31</sup> DONNIO, I. *Est-il possible de rompre avec les représentations négatives du vieillissement ?* Gérontologie et société, n° 150, p 44

<sup>32</sup> DONNIO, I. *ibid.*, p 46

<sup>33</sup> DONNIO, I. *ibid.*, p 53

<sup>34</sup> TAVOILLOT, P-H. *Face à l'âge*. Sciences humaines, n°269

### 1.2.2 Dépendance et perte d'autonomie : au-delà de l'approche médicale

En 1997, la loi transitoire instaurant la PSD propose, pour la première fois, une définition légale de la dépendance. C'est "*l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière*" (article 2). Cette caractérisation médicale réductrice liée aux incapacités fonctionnelles ne tient pas compte d'autres facteurs essentiels comme l'environnement multidimensionnel de la personne, les déterminants sociaux ou comportementaux qui connotent la réalité des situations. Il me semble important d'y ajouter une vision sociale et sociologique : « *la dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin* »<sup>35</sup>. La dépendance, au travers des relations qu'elle implique entre les acteurs, est ici considérée comme étant la base du lien social et de la solidarité. Pour Pierre-Henri Tavoillot, le principal défi de ce processus où l'on perd son statut, où la reconnaissance s'effrite, est la lutte contre la perte du lien pour continuer à exister à travers son histoire et ses liens affectifs.

La dépendance se mesure (à domicile et en établissement) à l'aide de la grille AGGIR. Cet outil mesure six niveaux de dépendance (GIR 1 à 6) en fonction de variables discriminantes, complétées par des variables illustratives. Il permet l'attribution de l'APA et le calcul du GIR Moyen Pondéré (GMP) qui définit le niveau de prestations fourni par les établissements pour la prise en charge de la dépendance. Si cette grille tend à objectiver la cotation du niveau d'incapacité, elle fait l'objet de nombreuses critiques : elle ne prend pas en compte les évolutions et les fluctuations des malades souffrant de démences, elle n'intègre pas les éléments environnementaux et relationnels, et elle ne mesure pas le besoin d'aide.

La loi de 2001 créant l'APA évoque la perte d'autonomie, tentant ainsi de déstigmatiser la notion de dépendance. « *Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins* » (article L.232-1). Si la notion d'adaptation aux besoins est présente, c'est toujours une vision médicale liée aux incapacités et à la perte d'autonomie fonctionnelle qui domine (limitation et restriction des activités), au détriment d'une vision plus éthique de capacité décisionnelle, de droit à décider pour soi-même. Il est important de ne pas confondre les deux notions, au risque de croire qu'une personne âgée ayant besoin d'aide pour les gestes essentiels de la vie n'aurait plus le libre choix de son mode de vie et de son lieu de vie<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> ENNUYER, B, op.cit. p 96, citant Albert MEMMI

<sup>36</sup> ENNUYER, B. op.cit. p 98

### 1.2.3 Maintien à domicile : définition et acteurs

Comme je l'ai évoqué précédemment, le maintien à domicile est une constante des politiques françaises et européennes, sans cesse réaffirmée depuis le rapport Laroque. Les évolutions sociétales ayant fragilisé le rôle central de la solidarité familiale, les politiques ont dû s'ajuster aux contraintes financières et démographiques. S'il est une volonté politique, le maintien à domicile est avant tout, un véritable souhait des personnes âgées, concernées en premier lieu. De nombreuses enquêtes montrent une nette préférence des Français qui sont 90% à préférer vouloir rester vivre chez eux.

*Le domicile, « lieu de l'identité personnelle et de l'identification sociale, doit idéalement devenir habitat, dimension historique, psychologique et relationnelle de l'être, ne faire plus qu'un avec l'aspect multidimensionnel du parcours existentiel, s'il veut aspirer à être un lieu d'autoréalisation et de liberté absolues »<sup>37</sup>.*

Bernard Ennuyer, dont je reprends les propos dans cette partie, propose une définition plus spécifique aux personnes âgées. Le maintien à domicile est ainsi l'expression du désir d'une personne qui fait le choix de demeurer chez elle jusqu'au bout de sa vie, « avec tous les risques inhérents à ce choix » et avec des périodes plus ou moins longues d'absence de ce domicile. Il n'est en aucun cas un enfermement et doit « s'accompagner le plus possible de l'ouverture sur l'extérieur »<sup>38</sup> tout en conservant les habitudes de vie, les relations et la place de la personne dans son milieu de vie.

Le maintien à domicile n'est pas envisageable sans différentes formes de soutien et d'accompagnement (aides humaines, techniques, financières et psychologiques) mettant en jeu une pluralité d'acteurs familiaux et/ou professionnels qui doivent travailler ensemble dans l'intérêt et selon les souhaits de la personne âgée. Il est également nécessaire de prévoir des solutions de répit pour prévenir l'épuisement des aidants familiaux. Les mesures de protection juridique et sociale contribuent quant à elles, à la protection des personnes et de leurs biens et permettent souvent un maintien à domicile dans des conditions de confort et de sécurité optimisées.

Parmi les professionnels qui y participent, citons tout d'abord les professionnels de santé : les médecins traitants, les infirmiers libéraux, les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), les pharmaciens, les équipes mobiles gériatriques, les services d'HAD (hospitalisation à domicile), les ESA (équipes spécialisées Alzheimer). Les services hospitaliers de court et moyen séjour ainsi que les services de soins et de réadaptation concourent également au retour et donc au maintien à domicile.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) représentent des acteurs incontournables et indispensables pour que les personnes dépendantes puissent rester chez

---

<sup>37</sup> VERCAUTEREN, R, PREDAZZI, M et LORIAUX, M. op.cit. p 26

<sup>38</sup> ENNUYER, B. op.cit. pp. 30 et 31

elles. Dans une moindre mesure, de nombreux salariés employés directement par les personnes âgées interviennent par l'intermédiaire des chèques emploi service. Citons aussi les services de portage de repas, de téléassistance et d'amélioration de l'habitat, et pour les malades atteints de pathologies spécifiques, les accueils de jour et l'hébergement temporaire en EHPAD.

Bien souvent, tous ces professionnels et services ne suffisent pas au maintien à domicile d'une personne âgée dépendante si un ou des aidants familiaux ne sont pas présents et actifs régulièrement en jouant le rôle de pivot des dispositifs d'aides. Ces acteurs « invisibles » selon la CNSA, sont définis dans la charte européenne qui leur est consacrée<sup>39</sup>. Leur aide est considérée entre deux et trois fois plus importante que celle des professionnels, et le double pour les co-habitants.

Pour 20% d'entre eux, la charge ressentie est importante en raison de la diversité des actions et de l'isolement. L'aide familiale met en jeu la complexité des relations familiales et les mécanismes psychiques tels que la désignation ou l'auto-désignation. Elle renvoie à l'histoire de la famille mais aussi aux ressources affectives, économiques, sociales des aidants et des aidés. De nombreux travaux montrent la difficulté de cette relation aidant/aidé. Si l'aide apportée est subie et non choisie, les sentiments d'obligation morale, de culpabilité, de dette, d'effet miroir du vieillissement peuvent détériorer les rapports, souvent au détriment de la santé et de la vie personnelle de l'aidant (qui est une femme dans les trois quarts des situations).

Le système actuel est ambivalent à double titre. Les familles demandent une reconnaissance et du répit mais sont réticentes pour se faire relayer en raison du poids de la culpabilité. Et les politiques publiques affirment la nécessité d'aider les aidants tout en maintenant leur forte implication bénévole.

### **1.3 Tendances actuelles et prospectives pour les EHPAD**

En tant que directrice, j'ai une responsabilité dans les choix et les orientations stratégiques de l'établissement. Je me dois d'être en veille, d'avoir un rôle d'observateur actif de l'environnement externe et d'analyser les évolutions du secteur pour être en capacité d'anticiper et d'innover. Je m'attache donc à poser un état des lieux du secteur et des futurs besoins, des mouvements en cours et à venir, et des stratégies possibles afin d'orienter les projets qui engagent la structure.

---

<sup>39</sup> Personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes. Disponible à l'adresse :<http://www.lamaisondesaidants.com/wp-content/uploads/2013/04/charte-Aidant-Familial.pdf>

### 1.3.1 Les EHPAD : des acteurs majeurs de la dépendance dans un contexte économique difficile

- Les EHPAD ont vocation à accueillir et héberger des personnes dépendantes âgées de plus de 60 ans, à temps complet ou partiel, de manière permanente ou temporaire. Ils dispensent des soins médicaux adaptés, des actions préventives et éducatives en lien avec la santé, et apportent une aide à la vie quotidienne. Ils mettent en place avec la personne accueillie, un projet d'accompagnement personnalisé (projet de soins et projet de vie) adapté à ses besoins et ses choix afin de favoriser l'exercice de ses droits. Les EHPAD sont soumis à des règles minimales d'activités et de fonctionnement, ainsi qu'à des conditions techniques d'organisation et de fonctionnement qui leur sont propres<sup>40</sup>.

Le cœur de métier des EHPAD est basé sur des axes incontournables :

- la qualité de vie (conditions d'accueil et d'admission, information des résidents sur leurs droits, participation à la vie en collectivité et vie sociale, travail collaboratif avec les familles, recrutement de personnels qualifiés, qualité des espaces et des animations),
- le parcours de santé (en partenariat et en réseau avec les acteurs sanitaires du territoire),
- la qualité de la prise en charge (l'accompagnement en fin de vie, la prévention des risques, la gestion de la sécurité, la participation et le développement de dispositifs adaptés à la maladie d'Alzheimer, la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance).

- L'âge moyen d'entrée y est de plus en plus tardif (84 ans et 5 mois), et le niveau de dépendance s'accroît (en 2011, 89% des personnes accueillies sont en GIR<sup>41</sup> 1 à 4, dont plus de la moitié en GIR 1 et 2 qui sont les groupes les plus dépendants). Le profil pathologique des personnes accueillies évolue avec notamment une expansion des maladies neurodégénératives, et avec l'allongement de l'espérance de vie, des poly-pathologies, mais aussi des personnes handicapées vieillissantes.

- L'entrée en EHPAD naît rarement d'une volonté affirmée de la personne concernée, qui la plupart du temps souhaite demeurer et mourir chez elle. Elle est souvent acceptée à défaut d'être délibérément choisie, ressentie comme imposée par la famille ou les professionnels, en raison d'un événement imprévu comme une hospitalisation ou le décès du conjoint. Les dispositifs d'aide au maintien à domicile et les aidants naturels participent à compenser les effets de la dépendance, et donc à retarder toujours davantage l'âge d'entrée en établissement. Car le facteur prédominant à l'institutionnalisation est bien la dépendance et tous ses effets collatéraux : la dégradation de l'état physique et psychique, l'aggravation des troubles cognitifs, l'angoisse d'être seul, la peur de chuter, l'insécurité réelle ou ressentie, l'épuisement, la défaillance ou l'absence d'aidant.

---

<sup>40</sup> Décret 1164 du 26/08/2016

<sup>41</sup> GIR : groupe iso-ressources calculé à l'aide de la grille AGGIR

- En 2015, la France compte 7 752 EHPAD dont la moitié d'établissements publics, 28% d'établissements privés à but lucratif et 22% privés à but non lucratif, soit une capacité de 572 723 places<sup>42</sup>. L'offre de services en EHPAD reste dominée par l'accueil permanent. L'hébergement temporaire et l'accueil de jour représentent respectivement 1,5% de la capacité totale, et seulement 5% des EHPAD sont pourvus d'un PASA.
- Avant la période de crise et de faible croissance, et à la faveur des plans nationaux, les créations de places d'EHPAD ont connu une forte expansion (jusqu'à 15000 places par an entre 2007 et 2011). Les temps changent, et la CNSA a prévu la création d'environ 3 700 places par an entre 2015 et 2019, ce que confirment les ARS qui publient peu d'appels à projets pour des créations nouvelles, au bénéfice de la rénovation ou la médicalisation de places existantes. Les EHPAD sont confrontés à des contraintes budgétaires internes et externes. Auparavant, l'accès aux moyens financiers était facilité (garantie d'emprunt, subventions des collectivités, acquisition de terrain pour un franc symbolique...), mais actuellement, les établissements du secteur associatif sont confrontés à un manque de fonds propres, à des déficits, et à des taux directeurs en baisse constante qui peuvent engager leur survie.
- Les EHPAD sont également directement impactés par les restrictions des ressources publiques de plus en plus contraignantes pour le budget des établissements. Que ce soit le déficit pérenne de l'assurance maladie (partie soins), les budgets serrés des Conseils départementaux (partie dépendance) ou le reste à charge pour les personnes âgées et leurs familles (hébergement), le modèle tarifaire des EHPAD est à bout de souffle et laisse peu de marges de manœuvre aux dirigeants. Les financeurs sont plus exigeants en terme de qualité, ils attendent des prestations efficaces à moindre coût, imposent, de fait, des tailles critiques tout en encourageant les regroupements d'établissements pour réduire les coûts et limiter le nombre d'interlocuteurs. Les contraintes réglementaires s'alourdissent toujours davantage et portent également atteinte à l'équilibre des budgets.
- Le passage obligatoire à l'EPRD en janvier 2017 prévoit le financement forfaitaire des soins et de la dépendance, et prend en compte l'activité de la structure. Les dirigeants craignent une diminution des montants alloués en raison des critères utilisés pour le calcul (notamment le taux d'occupation variable en raison des hospitalisations fréquentes des personnes dépendantes). Par répercussion, le risque est la baisse de la qualité des prestations, l'alourdissement du reste à charge pour les résidents, et une sélection de personnes accueillies aux revenus élevés.

---

<sup>42</sup> CNSA. *Territoires et politiques de l'autonomie*. Rapport 2015. Disponible à l'adresse : [http://www.cnsa.fr/documentation/rapport\\_annuel\\_2015\\_territoires\\_et\\_politiques\\_de\\_lautonomie.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/rapport_annuel_2015_territoires_et_politiques_de_lautonomie.pdf)

### 1.3.2 Projections démographiques et nouveaux besoins liés à la dépendance

La dépendance constituera un enjeu sociétal majeur pour les finances et les politiques publiques, ainsi que pour les familles, il est donc nécessaire d'établir des prévisions. Les projections démographiques des personnes dépendantes sont marquées par l'arrivée, en 2030, des générations du baby-boom à l'âge de 80 ans, et par l'évolution de l'espérance de vie (avec et sans incapacité). Elles se basent sur le niveau de dépendance, mais aussi sur les trajectoires et l'entourage familial<sup>43</sup>. En 2060, un tiers de la population aura plus de 60 ans dont la moitié, plus de 75. En 2012, le nombre de personnes âgées dépendantes bénéficiant de l'APA était de 1,17 million, et selon les prévisions, elles seront plus de deux millions en 2040.

La période de dépendance la plus lourde (GIR 1 et 2) ne s'allongera pas et sera caractéristique de la fin de vie, en raison de la compensation par les aides techniques et les mesures préventives. Le nombre de personnes lourdement dépendantes va cependant doubler d'ici 2060. Pour la dépendance modérée (GIR 3 et 4), les estimations sont incertaines et différentes hypothèses sont envisagées, plus ou moins optimistes.

Actuellement, les personnes de plus de 60 ans vivant à domicile sont aidées régulièrement par un proche à hauteur de 80%, et par un professionnel à 50%. Mais les retraités d'aujourd'hui ne veulent plus peser sur leurs enfants dans leur vieillesse. Au moment de leur dépendance, 16% seulement des plus de 70 ans souhaitent une prise en charge par la famille et les proches<sup>44</sup>.

L'entrée dans la dépendance de la génération du baby-boom, va provoquer la baisse du ratio entre personnes âgées dépendantes et nombre d'aidants potentiels, et ce, pour trois raisons. L'augmentation de l'activité professionnelle des femmes sera à l'origine d'une moindre disponibilité alors qu'aujourd'hui, la majorité des aidants familiaux sont retraités. La hausse de l'âge moyen de la dépendance signifiera que le conjoint ou les enfants auront davantage de risques d'être eux-mêmes en mauvaise santé ou décédés. Enfin, les générations post baby-boom, après 1975, ont eu moins d'enfants, ce qui diminuera le potentiel d'aidant intrafamilial.

La DRESS (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) évalue également les besoins accrus d'hébergement en EHPAD en raison d'une progression des entrées en établissement plus rapide que le nombre de personnes dépendantes à domicile (375 000 personnes supplémentaires, soit un taux de croissance de 2,2% pour 1,9% à domicile). Cette évaluation reste corrélée à l'augmentation ou la diminution de places, et à une éventuelle modification des aides publiques.

---

<sup>43</sup> DRESS. Projection des populations âgées dépendantes, 2 méthodes d'estimation. Dossiers solidarité et santé. n° 43, 2013. Disponible à l'adresse : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>

<sup>44</sup> ENNUYER, B. op.cit. p 92

Ces perspectives mettent en évidence la nécessité urgente, pour l'ensemble des acteurs, de se préparer au phénomène. La tendance s'est inversée concernant les aidants familiaux qui ont longtemps pallié ou complété les aides publiques du maintien à domicile. Leur moindre intervention va engendrer des efforts financiers très importants de la part des financeurs publics, des caisses de retraite, des assureurs, en matière de places d'hébergement et de personnels pour être à la hauteur des enjeux.

Si les projections démographiques ne sont pas discutables, en revanche, des données demeurent incertaines. C'est le cas des pathologies entraînant la dépendance comme les maladies chroniques (diabète, arthrose, insuffisance cardiaque...) ou les progrès de la Médecine sur les maladies neurodégénératives, responsables d'une grande partie des situations de dépendance.

### **1.3.3 Tendances actuelles et stratégies possibles pour les EHPAD<sup>45</sup>**

- Depuis une quinzaine d'années, le secteur fait l'objet de mouvements de restructuration et de concentration importants pour plusieurs raisons. D'abord une dynamique de croissance interne de groupes nationaux, puis un ralentissement de créations de places nouvelles, et enfin de nouvelles pressions financières et réglementaires. Les mono-établissements isolés sont les plus concernés et tendent à disparaître. Ils sont ciblés par des groupes à vocation commerciale qui rachètent ces structures afin de développer leur taille et d'occuper une position forte sur le marché devenu concurrentiel. Si la filière à but lucratif dispose de sérieux avantages (moyens financiers, référentiels, gestion solide), le secteur associatif s'engage également dans ce mouvement avec d'autres atouts comme une logique centrée sur les métiers, et un ancrage territorial plus étoffé, notamment dans les territoires ruraux. Pour s'adapter aux nouvelles contraintes, le secteur non lucratif s'engage dans la voie de la mutualisation par la coopération en réseau ou le regroupement en GCSMS (groupement de coopération sociale et médico-sociale), ou dans un cadre fédératif.

- Au vu du contexte économique restreint précédemment évoqué, l'autre postulat de départ pour se mettre en position prospective, est l'évolution attendue des personnes accueillies en EHPAD. Les futurs profils sont la grande dépendance et les situations de fin de vie, les démences et maladies psychiatriques, les maladies neurodégénératives, les poly-pathologies et les conséquences des maladies chroniques. L'enjeu repose sur le nécessaire renforcement des offres de soins avec du personnel suffisamment nombreux et qualifié, tout en restant un lieu de vie et en conservant le niveau de qualité exigé par les personnes âgées et les

---

<sup>45</sup> Ce paragraphe est largement inspiré de l'étude du cabinet KPMG, *EHPAD : vers de nouveaux modèles ?*, décembre 2015. Disponible à l'adresse : <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF>

financeurs. Face à ces nouvelles données, les gestionnaires et dirigeants doivent se tourner vers diverses stratégies d'adaptation, outre les mouvements de concentration abordés auparavant, et mener des politiques en synergie avec les acteurs du territoire. Une stratégie « naturelle » en lien avec les projections démographiques, serait d'accroître la spécialisation dans la grande dépendance avec une médicalisation accrue des EHPAD qui ressembleraient alors aux actuelles USLD (unités de soins de longue durée). Même s'il demeure essentiel d'adapter l'organisation aux besoins spécifiques des personnes accueillies (ce qui est déjà le cas avec les PASA et les unités d'hébergement renforcé), s'engager dans une spécialisation comporte des risques, notamment au niveau des conditions de travail du personnel chargé de soigner et d'accompagner au quotidien des comportements difficiles.

- Si les stratégies de coopération internes et externes sont déjà bien ancrées dans les pratiques et les projets des EHPAD, il semble primordial de les renforcer et d'innover pour répondre à l'axiome qualité/performance économique. Le secteur est marqué par la gestion en mono-filière spécialisée qui facilite les mutualisations de moyens humains et matériels ou de fonctions supports et opérationnelles. Si ces complémentarités entre acteurs favorisent la coordination et la continuité des prises en charge, elles ne permettent pas de répondre à tous les besoins et d'assurer un véritable parcours de soins. D'où la nécessité de développer des coopérations externes sur le territoire, avec les ESSMS du secteur gériatrique, sanitaire et du maintien à domicile par le biais d'outils plus élaborés que les simples conventions de partenariat. Les formes de coopération comme le GCSMS ne sont pas encore généralisées alors qu'elles faciliteraient les rapprochements de structures et les éventuelles fusions, tendance forte du secteur médico-social.

### **Conclusion et question de départ**

Les politiques sociales conduites envers les personnes âgées dépendantes sont fortement influencées par le vieillissement de la population, un contexte économique défavorable et de nouvelles conjonctures sociétales qui entraînent une moindre disponibilité des familles. L'affirmation des droits et le maintien à domicile demeurent des axes forts et traduisent une forte volonté, tant individuelle que politique.

La vieillesse d'aujourd'hui se heurte encore à des représentations négatives. Ses plus grandes souffrances sont la dépendance médicale mais aussi sociale, et l'isolement, qui ne sont pas toujours palliés par l'entourage et les professionnels, et face auxquels il faut s'adapter et s'engager.

L'écart est net entre le contexte politico-social dont les indicateurs sont à la baisse (financements, prévisions de créations de places, solidarité familiale) et les éléments inhérents aux personnes âgées dépendantes à la hausse (âge, dépendance, besoins). L'enjeu pour les établissements est de répondre à des besoins identifiés et croissants dans un contexte de restrictions budgétaires et d'affaiblissement des entourages familiaux, dans le

respect des droits, du projet de vie et de la continuité de parcours. Les EHPAD, acteurs centraux et expérimentés de la prise en charge de la dépendance sur qui pèsent de nombreuses contraintes budgétaires et réglementaires, doivent concilier maintien de la qualité et rationalisation économique.

Ainsi, dans un tel contexte, **quelle diversification de son activité un EHPAD peut-il développer sur le territoire, pour répondre aux attentes des personnes âgées dépendantes, respecter leur droit fondamental de liberté de choix afin d'anticiper et de s'adapter à un environnement en constante évolution ?**

## **2 L'IMPLANTATION DE L'EHPAD Notre Dame de la Ferrage SUR SON TERRITOIRE**

Après avoir abordé les divers éléments liés au contexte général, il est maintenant nécessaire de les confronter à une analyse du territoire, aux caractéristiques et besoins de la population ciblée et au diagnostic de l'association et de l'établissement. Cette démarche stratégique aussi bien interne qu'externe, me permet, en tant que directrice, de mesurer les écarts, d'analyser les enjeux et de dégager des perspectives d'évolution pour l'EHPAD.

### **2.1 Orientations politiques et acteurs de la dépendance**

#### **2.1.1 Schéma régional et départemental**

Le SROMS PACA 2012-2017 (schéma régional de l'organisation médico-sociale Provence Alpes Côte d'Azur) organise la réponse aux besoins pour les établissements accueillant des personnes âgées à travers la dimension de parcours. Il est complété par le PRIAC 2014-2017 (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) en ce qui concerne la programmation des actions et des financements, et par le PTS du Vaucluse (programme territorial de santé) au niveau de l'animation du projet régional de santé et de la transversalité entre acteurs du système de santé.

En ce qui concerne les EHPAD, les grands axes régionaux ne prévoient **aucune création de places nouvelles**, au profit de l'optimisation de l'offre existante (notamment la médicalisation). L'accent est mis sur l'adaptation des prises en charge médico-sociales aux besoins spécifiques de la population, par une évolution qualitative de l'offre.

Le SDOSMS 2012-2016 du Vaucluse (schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale) retranscrit les orientations de la politique en faveur des établissements

recevant des personnes âgées<sup>46</sup>. La continuité du parcours de vieillissement des personnes âgées est recherchée par **le soutien à des projets intermédiaires entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement**, et à des **actions innovantes permettant une personnalisation et une diversification des réponses**. L'objectif est de favoriser le répit des aidants et concourir au respect des choix de vie des personnes<sup>47</sup>.

Il est à noter que le taux d'équipement en EHPAD du Vaucluse accuse un retard par rapport à la moyenne nationale (82,62 pour le département, 102,93 pour la France).<sup>48</sup>

Par ailleurs, le Conseil départemental a signé une convention pluriannuelle 2016-2019 avec la CNSA. Elle vise à promouvoir la qualité de service au bénéfice des personnes âgées, et à développer des politiques de l'autonomie au plus près des besoins de cette population. En tant que directrice d'EHPAD, je peux m'appuyer sur les axes de cette convention pour être force de proposition : la promotion de l'innovation et de l'expérimentation, la prévention, et l'aide aux aidants.

### 2.1.2 Caractéristiques du territoire et besoins de la population

- Au niveau départemental tout d'abord, le taux de pauvreté du Vaucluse est de 19,3%, tandis que le taux de chômage de 13% est le plus élevé de la région PACA. L'observatoire des inégalités classe le département en sixième position des départements les plus pauvres de France<sup>49</sup>. Ce contexte économique hostile et un tissu social fragile amènent le Conseil départemental à conduire une stratégie budgétaire volontariste malgré la hausse importante des prestations sociales. Pour 2017, un plan d'économies de 20 millions d'euros et une marge de manœuvre du budget de 0,3% sont prévus pour parvenir à l'équilibre.

A l'échelle nationale, le Vaucluse est considéré comme un département âgé. Les plus de 60 ans représentent 26,4% de la population, et les plus de 75 ans, 10%<sup>50</sup>, soit 2 points de plus que la moyenne française<sup>51</sup>. En 2014, l'indice de vieillissement de la population est de 83, alors qu'il est de 73 pour la France<sup>52</sup>. Sur les 9300 personnes dépendantes, 72% demeurent à domicile, dont les trois quarts vivent seules.

---

<sup>46</sup> Site du département du Vaucluse. *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2012-2016, volet relatif aux personnes âgées*, p.61. Disponible à l'adresse : [http://www.vaucluse.fr/fileadmin/user\\_upload/pdf\\_docs/c\\_action\\_sociale/Seniors/sdoms\\_personnes\\_agees.pdf](http://www.vaucluse.fr/fileadmin/user_upload/pdf_docs/c_action_sociale/Seniors/sdoms_personnes_agees.pdf)

<sup>47</sup> op.cit. p 82

<sup>48</sup> op.cit. p 60

<sup>49</sup> *La pauvreté dans les départements*. Disponible à l'adresse :

<http://www.inegalites.fr/spip.php?article789>

<sup>50</sup> Site de l'INSEE. Dossier complet, département du Vaucluse. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-84>

<sup>51</sup> Site de l'INSEE. *Tableaux de l'économie française, INSEE références, édition 2014*. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288324?sommaire=1288404>

<sup>52</sup> L'indice de vieillissement est le nombre de personnes de plus de 65 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans.

Les projections démographiques font état d'une forte progression du quatrième âge d'ici 2020 (hausse de 59% entre 2010 et 2020)<sup>53</sup>. Vieillir seul à domicile après 90 ans deviendrait une réalité plus fréquente, et l'entrée en institution serait de plus en plus tardive. Les EHPAD doivent donc anticiper cette tendance afin d'adapter leurs modes d'accompagnement à une population toujours plus âgée et dépendante.

- Au niveau local, le territoire d'implantation géographique de l'EHPAD Notre Dame de la Ferrage est celui de la vallée d'Aigues, dont la Tour d'Aigues est la commune centrale (voir carte en annexe 1). Si l'on tient compte du bassin de vie, des habitudes de vie des habitants et des distances, il faut y ajouter la commune de Pertuis, située à 5 kilomètres. Ceci me conduit à délimiter le territoire d'analyse qui correspond à la communauté territoriale « Côtélub » et à la ville de Pertuis, soit un total de 42370 habitants<sup>54</sup>. Cette zone située à l'extrémité sud-est du département est marquée par une ruralité ancienne pour les villages, et une péri-urbanité pour la ville de Pertuis. Le taux de personnes âgées y est plus élevé, les revenus plus bas, et les habitats anciens sont souvent peu adaptés, voire non adaptables, à une plus grande dépendance<sup>55</sup>. Une étude réalisée en 2013 par COMPAS a défini une typologie des territoires au regard des caractéristiques des populations âgées<sup>56</sup>. Les seniors sont ancrés dans le territoire, propriétaires pour la plupart, avec un niveau de vie faible à intermédiaire. La ville de Pertuis présente une forte croissance démographique et accueille de jeunes seniors dont les ressources sont élevées. L'enjeu est l'augmentation attendue du vieillissement, plus important pour les villages, et liée à une modification des relations entre les générations.

- Connaître la population âgée dépendante vivant à domicile et ses besoins est indispensable dans une optique de diversification de l'offre de services de l'EHPAD sur le territoire (l'établissement est présenté plus en détail en 2.2). Pour cela, je me suis appuyée sur deux sources. Au niveau interne, les personnes accueillies à l'accueil de jour et les nouveaux résidents nous transmettent des informations que nous pouvons exploiter quant à leurs problématiques et leurs besoins à domicile. Pour les personnes dépendantes vivant chez elles, j'ai rencontré le service APA du Conseil départemental afin de définir le nombre et le profil des bénéficiaires de l'APA sur la zone délimitée.

- Nous avons maintenant suffisamment de recul sur l'activité accueil de jour pour connaître les attentes et les besoins des personnes, mais aussi pour cerner les limites de ce type d'offre qui

---

<sup>53</sup> *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2012-2016*, op.cit. p 20

<sup>54</sup> Voir carte du territoire et tableau des communes en annexes I et II

<sup>55</sup> *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2012-2016*, op.cit. p 12

<sup>56</sup> *Les enjeux du vieillissement*. Etude Compas, 2013. Disponible à l'adresse : [http://www.lecompas.fr/doc/compasetudes7\\_juin2013.pdf](http://www.lecompas.fr/doc/compasetudes7_juin2013.pdf)

concerne les personnes dépendantes psychiquement. Les aidants (principalement les conjoints) expriment un besoin d'aide, de soutien et de répit. Nous sommes en effet confrontés à des aidants épuisés, en détresse psychique, avançant dans l'âge et la dépendance, avec des conséquences sur leur état de santé. Le poids invisible de la charge mentale rend leur quotidien pénible moralement et physiquement. Ils souffrent d'un isolement social, de repli sur soi, et malgré cela, redoutent l'entrée en établissement et souhaitent la retarder le plus possible.

Les entretiens d'admission nous renseignent sur les motifs d'entrée en hébergement permanent, et il est important de s'y intéresser si nous voulons développer notre activité sur l'extérieur. L'étude des 50 dernières admissions au sein de l'EHPAD fait ressortir les éléments suivants :

- Pour plus de la moitié des personnes (55%), l'entrée en EHPAD est déterminée par un incident de santé qui aggrave la dépendance : chute avec traumatisme et AVC (accident vasculaire cérébral) principalement.
- Les autres motifs sont : une perte progressive de l'autonomie (11%), la défaillance ou le décès du conjoint (11%), l'anticipation de la dépendance (9%), le besoin de sécurité (8%), le rapprochement familial (6%).

Ainsi, le choix de vivre dans l'établissement, s'il est volontaire, reste largement conditionné par un élément extérieur à la volonté de la personne qui le subit.

- Le nombre de bénéficiaires de l'APA sur la zone concernée est de 498 personnes réparties sur 17 communes autour de Pertuis. Pour la majorité des personnes, les dépendances évaluées sont légères et modérées (68% en GIR 4 et 21% en GIR 3). Pour 64% d'entre elles, un cabinet infirmier libéral ou un SSIAD intervient régulièrement. Un tiers des bénéficiaires vit en couple, 11% d'entre eux sont seuls ou isolés et ne disposent pas de réseau familial ou amical. Plus de la moitié des personnes sont seules (veuves ou célibataires) mais bénéficient de l'aide régulière d'un aidant. Il apparaît que le maintien à domicile est rendu possible grâce à l'action conjuguée des aidants naturels et des professionnels. Mais surtout, le service APA du département, qui existe maintenant depuis quinze ans, relaie l'expression de la volonté très affirmée des bénéficiaires de rester vivre chez eux au moyen de cette prestation.

### **2.1.3 Acteurs et offres de service du secteur Pertuis/vallée d'Aigues**

La dépendance et l'avancée en âge nécessitent une prise en charge médicale importante et régulière. Ainsi, les médecins traitants et surtout les infirmiers libéraux concourent au maintien au domicile et à une veille médicale par la réalisation d'actes de soins, de nursing, la prise des traitements. Un SSIAD est présent sur le territoire et dispose de 70 places pour assurer les soins de toilette des personnes âgées dépendantes. Le secteur est bien pourvu en professionnels de santé, même si l'on observe depuis quelques années, des difficultés pour trouver un médecin référent, un cabinet infirmier pour les actes de toilette, et que l'accès au

SSIAD est soumis à une liste d'attente qui peut être longue. Les médecins se déplacent de moins en moins au domicile des patients, et les cabinets infirmiers privilégient les actes techniques aux soins de nursing.

Une dizaine de SAAD (services d'aide et d'accompagnement à domicile) interviennent pour l'aide aux gestes essentiels de la vie et les tâches domestiques, complétés par des salariés qui sont rémunérés directement par les personnes âgées. La communauté territoriale assure le portage des repas pour les personnes âgées des villages.

Si les soins primaires de proximité sont assurés et que les prestations d'aide à domicile se mettent en place sans difficultés, le secteur de Pertuis/vallée d'Aigues est cependant confronté à sa position géographique et à son éloignement de certains acteurs du champ de la gérontologie comme : le centre gérontologique départementale, l'unité mobile de gériatrie, la plateforme d'accompagnement et de répit et la MAIA, tous distants d'une heure de route au minimum.

Le tableau présenté plus loin en annexe 3 récapitule l'offre de services en matière d'établissements d'hébergement pour personnes âgées sur le secteur. Le taux d'équipement en places d'EHPAD pour 1000 personnes âgées d'au moins 75 ans est de 101,4 au niveau national<sup>57</sup>. Sur notre territoire, il n'est que de 82,6, soit un taux bien inférieur. Les avantages concurrentiels de l'EHPAD Notre Dame de la Ferrage apparaissent clairement. En effet, il est le seul à proposer des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, le seul EHPAD à être habilité entièrement à l'aide sociale, et sa capacité en fait le deuxième en taille.

## **2.2 L'association gestionnaire et l'EHPAD Notre Dame de la Ferrage**

### **2.2.1 Evolution et valeurs fondatrices du projet associatif**

L'association Notre Dame de la Ferrage trouve son origine en 1884 lorsque Mademoiselle de Wildemerth met sa propriété à disposition des religieuses franciscaines d'Avignon pour créer un lieu d'accueil et de soins gratuits destiné aux personnes indigentes de la commune. Le nombre de personnes accueillies s'accroît au fil des années, et en 1957 naît l'association loi 1901 qui gère les bâtiments et le parc de la maison de retraite. L'établissement évolue vers la laïcité en raison de la moindre vocation religieuse, tant au niveau des résidents que du personnel. En 1978, la maison de retraite reçoit l'agrément de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales et perpétue ainsi la tradition d'accueil de personnes aux revenus modestes par l'éligibilité à l'aide sociale.

Dès lors, Notre Dame de la Ferrage a toujours répondu aux évolutions sociétales et religieuses en adaptant ses valeurs fondatrices à des principes laïques, et s'est engagée dans la voie associative médico-sociale comme une évidente continuité. De nombreux

---

<sup>57</sup> Site STATISS. Accueil des personnes âgées (taux d'équipement). Disponible à l'adresse : [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/fracc\\_pers\\_agees2.asp-prov=B-depar=C.htm](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/fracc_pers_agees2.asp-prov=B-depar=C.htm)

aménagements ont vu le jour depuis la fin des années 80 : médicalisation progressive, réforme de la tarification et transformation en EHPAD en 2001, extension de 30 lits en 2011, création d'un accueil de jour, d'un accueil temporaire et d'un PASA en 2012. Ainsi, l'association a su se conformer aux réformes légales importantes mais aussi se saisir des opportunités qu'ont été les plans nationaux, pour diversifier son offre de services. L'évaluation externe réalisée en 2014 pointe d'ailleurs la capacité du gestionnaire à observer les changements et adapter son organisation. Selon les évaluateurs, « *la structure mériterait de se voir spontanément confier par les autorités, la mise en œuvre de dispositifs expérimentaux ouverts sur la commune et notamment les aidants au domicile* », et ils préconisent le maintien de la dynamique engagée de diversification de l'offre en réponse aux besoins et attentes recensés.<sup>58</sup>

L'association dispose d'un projet associatif qui lui est propre et lui confère, au-delà de sa qualité de gestionnaire, un rôle d'acteur de l'intervention sociale et médico-sociale au service d'une utilité sociale. Ses statuts valident son objet qui est d'accueillir, d'aider et d'héberger les personnes âgées dans les missions suivantes<sup>59</sup> :

- conseil, orientation des résidents et de leurs familles
- actions médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formations adaptées, actions d'assistance, de soutien, de soins et d'accompagnement
- aides à domicile et tous autres services conformes à la loi
- organisation d'actions en vue de répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux émergents ou non satisfaits, limiter le reste à charge des personnes accueillies
- établir des coopérations avec d'autres établissements et services médico-sociaux pour organiser une réponse coordonnée de proximité aux besoins de la population dans un objectif de continuité et de décloisonnement.

La congrégation religieuse a transmis ses valeurs morales traditionnelles, et ses principes continuent aujourd'hui à guider l'action, l'éthique et le regard de la structure. Le projet d'établissement repose sur des valeurs humanistes fondamentales comme l'émerveillement devant les ressources de tout être humain, l'altruisme, la tolérance, la liberté individuelle, le respect de la personne (son identité, son histoire, ses convictions), la préservation de la dignité, l'éthique, la joie de vivre et l'humour ancrés dans une relation de confiance.

Pour la directrice que je suis, l'enjeu est de respecter les données historiques et les évolutions menées par les directions précédentes, et de veiller à conserver les valeurs fondatrices tout

---

<sup>58</sup> *Rapport d'évaluation externe 2014 EHPAD Notre Dame de la Ferrage*, p 71

<sup>59</sup> *Vivre chez nous à la Ferrage*. Projet d'établissement 2014. Association Notre Dame de la Ferrage, p12

en les « actualisant » pour qu'elles répondent à la technicité grandissante des pratiques professionnelles et aux évolutions contextuelles.

### **2.2.2 Gouvernance et direction**

L'association compte 32 membres bénévoles, majoritairement habitants de la commune, professionnels étant intervenus dans la structure et/ou proches de résidents. Elle est composée d'un conseil d'administration de 11 membres et d'un bureau de 5 membres (président, vice-président, président d'honneur, trésorier, secrétaire).

L'association fait preuve d'un « *dynamisme évident et éloquent* »<sup>60</sup> basé sur le renouvellement des membres, et sur sa capacité à pérenniser les autorisations pour gérer un établissement. L'indépendance par rapport à la gestion de l'EHPAD est garantie, et aucune forme d'ingérence n'existe. La délégation que j'ai reçue du président me permet de diriger l'établissement, et contribue à asseoir ma légitimité pour proposer, mettre en œuvre des projets et rendre compte des résultats obtenus. Je recrute le personnel avec l'autorisation du pouvoir disciplinaire, à l'exception des licenciements et du recrutement des cadres qui sont réalisés en concertation avec le conseil d'administration. Je rencontre le président à un rythme hebdomadaire pour communiquer sur les points essentiels et solliciter son accord sur certains projets. Le travail en complémentarité s'effectue sur la base d'une relation de confiance et d'une motivation commune de qualité de prise en charge des personnes âgées accueillies et de conditions de travail favorables à l'ensemble du personnel. Le respect mutuel de la place et de la fonction de chacun n'engendre pas d'enjeu de pouvoir particulier, me sécurise dans l'exercice de ma fonction et de mes responsabilités, et me permet de déléguer et collaborer sereinement avec l'équipe de direction.

### **2.2.3 Identité et projet d'établissement**

La mission posée dans le projet d'établissement est de faire de celui-ci « *un lieu de vie sécurisant et ouvert vers l'extérieur ; pour chaque résident et sa famille, il s'agit d'accueillir, accompagner et soigner, favoriser le sens de la vie en liberté et en sécurité, de sorte que chacun puisse retrouver ce goût de la vie parfois émoussé par les épreuves et les chagrins* ». <sup>61</sup>

La capacité de l'EHPAD est de 80 places dont 2 en hébergement temporaire, 10 places d'accueil de jour Alzheimer et maladies apparentées, et 14 places en PASA. L'accueil de jour est destiné à accueillir les personnes désorientées dans un espace de prise en charge non médicamenteuse, et soulager, soutenir leurs familles. Le PASA est un lieu stimulant et

---

<sup>60</sup> Rapport d'évaluation externe 2014, op.cit. p 4

<sup>61</sup> Vivre chez nous à la Ferrage. op.cit. p 20

rassurant où est proposé un accompagnement spécifique et personnalisé aux personnes souffrant de troubles modérés du comportement.

L'EHPAD Notre Dame de la Ferrage est situé à la Tour d'Aigues, commune de 4000 habitants. En raison de son ancienneté et de son histoire fortement liée à des familles du village unies par une tontine, l'établissement est considéré comme « *appartenant aux gens de la Tour d'Aigues* ». <sup>62</sup> Il est un acteur économique important de la commune et de la vallée d'Aigues, puisque considéré comme l'un des principaux recruteurs locaux. L'EHPAD est également un acteur social et d'intégration : il perpétue les missions de la congrégation (la chapelle est toujours en activité), il favorise les liens avec la commune en développant des activités partagées et des échanges intergénérationnels, favorisant ainsi des formes de citoyenneté. Au travers de son offre médico-sociale variée, il contribue au maintien du lien social entre les résidents et les habitants de la commune.

L'établissement est implanté sur un parc d'un hectare investi par tous. La récente extension rend l'ensemble architectural moderne et agréable, alliant des espaces collectifs et des lieux permettant l'intimité. Le PASA et l'accueil de jour disposent de lieux différenciés et identifiés (l'accueil de jour cultive son propre jardin thérapeutique). L'établissement dispose de chambres individuelles et d'une chambre d'hôtes pour les familles. L'accessibilité de la structure est signalisée et aisée et l'accueil physique et téléphonique traduit une volonté de répondre spontanément et rapidement aux personnes. La structure possède un site internet et son activité est bien relayée sur les sites généralistes répertoriant les EHPAD, ainsi que sur le site de la mairie de la Tour d'Aigues.

L'EHPAD a renouvelé sa convention tripartite le 1<sup>er</sup> janvier 2014 pour une durée de 5 ans. Celle-ci définit les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan des moyens financiers, de la qualité de la prise en charge et des soins, et précise les objectifs et les modalités d'évolution de la structure. La récente loi ASV prévoit le remplacement d'ici 2021, des conventions tripartites par la conclusion de CPOM. En tant que directrice, je veillerai donc à préparer la signature d'un CPOM effectif en 2019, en lien avec la gouvernance, et en y associant l'équipe de direction. La signature de ce contrat représente l'opportunité pour notre établissement de valoriser ses particularités et de proposer des axes stratégiques innovants.

Le projet d'établissement s'intitule « Vivre chez nous à la Ferrage » et l'accueil de jour s'appelle Villa « la vie là », en référence à la vie et la chaleur des lieux. Plus qu'un document contractuel, le projet d'établissement décliné en deux projets de services (PASA et accueil de jour), illustre une démarche collaborative d'élaboration et me permet de mobiliser les équipes

---

<sup>62</sup> *Rapport d'évaluation externe* 2014. p 96

et de maintenir une démarche continue de la qualité. Il repose sur une concertation de l'ensemble des acteurs et vise à interroger le sens des prestations et des activités au regard des besoins et attentes des résidents. Le comité de pilotage intègre des résidents, des familles, des membres du CVS (conseil de la vie sociale) et des religieuses. Il s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM et s'articule autour de ces axes :

- le projet de vie (accueil, animation, vie quotidienne)
- les soins (projet médical, projet de soins, projet de soins psychologiques)
- les libertés et la sécurité (aller et venir, croyance, intimité et vie privée, décision, expression)
- le projet personnalisé du résident (finalités, étapes) et la dernière partie qui regroupe les axes d'amélioration.

Les objectifs généraux de l'EHPAD sont autant centrés sur les résidents que sur leurs familles et les professionnels. Cela traduit ainsi des principes fondamentaux de maintien de la vie sociale, d'articulation entre vie privée et vie collective, d'accompagnement des familles, de participation, de soutien et de valorisation du personnel. Suite à l'extension de l'établissement, l'enjeu était de conserver une prise en charge à taille humaine et un sentiment de chaleur, de « chez soi ». Tous les secteurs d'activité de l'EHPAD (soins, animation, hôtellerie) restent animés par une démarche d'accompagnement autour et avec la personne âgée.

Malgré l'intégration du principe de **personnalisation de l'accompagnement** et un personnel qui le met en œuvre dans ses pratiques professionnelles, des difficultés demeurent dans la formalisation écrite, l'actualisation et la réévaluation de cet accompagnement. Progressivement, l'établissement remédie à cet écart, notamment depuis la dotation supplémentaire en personnel soignant accordée par les autorités de tarification. En effet, il existait une inadéquation entre les ressources en personnel soignant et l'évolution de la dépendance et notamment du GMP qui engendrait des objectifs de soins plus importants. En tant que directrice, je dois poursuivre la priorisation de cet axe qui, s'il est bien réel dans les faits, manque de formalisation et n'est pas encore généralisé. Plus que l'outil de base de l'accompagnement, le « sur-mesure » participe à une réflexion prospective plus large sur la diversification de l'offre que nous proposons à la population.

En ce qui concerne **la lutte contre la maltraitance**, une politique préventive est mise en place à travers : l'information dans les documents institutionnels, une sensibilisation régulière, des formations, le recueil et le traitement d'événements indésirables, l'implication des membres du conseil d'administration et une procédure de déclaration. Les risques sont identifiés en ce qui concerne la prise en charge des troubles psycho-comportementaux et les risques associés comme les fugues et les actes violents. L'enjeu est de développer une

meilleure approche, notamment par la mise en place de thérapies non médicamenteuses comme la musicothérapie, la médiation animale ou la méthode Snoezelen.

**Le respect des droits et libertés** des personnes accueillies interroge la dimension éthique à travers la question de leur sécurité et de la prise de risques mesurés qui peuvent être altérés par une dépendance psychique. La sécurité est assurée par des dispositifs techniques, (systèmes d'alerte conformes aux normes, parc clôturé, portails fermés la nuit, bracelets anti-fugue, sécurisation du circuit des médicaments) des ressources humaines, et une politique de prévention des chutes. Conscients qu'il est illusoire de vouloir atteindre le degré zéro du risque, nous nous efforçons cependant d'agir sur le sentiment de sécurité dans le sens où il contribue à l'équilibre psychologique.

En ce qui concerne **les libertés fondamentales** :

- L'expression et la participation satisfont aux exigences légales par le biais du CVS (notamment au sujet du projet de vie et de soins), de commissions, d'enquêtes de satisfaction, de l'exercice du droit de vote, mais font également l'objet de modes consultatifs directs et simples en fonction de questions particulières.
- La liberté d'aller et venir est garantie par la libre circulation dans le parc, les parties communes, l'accessibilité aux proches sans contrainte d'horaires, et la prescription systématique par un médecin pour toute contention.
- La vie privée et l'intimité sont respectées ; chaque résident peut disposer de la clé de sa chambre, il est libre de recevoir qui il souhaite et son courrier lui est remis dans son espace.
- La liberté de croyance et le respect des différentes religions sont affirmés.
- La liberté de décision est assurée par la mise à disposition de moyens d'information variés, la nomination d'une personne de confiance, le libre choix des praticiens, des activités et des temps de repos, le refus de traitement après avoir reçu les informations nécessaires quant aux effets possibles. La rédaction des directives anticipées est favorisée, précisant les souhaits de la personne concernant sa fin de vie si elle ne peut plus exprimer ses volontés.

#### **2.2.4 Caractéristiques et besoins des personnes accueillies**

L'établissement utilise une série d'indicateurs et de données permettant de caractériser les personnes accueillies, leurs besoins, et d'anticiper l'activité au travers de l'analyse des évolutions. Chaque année, le médecin coordonnateur établit un rapport d'activité médical transmis aux autorités de tarification. Il me permet d'établir « les principes directeurs de gestion » de l'établissement par l'adaptation de l'organisation, l'ajustement des moyens, pour répondre aux besoins des personnes âgées.

#### A) Eléments quantitatifs

L'arrêté conjoint d'autorisation précise que l'EHPAD peut accueillir des personnes âgées dépendantes et atteintes de la maladie d'Alzheimer, ce qui conforte la volonté de l'association de recevoir une diversité de profils sans se spécialiser autour de pathologies spécifiques.

Le niveau de dépendance est calculé grâce au GMP basé sur la grille AGGIR, et la charge en soins médicaux et techniques, au moyen du PMP (pathos moyen pondéré). Le GMP était de 667 en 2006 et de 714 en 2015 ; le PMP était de 177 en 2006 et de 200 en 2015 (à titre indicatif, en 2013 en France, le GMP moyen est de 693 et le PMP moyen de 198). L'augmentation de ces deux variables montre l'accroissement de la dépendance, et par conséquent le besoin en soins. Actuellement, la moitié des personnes accueillies est en GIR 1 ou 2, soit les dépendances les plus lourdes.

L'âge moyen d'entrée a nettement évolué au cours des dernières années. De 86,5 ans en 2012, il est actuellement de 91 ans, tout comme la moyenne d'âge des résidents. L'entrée de plus en plus tardive s'explique par l'augmentation de l'espérance de vie et les progrès médicaux, mais également par une prise en charge plus longue au domicile, facilitée par un réseau de professionnels, l'implication des familles et les aides publiques.

Il en résulte une durée de séjour qui s'est considérablement réduite en peu de temps : de 10 ans en 2014, elle est inférieure à 2 ans en 2017 en raison d'un nombre élevé de décès liés aux facteurs précédemment énoncés. Cette problématique naissante pour l'établissement est une tendance qui va probablement se poursuivre en raison des évolutions sociodémographiques attendues. Ce facteur nouveau pour l'ensemble du personnel et les résidents représente un enjeu de direction en termes de soutien du personnel et des personnes accueillies, d'organisation de l'activité (gestion hôtelière, respect du rituel lors du décès, taux d'occupation), de prévention des risques liés à la charge émotionnelle.

#### B) Profils et problématiques des personnes accueillies

Lors de leur entrée dans l'établissement, les personnes expriment leurs attentes. Il s'agit essentiellement de :

- rompre la solitude, l'absence de famille ou de famille proche
- bénéficier d'un environnement sécurisant et protecteur
- recevoir de l'aide pour pallier un handicap physique ou une pathologie dégénérative rendant la vie quotidienne de plus en plus difficile.
- participer aux activités, aux ateliers, aux sorties, aux manifestations, créer de nouveaux liens, rencontrer et échanger, et pour les femmes, bénéficier de soins esthétiques.

Leurs besoins sont évalués lors du premier entretien, puis deux mois après, une rencontre est programmée afin de préciser ou d'ajuster les objectifs d'accompagnement. C'est en fonction de l'histoire personnelle, de la situation familiale, des habitudes de vie, des éléments de

personnalité et de santé, des centres d'intérêt, des désirs, que le projet personnalisé est élaboré.

La moitié des personnes vivant à Notre Dame de la Ferrage souffre d'une démence sénile de type Alzheimer. Les conséquences sont des troubles de la mémoire et la perte progressive des fonctions cognitives qui altère la capacité à réaliser les gestes essentiels de la vie quotidienne. Il s'en suit une perte de lien avec l'entourage qui peut être vécue très douloureusement par les familles bien souvent dans l'incompréhension ou le déni de la maladie. Le rôle de l'équipe soignante est alors d'accompagner et de soutenir également les proches, et d'aider à maintenir le lien.

La perte des repères spatio-temporels engendre la déambulation et les tentatives de fugues, mises en échec par des moyens techniques et surtout humains. L'ouverture du PASA a permis d'adapter les prises en charge aux personnes souffrant de démence dans un espace contenant, avec un personnel dédié et stable. La constitution d'un petit groupe favorise les échanges et l'attention particulière, et contribue à la baisse des déambulations au sein de la structure.

La perte des fonctions cognitives s'accompagne d'une perte importante de l'autonomie, notamment au moment des repas. Un quart des résidents est aidé lors des repas en salle mais malgré leurs difficultés, nous tenons particulièrement, sauf situation momentanément particulière, à ce que tous les résidents prennent leur repas dans l'espace collectif. Nous attachons également une grande importance au fait que la contention reste tout à fait exceptionnelle et momentanée.

L'hospitalisation des résidents est un épisode qui vient interrompre le parcours de vie et de soins, et qui peut fragiliser l'état psychique et dégrader le niveau d'autonomie. Le projet médical veille donc à les prévenir le plus possible. Les principales causes d'hospitalisation sont orthopédiques (fractures) et cardiovasculaires. En 2015, 18,7% des résidents ont été hospitalisés pour une durée moyenne de séjour de 8 jours.

Le recensement des chutes et glissades reflète l'évolution des personnes accueillies au sein de l'EHPAD, et les limites des moyens techniques. Le phénomène est mieux connu, les moyens de prévention se sont améliorés, mais paradoxalement, le nombre de chutes ne diminue pas. C'est en fait le profil des « chuteurs » qui a évolué, à l'image de l'évolution générale du public dépendant. La transition épidémiologique et le cumul des pathologies fragilisent davantage les personnes âgées, et la moitié des résidents a été victime d'une chute en 2015, sans conséquence dans la majorité des cas. Ce phénomène est aussi un problème pour le personnel qui subit la pression des familles et de l'établissement, la chute étant vécue comme un marqueur de la qualité de la prise en charge.

### **2.2.5 Fonctionnement et organisation de l'activité**

L'établissement est organisé en 5 pôles : administratif, médical, logistique (hôtellerie, cuisine, maintenance), animation et accueil de jour. L'équipe de direction est composée de la

directrice, son adjointe, le médecin coordonnateur, l'infirmière référente, la psychologue, la responsable ressources humaines et les chefs de service (hôtellerie, cuisine).

Le pôle accueil de jour est constitué de 5 personnels permanents dédiés à l'accompagnement des personnes accueillies et de leurs familles, et de professionnels de l'EHPAD qui constituent l'équipe élargie de l'accueil de jour (l'adjointe de direction qui occupe la fonction de chef de service, moi-même, le médecin coordonnateur, l'infirmière référente, la secrétaire, la responsable RH et deux aides-soignantes pour les remplacements).

L'organisation et le fonctionnement de l'établissement s'articulent autour de la qualité de vie et de l'accompagnement, en étant à la fois précis dans ses procédures, et flexible pour s'adapter aux évolutions des besoins des résidents. Par souci de clarté, le fonctionnement est détaillé en quatre thèmes : l'accueil, la vie quotidienne, l'animation et les soins, pour lesquels sont rappelés les principes, les procédures et les objectifs.

- L'accueil doit faciliter le changement important que représente l'entrée en établissement, par la réassurance, l'adaptation et le respect du rythme de chacun afin que l'EHPAD devienne lieu de vie, véritable « chez soi ». Des critères d'admission et des limites sont posés (priorité aux habitants locaux, comportements compatibles avec le bon fonctionnement et la cohésion d'ensemble). La phase préparatoire passe par le premier accueil avec la secrétaire, l'entretien avec l'équipe pluridisciplinaire<sup>63</sup>, le temps de la réflexion pour la famille, la concertation de l'équipe puis l'arrivée de la personne.

- La vie quotidienne privilégie l'épanouissement, le bien-être et la sécurité de l'individu dans une vie collective. Les objectifs sont d'encourager les potentialités, de respecter les rythmes et les habitudes, de créer un climat familial et chaleureux, de maintenir des rythmes de vie (annuels, saisonniers, hebdomadaires, quotidiens). Les repas représentent ainsi des temps forts d'échange et de plaisir, et l'obligation de prendre les principaux repas de la journée en salle se veut structurante et non contraignante.

- L'animation est une préoccupation centrale et omniprésente dans et hors de l'établissement. Elle est assurée par 3 personnes et élaborée autour d'objectifs bien précis, avec notamment des activités spécifiques pour les personnes ayant des troubles cognitifs. Elle tient compte des envies, de la personnalité de chacun, et participe au bien-être et à l'intégration des résidents. Elle affirme les valeurs associatives de respect des choix et de la vie privée, d'équité, d'altruisme et de dignité pour faciliter la participation de tous. Le projet d'animation est multiple et se décline à travers l'accompagnement spécifique, la vie de groupe et l'ouverture sur la société. Il propose des activités individuelles et collectives, dans l'établissement et en dehors, avec des intervenants extérieurs (bénévoles et professionnels).

---

<sup>63</sup> Cette équipe réunit la directrice, le médecin coordonnateur, l'infirmière référente et la psychologue.

- Les soins, ou comment « *promouvoir la vie dans tous ses états* »,<sup>64</sup> sont considérés comme un élément essentiel certes, mais qui doit s'adapter et collaborer au projet de vie de la personne accueillie. Le projet de soins s'inscrit en totale interaction avec les autres dimensions du projet, il est conçu à partir d'une approche globale de la personne et porté par l'équipe pluridisciplinaire. Les soins sont personnalisés, adaptés et intégrés dans la vie quotidienne, et le personnel est encouragé à faire preuve d'écoute et d'observation des comportements. Divers moyens concourent à la réalisation des soins comme le dossier individuel informatisé, le suivi du traitement, le projet personnalisé et la collaboration avec la famille.

L'organisation des soins est confiée au médecin coordonnateur qui impulse une dynamique et encadre l'équipe soignante en binôme avec l'infirmière référente (IDER). Les temps de communication et de coordination sont essentiels et prennent différentes formes : transmissions orales et écrites, réunions quotidiennes (entre infirmières, avec les aides-soignantes et les agents hôteliers), hebdomadaires avec l'équipe d'encadrement, coordination avec les intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux.

## **2.3 Analyse des ressources et diagnostic global**

### **2.3.1 Ressources internes**

La gestion économique de l'EHPAD est en relation avec la dépendance, et donc avec les besoins des personnes accueillies puisque les forfaits dépendance et soins sont calculés à partir des outils GMP et PMP. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'EPRD est élaboré après réception de la notification des ressources forfaitaires. Le suivi budgétaire est réalisé à l'aide de tableaux de bord mensuels par comptes, ce qui permet de mesurer les écarts et d'alerter les responsables de pôles. Les tableaux d'analyse financière servent à élaborer le plan pluriannuel d'investissements. Je conduis des coordinations hebdomadaires avec la responsable des ressources humaines, l'IDER et l'adjointe de direction pour effectuer un point sur la gestion administrative du personnel et des résidents, le suivi de la maintenance technique et le suivi des fournisseurs.

Je responsabilise les chefs de service dans la gestion logistique et les achats qui leur sont propres. L'équipe soignante bénéficie d'un équipement informatique et de logiciels lui permettant d'alimenter le dossier informatisé des résidents et de dialoguer avec les professionnels de santé extérieurs dans un cadre sécurisé. L'établissement s'est récemment équipé d'un système de radio identification des lunettes, prothèses et appareils dentaires des résidents. En effet, la perte de tels matériels peut constituer une atteinte à l'intégrité physique,

---

<sup>64</sup> *Vivre chez nous à la Ferrage*. op.cit. p 55

une gêne pour la communication et un frein à une bonne alimentation, il était donc important d'y remédier.

Les risques professionnels sont l'affaire de tous, mais la gestion et la prévention sont réalisés par des ressources humaines spécifiques<sup>65</sup> sur lesquels je m'appuie, en collaboration avec la responsable des ressources humaines et en partenariat avec le service de santé au travail. Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) hiérarchise les risques et formalise l'ensemble des actions mises en place pour les réduire ou les supprimer. En EHPAD, les facteurs de risques sont corrélés à la spécificité des résidents (troubles psycho-comportementaux, dégradation des personnes, décès) et à l'organisation du travail (horaires décalés, travail la nuit, le week-end). Les principaux risques sont liés à l'activité physique du personnel, principalement les transferts des résidents : les TMS (troubles musculo-squelettiques), les chutes et dans une moindre mesure, les risques infectieux.

En ce qui concerne la gestion des ressources humaines, l'établissement compte 62 salariés, soit 54,11 ETP (équivalents temps plein), dont 4,05 ETP à l'accueil de jour. Les contrats sont à durée indéterminée et les nécessaires remplacements nous amènent à conclure une soixantaine de contrats à durée déterminée chaque année. Certaines catégories de personnels occupent des emplois à temps partiel : les soignants en fonction des postes alloués par les autorités, et les agents hôteliers en lien avec l'organisation de l'activité. Le ratio d'encadrement en ETP permanent est de 0,66 pour la partie EHPAD, ce qui est supérieur à la moyenne nationale des établissements privés (0,59) et se rapproche du ratio des établissements publics (0,69).<sup>66</sup>

<b>Personnel</b>	<b>Effectif</b>	<b>ETP</b>
Direction + adjointe	2	2
Médecin	1	0,5
Psychologue	1	0,4
Infirmiers+IDER	5	4,543
Administratif	3	3
Services généraux	6	6
Soignants	23	22,024
Hôtellerie	17	13,157
Animation	4	2,486
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>54,11</b>

---

<sup>65</sup> Le CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) inclus dans la DUP, un animateur en prévention des risques et deux sauveteurs secouristes du travail

<sup>66</sup> *Observatoire des EHPAD 2014*. KPMG. Disponible à l'adresse : <http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/05/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

En matière de recrutement, outre l'obligation légale de qualification concernant certains métiers (soignants notamment), nous veillons à ce que les salariés soient impliqués et sensibilisés aux spécificités des personnes accueillies. Concernant la mobilité et la promotion interne, elles sont favorisées, par exemple pour le secteur hôtellerie, vers des postes de soignants via des formations diplômantes. La politique d'accueil et de formation de stagiaires de la filière médico-sociale représente une source importante de recrutement et de remplacement. Cependant, l'embauche de certains personnels (soignants, personnel de nuit, agents hôteliers) et les remplacements demeurent difficiles en raison du nombre restreint de candidatures, et d'un manque d'attractivité du secteur. Il en résulte un certain turn-over qui pénalise l'organisation et fragilise la cohésion et les relations dans et entre les services. L'enjeu est de maintenir une qualité d'accompagnement et le partage de valeurs communes malgré l'instabilité d'une partie du personnel.

Je considère que les ressources humaines demeurent le levier essentiel pour maintenir la qualité de service. Cela suppose que les postes et les compétences correspondent aux besoins et aux évolutions à venir. Je peux y répondre en prenant appui sur le dialogue individuel (lors des entretiens professionnels), collectif (avec la délégation unique de personnel, la DUP), en menant une politique de formation adaptée, et en établissant un référentiel des compétences, support des profils de fonctions. C'est en collaboration avec la responsable des ressources humaines que ce travail est possible.

Je considère l'équipe de direction comme un soutien et un relais indispensables à l'action, où s'exercent la complémentarité des compétences et la coordination des interventions dans le cadre de délégations. Les réunions de direction hebdomadaires sont un lieu de repérage et de prévention des conflits, de prise de décisions où le consensus et l'adhésion sont recherchés.

Le management que je pratique se base sur le document unique de délégation, et prend appui sur le projet d'établissement qui affirme la valorisation et le soutien des professionnels au travers de :

- la reconnaissance des compétences, l'incitation à prendre des initiatives, l'autonomisation
- la participation aux différents projets
- le développement régulier de la formation continue, la participation à des colloques et conférences, l'accompagnement vers des formations qualifiantes.

Il se veut juste et équitable afin de sécuriser le personnel, mais aussi mobilisateur, lors de la conduite des divers projets et au moment des entretiens professionnels annuels (recueil des besoins de formation et des souhaits d'évolution, projection future de l'organisation). Par la mise en place du tutorat des nouveaux salariés par le personnel, j'envoie un message fort et

je montre ainsi au personnel ma confiance dans leurs compétences, leur savoir-être, leur savoir-faire et leur capacité de transmission. Cette démarche, soutenue par des actions de formation me permet d'impliquer l'ensemble du personnel et de témoigner de ma reconnaissance, source de motivation et de confiance.

La communication et le partage des informations sont assurés lors des diverses réunions institutionnelles, l'affichage et la distribution des comptes-rendus. Chaque service dispose de ses propres outils en fonction de ses besoins et spécificités (écrits, tableaux d'affichage, boîte aux lettres).

### **2.3.2 Ressources externes**

Le développement de partenariats assorti de l'ouverture sur l'environnement extérieur constitue un impératif désormais entendu pour les ESSMS. Agir en commun dans l'intérêt des personnes accueillies en visant la qualité de service rendu est devenu indispensable dans une logique de territoire qui prend en compte des réalités multiples, et permet d'apporter des réponses de proximité. L'association a inscrit les coopérations dans ses statuts et s'est toujours attachée à développer des formes de coopération au-delà des professionnels médicaux imposés par le CASF.<sup>67</sup>

Le tableau en annexe 4 recense les divers partenaires, l'objet de la coopération et le niveau de formalisation établi. L'association et l'EHPAD sont délibérément ouverts sur l'extérieur, comme en témoignent le grand nombre de partenaires et d'activités intergénérationnelles, interprofessionnelles et interinstitutionnelles, ou encore l'organisation de manifestations ouvertes au public dans le parc (vide-grenier, marché de Noël). Notre Dame de la Ferrage est un acteur économique, social et d'intégration. La structure bénéficie d'une très bonne image sur le territoire, ce qui favorise cette ouverture et lui permet de tirer profit des ressources locales dans le but d'améliorer les prestations. Il apparaît même que l'EHPAD est davantage source d'inspiration ou centre ressources pour son milieu, que l'inverse<sup>68</sup>.

Par le décloisonnement des compétences, l'établissement peut ainsi répondre aux attentes des résidents, leur permettre de participer à la vie de la cité, d'être citoyens. La variété de l'offre de services et de partenaires favorise le maintien du lien social. Au travers du partenariat avec la maison familiale et rurale, l'association participe à des formations diplômantes de l'action sociale ; elle promeut la prise en charge de la dépendance des personnes âgées et remplit ainsi sa mission d'utilité sociale.

Le partenariat médical est primordial pour un EHPAD en raison de ses activités de soins. Il s'effectue dans un climat de confiance, les médecins traitants sont investis et partagent nos

---

<sup>67</sup> Articles L314-12 et R313-30

<sup>68</sup> Rapport évaluation externe 2014. p 79

valeurs sur les bonnes pratiques de soins, et le libre choix des patients est respecté. Il contribue à la permanence des soins et au parcours de santé sans rupture. Preuve des liens forts établis localement, l'EHPAD héberge le siège social d'un pôle de santé « santélub » initié par le médecin coordonnateur de l'établissement, qui réunit un grand nombre d'acteurs de soins primaires souhaitant développer des actions spécifiques dans la vallée d'Aigues. Par ailleurs, l'EHPAD est un lieu de recherches qui a donné lieu à des publications et une présentation en colloque.

En revanche, la collaboration avec certains acteurs locaux peinent à s'établir. Avec les autres EHPAD, des connexions s'établissent ponctuellement, mais il n'existe pas de coopération formelle. Nous sommes cependant confrontés aux mêmes contraintes et au même public, et dans une optique d'innovation sur le territoire, un rapprochement avec ces établissements pourrait s'envisager.

En ce qui concerne le secteur psychiatrique et notamment le CMP (centre médico-psychologique), il apparaît que l'ouverture aux ESSMS s'avère encore difficile sur le territoire, notamment avec les personnes âgées dépendantes. Ce sont davantage des professionnels libéraux qui interviennent.

Enfin, les activités comme l'accueil de jour et l'hébergement temporaire ont engagé des liens non formalisés mais efficaces avec des acteurs de proximité (équipe APA du Conseil départemental, ESA, services d'aide à domicile, infirmières libérales, plateforme de répit), mais pas avec d'autres acteurs comme la MAIA<sup>69</sup>. Si nous voulons diversifier notre offre de services en direction du domicile, des coopérations devront se formaliser.

Malgré l'implantation ancienne et réelle, mais essentiellement communale sur le territoire, certains points pourraient être améliorés. La formalisation n'est pas toujours effective et systématique, et la signature de conventions renforcerait les liens établis, en veillant toutefois à ne pas freiner la spontanéité et la créativité. Les modes de coopération pourraient prendre une autre dimension et revêtir des formes plus avancées dans une logique de développement de l'offre, de mutualisation de moyens et de promotion de l'innovation.

### **2.3.3 Diagnostic global (méthode SWOT)**

Afin d'identifier les leviers d'action d'une stratégie prospective pour l'EHPAD, il m'est nécessaire de poser un diagnostic pluridimensionnel des ressources de l'établissement, et de les mettre en lien avec les éléments environnementaux. J'utilise pour cela la méthode

---

<sup>69</sup> Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

SWOT<sup>70</sup>. En croisant les résultats des forces/faiblesses internes et des opportunités/menaces externes, je pourrai ainsi dégager des conclusions et envisager des axes stratégiques.

A) Les points forts de l'EHPAD

- **Une identité forte et l'affirmation des valeurs** dans le projet d'établissement et les pratiques professionnelles, mais aussi la visée commune du « prendre soin ». Cela se traduit par une culture de l'écoute des personnes accueillies, de leurs familles et des salariés, dans la réponse aux besoins, la diversité des animations proposées et l'implication et la participation de tous les acteurs dans l'organisation.
- **La capacité d'adaptation** de l'association à travers l'offre de services et la mobilisation des ressources pour atteindre les objectifs du projet d'établissement. Notre Dame de la Ferrage a su saisir les opportunités (appels à projets, plans nationaux, subventions) et a montré sa faculté à conduire des projets, parfois en simultané. Entre 2012 et 2014, l'établissement a mené l'extension de sa capacité d'accueil, la création du PASA et de l'accueil de jour, les évaluations interne et externe et le renouvellement du projet d'établissement.
- **La diversification de l'offre de services** de la conception à la réalisation finale, conférant à l'EHPAD une place centrale et unique sur le territoire. La dimension humaine de la structure a été conservée, et le partage des valeurs demeure au service de la cohérence entre les diverses activités.
- **La gouvernance associative** qui, par sa présence active, son soutien, son investissement dans la conduite du projet d'établissement, sa remise en question, me permet d'exercer mes fonctions et mes responsabilités dans des conditions optimales.
- **L'ouverture sur le territoire et la notoriété** de l'EHPAD. Notre Dame de la Ferrage est un acteur historiquement connu et reconnu par les habitants et les professionnels du secteur. Il bénéficie d'une image positive et a développé un partenariat riche et diversifié, lui conférant un rôle de pôle ressources.
- **La diversité des partenariats et le rôle social** de l'EHPAD qui perpétue, tout en se renouvelant, une tradition d'ouverture sur l'extérieur au bénéfice des personnes accueillies. Il est un acteur central, dynamiseur et centre ressources pour les partenaires et au travers des échanges intergénérationnels, il favorise le lien social.
- **Le projet d'animation** est dynamique, diversifié et résolument tourné vers l'extérieur. L'implication et la cohésion des intervenants extérieurs sont particulièrement efficaces et traduisent une volonté forte de privilégier la vie et non le soin.

---

<sup>70</sup> SWOT : strengths, weaknesses, opportunities, threats qui peut être traduit par forces, faiblesses, opportunités, menaces

- Enfin, **la situation financière est saine**, ce qui permet d'envisager sereinement des actions innovantes et une certaine prise de risques, et **le climat social général est serein** et laisse entrevoir de bonnes conditions de mise en place et de collaboration avec la DUP.

B) Les points à améliorer pour l'EHPAD

- **La formalisation des projets personnalisés** est effective à l'accueil de jour et au PASA mais peine à se réaliser à l'EHPAD. Si le turn-over des salariés et la récente extension l'expliquent en partie, il subsiste une difficulté à établir et réévaluer les projets, même si, dans les faits, le personnel est à l'écoute des résidents. Une récente procédure a été mise en place pour tenter d'y remédier par une plus forte implication des infirmiers et une sectorisation des projets.
- **Le risque de fragilisation de l'organisation** en raison de la rotation plus importante des résidents (décès plus nombreux en raison de l'âge d'entrée, de l'âge moyen et de l'accentuation de la dépendance). Je dois prendre en considération cette tendance pour adapter l'organisation de manière transversale, prévenir l'usure professionnelle et maintenir la qualité de l'accompagnement, la cohésion d'équipe et l'équilibre financier de la structure.
- **La charge qui pèse sur les ressources humaines détachées à l'accueil de jour** dans les fonctions supports. La création de ce service d'une capacité de 10 places n'a pas permis l'embauche de certains postes, et des salariés ont vu leurs tâches augmenter sans compensation en termes de temps de travail (la fonction de chef de service est assurée par l'adjointe de direction).
- **Le partenariat** est nombreux et varié et constitue une vraie richesse pour les résidents. Cependant, il s'exerce de manière traditionnelle et se limite à des formes duales. Le statut de mono-établissement et la notoriété de l'établissement pourraient inciter l'association à initier des types de coopération plus avancés pour diversifier davantage l'offre de services et mutualiser des compétences.
- **La contestation est limitée** pour plusieurs raisons : l'implication forte du gestionnaire et des professionnels, l'acceptation et la compréhension des règles de tarification, la bienveillance du management. La qualité du climat social est un facteur essentiel dans un établissement mais le contre-pouvoir l'est également. La récente constitution de la DUP est une opportunité pour renforcer la participation des salariés et l'occasion pour moi, de réinterroger mes pratiques de direction. J'envisage cette collaboration en transparence, en communication et en co-construction.

C) Les opportunités et les leviers

- **La possibilité de déposer un projet expérimental ou innovant.** L'article 313-1 du CASF issu de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet aux ESSMS de soumettre aux

autorités compétentes des projets « *hors norme* » proposant « *un accompagnement, une prise en charge novateurs par rapport à l'existant.* »<sup>71</sup>

- **Les orientations du schéma départemental.** Face au vieillissement de la population et au niveau élevé de pauvreté des Vauclusiens, le Conseil départemental souhaite soutenir des projets intermédiaires entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement. L'objectif est de permettre une diversification des réponses et de respecter le choix de vie des personnes âgées par la promotion d'actions innovantes.
- **La signature d'un CPOM à l'issue de la convention tripartite.** Cet outil nous permet de valoriser nos forces, d'affirmer une stratégie de développement de l'offre de services, et d'en négocier les modalités avec les autorités de tarification.
- **Les projections démographiques** font état d'une forte progression du 4<sup>ème</sup> âge chez les Vauclusiens et donc d'un potentiel important de personnes à accueillir. Cette évolution doit se traduire par une gestion différente du parcours de ces personnes à domicile, d'autant plus que le Vaucluse est sous-équipé en EHPAD et que l'ARS PACA ne prévoit aucune création de places d'EHPAD dans les années à venir.
- **Le nombre élevé de personnes âgées dépendantes du territoire.** Un travail coopératif avec le service APA du conseil départemental a permis d'identifier le nombre et les profils des bénéficiaires de l'allocation. Les projections et études du territoire laissent envisager une progression de la dépendance et du nombre de personnes concernées, ce qui représente une opportunité de prise en charge pour l'EHPAD.
- **L'implantation et l'image positive de l'EHPAD sur le territoire** représentent des leviers pour consolider et développer des partenariats. Sa notoriété auprès de la population laisse supposer un bon accueil à une nouvelle offre de services dans le domaine gériatrique.
- **Les statuts de l'association** prévoient des missions d'aide à domicile, la coopération et le décloisonnement pour proposer des réponses de proximité aux besoins des habitants du territoire. En tant que directrice, je peux donc m'appuyer sur le projet associatif pour développer un projet tourné vers la prise en charge de personnes vivant à domicile.

#### D) Les menaces

- **Les orientations de la politique de santé régionale.** L'ARS PACA ne prévoit pas d'augmenter la capacité des établissements existants malgré un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale. Par ailleurs, l'extension de notre établissement est

---

<sup>71</sup> Circulaire DGCS 2010-434 du 28 décembre 2010 relative à la procédure d'appel à projets et d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Disponible à l'adresse : <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=39110>

récente, et une nouvelle augmentation n'est pas prévue afin de privilégier une dimension à taille humaine.

- **La faiblesse économique locale.** Le département du Vaucluse est pauvre et les personnes âgées du secteur, bien que propriétaires de leurs biens immobiliers, perçoivent de faibles revenus. Le conseil départemental est contraint d'adopter des stratégies budgétaires volontaristes ce qui peut rendre difficile l'autorisation de nouveaux projets faisant appel à des financements départementaux.
- **Les particularités du territoire vallée d'Aigues/Pertuis.** Le positionnement géographique du secteur à l'extrême sud-est du département le rend, de fait, très éloigné de la préfecture (80 kms) et de certains acteurs du champ gérontologique du département. De plus, sa proximité avec le département des Bouches du Rhône incite naturellement les habitants à se tourner vers celui-ci, ce qui peut rendre difficiles les coopérations en raison du cloisonnement administratif de certains dispositifs.
- **L'évolution du profil de la population âgée dépendante** peut représenter une menace. L'augmentation de l'espérance de vie et les aides en faveur du domicile retardent l'entrée en établissement. Ainsi, les personnes accueillies et celles demeurant à leur domicile présentent de plus en plus, une grande dépendance qui nécessite des besoins spécifiques en termes de compétences des professionnels. Le recrutement du personnel soignant reste le maillon faible des EHPAD qui sont confrontés à un manque de candidats et au turn-over du personnel. A domicile, on observe depuis quelques années, des difficultés croissantes pour trouver un médecin qui se déplace, et les cabinets infirmiers privilégient les actes techniques aux soins de nursing.

### **Enjeux stratégiques et problématique**

Les besoins des personnes âgées dépendantes et notre rôle en tant qu'EHPAD sont à prendre en compte dans un contexte territorial économiquement faible et vieillissant. Les éléments abordés dans cette partie m'amènent à dégager des enjeux à plusieurs niveaux :

Les personnes âgées dépendantes expriment fortement leur volonté de continuer à vivre dans leur domicile, ce qu'elles font la plupart du temps, malgré l'augmentation de leur perte d'autonomie, et grâce aux proches aidants et aux professionnels. C'est le plus souvent un accident ou incident de santé qui précipite l'entrée en EHPAD. Les enjeux pour elles et leurs aidants sont notamment de :

- ✓ Choisir leur lieu de vie en maintenant une qualité et un confort de vie, en conservant le plus possible des liens sociaux.
- ✓ Prévenir l'épuisement et la dégradation de l'état de santé du proche aidant.
- ✓ Retarder ou éviter l'entrée en établissement qui reste un choix conditionné et qui pèse financièrement sur les familles.

- ✓ Bénéficier d'une prise en charge individualisée à domicile dans un cadre sécurisé.

Les autorités de tarification ne prévoient pas la création de places en EHPAD et privilégient les réponses innovantes adaptées aux nouveaux besoins de la population, le tout dans un contexte économique contraint. Pour répondre aux notions de parcours et de projet de vie, les enjeux pour les financeurs consistent à :

- ✓ Assurer le respect des droits des personnes prises en charge par les services et établissements.
- ✓ Favoriser le décloisonnement des secteurs (sanitaire, social et médico-social) par la coordination des acteurs.
- ✓ Améliorer la fluidité des parcours (de vie, de soins) pour éviter les ruptures d'accompagnement et notamment les hospitalisations.
- ✓ Optimiser les ressources allouées par la mutualisation des ressources et la coopération.

L'EHPAD Notre Dame de la Ferrage peut compter sur de nombreux atouts pour répondre aux enjeux concernant la population et les autorités. En tant qu'établissement issu du milieu associatif, il participe aux évolutions sociétales, et contribue ainsi à influencer les politiques sociales. Pour l'établissement et sa gouvernance, les enjeux sont nombreux :

- ✓ Adapter ses modalités d'accueil aux besoins émergents ou non couverts, aux évolutions de la société et aux orientations politiques.
- ✓ Poursuivre une dynamique qui a fait son histoire, facteur de mobilisation et d'identité.
- ✓ Développer une offre de services attractive pour tous (population, financeurs, administrateurs, salariés).
- ✓ Transposer son savoir-faire à l'extérieur en conservant son cœur de métier.
- ✓ S'inscrire dans une logique territoriale dynamique, devenir pilote d'un dispositif ambitieux.
- ✓ Assurer sa pérennité dans un environnement de plus en plus concurrentiel.

Les enjeux de direction qui en découlent sont les suivants :

- ✓ Contribuer au développement de l'association en adoptant une conduite entrepreneuriale.
- ✓ Garantir l'éthique et les droits des usagers.
- ✓ Légitimer mon autorité, assumer mes responsabilités de directrice, m'engager dans l'action et prendre des décisions en faveur de l'association.
- ✓ Favoriser la créativité, l'innovation, promouvoir les compétences de mes collaborateurs.
- ✓ Manager le changement par une communication et une posture appropriées.

- ✓ Accompagner la diversification et l'adaptation de l'offre de services.

Un enjeu transversal apparaît ainsi clairement : tous les acteurs privés et publics, définissent leurs choix en référence à des contraintes économiques ou budgétaires, dans une volonté commune de respecter les droits et besoins de la population et de renforcer les aides apportées dans le milieu de vie ordinaire des personnes âgées dépendantes.

En tant que directrice d'EHPAD, quelles stratégies puis-je développer pour répondre à cet enjeu majeur dans un contexte en évolution permanente ? Quelles alternatives à l'institutionnalisation complète sont à inventer ?

Comme tout dirigeant du secteur de l'action sociale, je porte une responsabilité dans le champ de l'innovation et à ce titre, je peux m'engager dans une certaine prise de risques. Je suis persuadée qu'il faut dépasser le stade de l'adaptation et que la réponse à ce questionnement passe par l'anticipation, la création, la transformation de l'organisation mais aussi des mentalités. L'innovation doit s'inscrire dans un contexte, dans son époque, et sur son territoire. Ma vision concernant cette problématique actuelle se base sur mes propres valeurs et celles de l'association et se veut aussi l'expression d'une relative utopie sociale. **Ce serait permettre aux personnes âgées dépendantes de rester vivre chez elles en créant un dispositif innovant, l'EHPAD à domicile, par la mise en œuvre de moyens humains et technologiques, en coopération avec les acteurs du territoire Pertuis/Vallée d'Aigues.**

### **3 CONDUIRE UN PROJET INNOVANT : LA CREATION DE L'EHPAD A DOMICILE**

L'objectif général de ce projet repose sur le respect des droits et libertés des personnes, à savoir le libre choix de leur lieu de vie conformément à leur projet de vie. A partir de cette visée, cette dernière partie détaille les axes stratégiques nécessaires à la réalisation de l'objectif fixé. En premier lieu, concevoir cette nouvelle offre de services<sup>72</sup> suppose les étapes incontournables que sont la mobilisation autour du projet, l'élaboration d'un pré-projet, sa planification temporelle et budgétaire, et une négociation avec les autorités. Par la suite, je présenterai l'opérationnalité des axes du projet dans les domaines des ressources humaines et du management, de la coopération et de l'inscription de l'offre sur le territoire et du déploiement des moyens technologiques nécessaires. Enfin, je détaillerai le dispositif

---

<sup>72</sup> Définition de l'offre de services proposée par l'ANESM : les caractéristiques générales de l'accompagnement, prestations et activités mises en œuvre par l'établissement ou le service

d'évaluation indispensable pour mesurer la qualité de ce nouveau dispositif et son impact sur les personnes âgées dépendantes.

### **3.1 La conception et la formalisation de la nouvelle offre de services**

La loi HPST a imposé la procédure d'appels à projets pour toute création d'établissement ou service social ou médico-social. Cependant, des projets innovants peuvent faire l'objet d'un dépôt direct avec un cahier des charges allégé. Le projet de création de l'EHPAD à domicile entre dans cette catégorie puisqu'il propose de nouvelles modalités d'accompagnement qui relèvent du cadre réglementaire des EHPAD. Je l'envisage comme un service distinct rattaché à l'établissement.

Le conseil d'administration m'accorde sa confiance pour la conduite stratégique de ce projet et la formalise par la remise d'une lettre de mission. Ce document contractuel précise et délimite ma mission, ses objectifs et les prises de décision par délégation du Président. Nous convenons de positionner le projet par rapport à deux éléments forts de la vie institutionnelle, à savoir la rédaction du projet d'établissement et la fin de la convention tripartite synonyme d'élaboration d'un CPOM, prévus fin 2018 pour une effectivité en janvier 2019. Les impératifs de préparation du CPOM représentent des leviers et des opportunités pour intégrer le nouveau projet dans une dimension globale en vue de la réactualisation du projet d'établissement prévue en 2019. Je dispose ainsi de 12 mois pour mener à terme la création de l'EHPAD à domicile avec une ouverture fixée à janvier 2019.

#### **3.1.1 Impliquer et mobiliser autour du projet**

« *Le directeur est d'une manière générale celui qui conduit et anime une démarche de projet (...), le projet est une forme de management à travers l'élaboration anticipée de l'action* »<sup>73</sup>. Je souhaite élaborer une réflexion collective nourrie d'une complémentarité de compétences fédérée autour d'un engagement. Je m'attache aux premières phases de la démarche : je définis les compétences nécessaires et je constitue les instances.

##### A) La mise en place de la démarche projet

##### ➤ Définition des compétences nécessaires :

Il ne s'agit pas seulement de rassembler différents métiers ou expertises, mais aussi de conjuguer des attentes et des affinités pour constituer « *l'énergie du projet* ». Les compétences individuelles sont au service d'un collectif dynamique. Cet élan sera d'autant plus porté si je m'entoure d'un « *noyau* » d'acteurs engagés et responsabilisés dans le projet,

---

<sup>73</sup> LEFEVRE, P. op.cit. p 244

qui garantit et représente sa force<sup>74</sup>. Ces personnes ressources permettent de relayer le projet au sein de l'établissement.

Par délégation du Président de l'association, j'ai reçu la mission de piloter les projets et de prendre les décisions y afférentes. Cependant, la création de l'EHPAD à domicile est un projet à conduire sur une période longue et demande un investissement en temps qui pénaliserait mes autres fonctions de directrice. Je fais donc le choix de **recruter un chargé de mission** à mi-temps pour conduire et coordonner la démarche projet, pressenti comme futur chef de service de l'EHPAD à domicile. Durant toute la phase de préparation et jusqu'à l'ouverture du service, le chargé de mission participe aux instances et me rend compte régulièrement de l'avancement du projet, ainsi que des difficultés rencontrées.

Le projet renvoie aux missions générales de l'EHPAD, notre cœur de métier, et à son ouverture sur le territoire auprès des personnes vivant à domicile, domaine inconnu pour nous. Il est donc nécessaire que l'équipe projet réunisse des professionnels de l'EHPAD concernant le soin, la vie quotidienne, l'animation, les ressources humaines, la logistique. Pour le volet prise en charge à domicile, l'expertise de services dont c'est la mission me paraît indispensable, comme les SAAD et le SSIAD. Il est également important de ne pas réduire les réflexions aux seuls professionnels et d'y inclure des représentants des personnes accueillies et de l'association gestionnaire, qui crédibilisent la démarche auprès des résidents et du personnel, et qui équilibrent la vision d'ensemble. Enfin, la participation et l'implication des partenaires politiques des communes concernées est souhaitable afin d'ancrer le projet dans une logique territoriale.

➤ Constitution et fonctionnement des instances

Le comité de pilotage (COPIL) réunit :

- L'équipe de direction (directrice, adjointe de direction, médecin coordonnateur, IDER, responsable RH, chefs de service hôtellerie et cuisine), le chargé de mission/futur chef de service et un animateur
- Un représentant du conseil d'administration, du CVS et de la DUP
- Un représentant du CCAS de la Tour d'Aigues et de Pertuis.

Cet espace de concertation et de décision est une véritable interface entre le concept et la mise en œuvre du dispositif EHPAD à domicile. Son rôle est de veiller au bon déroulement du projet, d'être force de propositions, d'évaluer les actions et de valider les choix stratégiques. Il se réunit mensuellement pendant toute la durée du projet. Pour compléter le COPIL et élargir la réflexion, j'envisage la mise en place de quatre groupes de travail thématiques (stratégie générale, technique, partenariats/territoire, technologies)<sup>75</sup>. Le COPIL compose les groupes

---

<sup>74</sup> BELLENGER, L. *Piloter une équipe projet*, p 85

<sup>75</sup> Cf annexe 6 : tableau récapitulatif du COPIL et des groupes de travail thématiques

de travail, les thèmes et passe commande d'actions précises en lien avec les axes stratégiques définis. Pour garantir la cohérence des actions, ces groupes sont pilotés par le chargé de mission qui les anime et qui rapporte les synthèses au COPIL. La participation de services extérieurs à l'établissement est prévue dans ces groupes.

Le fonctionnement des instances est élaboré et validé par les membres selon les principes de respect (des personnes, des propositions et des règles), d'engagement, de productivité, et de présence active. La cohésion et l'efficacité seront recherchées par l'expression de tous et l'équilibre relationnel.

#### B) La communication interne par la promotion de la motivation

L'innovation peut entraîner des résistances, et je ne perds pas de vue que la motivation des acteurs est un facteur clé de la réussite d'un projet. Je choisis donc d'axer la stratégie de communication interne sur les éléments inhérents à la motivation, et sur la valorisation de l'innovation.

Lorsque le COPIL aura entériné les grands axes du projet (Cf. 3-1-2), une première communication est envisagée en direction du personnel et des membres de l'association (réunion institutionnelle et assemblée générale). Je prévois de m'appuyer sur plusieurs éléments pour poser la légitimité du projet. Tout d'abord, la présentation du diagnostic constitue une occasion de motiver le personnel qui contribue grandement aux forces de l'établissement par son implication et sa participation (identité forte, affirmation des valeurs, diversification de l'offre, implantation et notoriété de l'EHPAD). Par ce biais, je mets en valeur les notions de compétences et de culture commune, éléments importants de la motivation. Ensuite, je valorise l'histoire de Notre Dame de la Ferrage, qui a toujours su anticiper et s'adapter aux évolutions sociales avec succès. Le rappel de ce vécu institutionnel fort me permet d'aborder la notion d'innovation et aussi, de faire preuve de reconnaissance envers les acteurs, qu'ils soient bénévoles ou salariés. Enfin, la présentation du projet d'EHPAD à domicile passe par l'énoncé des éléments de contexte qui motivent la décision de s'inscrire dans un projet innovant. Si je veux mobiliser les acteurs, je dois expliquer clairement et simplement que notre mission et nos valeurs nous poussent à répondre aux attentes de la population âgée, et que l'établissement doit s'inscrire dans une démarche de développement et diversifier son offre de services dans un environnement toujours plus concurrentiel. Mon discours se veut pédagogique, rassurant, encourageant.

Pour synthétiser ma posture communicante, je reprendrai les mots de Patrick Lefèvre sur la légitimité du directeur qui « *réside dans sa capacité à intégrer le passé et penser l'avenir pour structurer le présent* »<sup>76</sup>.

---

<sup>76</sup> LEFEVRE, P. op.cit. p 227

### C) L'innovation dans le management et la conduite du changement

Conduire un projet innovant a des répercussions sur mon mode de management. Le projet bouscule un certain confort établi, il représente un changement et il implique un regard critique et un questionnement des actions. Je dois adapter ma posture de directrice, notamment au sein de l'équipe de direction, en impulsant une nouvelle dynamique à travers ce projet. Au niveau du style de management, je fais preuve de bienveillance, je respecte la personnalité et les idées des autres, je suis positive, encourageante et structurante. Je suis attentive à l'expression des résistances au changement et je cherche à les dépasser par la participation des cadres aux décisions. Je me montre également entreprenante et directive, j'ai à cœur de partager ma motivation pour ce projet, je cherche à rallier les cadres à ma vision et à leur transmettre. Je soutiens les acteurs, je promeus leur participation et le partage des expériences et des compétences, clés de la réussite du projet, et je leur donne les moyens de mettre en œuvre les phases opérationnelles.

Je veille tout d'abord et particulièrement à accompagner le futur cadre intermédiaire dans sa nouvelle fonction, (Cf. 3-1-2) et à l'intégrer dans l'équipe de direction. Puis, j'aide les cadres à accepter de renoncer à un certain confort, à des méthodes anciennes par la communication d'informations précises, par l'explication des objectifs, et en acceptant les peurs et doutes de chacun. J'encourage les cadres à se questionner, à être créatifs, et à relayer cette posture auprès de leurs équipes. Cette prise de recul est nécessaire pour modifier les représentations et les pratiques professionnelles dans un projet éloigné de notre savoir-faire traditionnel qui peut engendrer des craintes et des incertitudes. En valorisant les expériences et le potentiel créatif de chacun, en encourageant la prise de risques, je valorise les compétences de mes collaborateurs et je participe à leur responsabilisation. Au fil des étapes de réalisation du projet, je suis amenée à favoriser le leadership d'un ou plusieurs cadres, et surtout, je manifeste de la reconnaissance.

#### **3.1.2 Elaborer le pré-projet de service**

Pour faire suite aux premières phases de conception du projet, il est nécessaire d'en fixer les axes stratégiques. Pour cela, je prends appui sur l'élaboration d'un pré-projet de service qui pose le cadre de référence, définit l'organisation générale du service et donne un sens aux pratiques professionnelles. Il sera soumis au COPIL pour validation et finalisé ultérieurement, au fil de l'activité effective de l'EHPAD à domicile et avec la participation des acteurs. Il se veut un outil dynamique de définition des objectifs en matière de qualité de prestations et d'évaluation, et un outil de management et de communication pour le directeur, dans le sens où il permet la réflexion, la mobilisation et l'engagement des acteurs. La trame proposée par la recommandation de l'ANESM me semble adaptée pour définir les grandes orientations et

les axes stratégiques de l'EHPAD à domicile, au regard des éléments de contexte et du diagnostic précédemment posés<sup>77</sup>.

Missions. L'EHPAD à domicile est un dispositif porté par l'EHPAD, il doit répondre conjointement aux missions fixées aux EHPAD et aux statuts et missions posés par l'association. Il s'agit **d'accompagner les personnes dépendantes et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale** comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin. En ce qui concerne l'association, (les missions sont détaillées en partie 2), il faut y ajouter : des formes d'aides à domicile, la réponse aux besoins sociaux émergents ou non satisfaits, et l'instauration de coopérations externes afin d'organiser une réponse coordonnée de proximité dans un objectif de continuité et de décloisonnement.

- ✓ Objectifs : apporter une réponse adaptée à de nouveaux besoins et aux attentes de la population, à savoir, permettre aux personnes âgées dépendantes de rester vivre chez elles dans de bonnes conditions.

Public visé. Toute personne âgée dépendante de plus de 60 ans vivant à domicile, seule ou en couple, et souhaitant rester vivre chez elle. Le projet de service veille à prendre en compte le parcours et l'entourage direct de la personne accueillie. Pour cela, il faut élaborer le projet personnalisé en favorisant l'expression et la participation, définir les modalités de transmission des informations, associer l'entourage direct et permettre le maintien des liens familiaux et amicaux.

Les modalités d'expression et de participation des bénéficiaires du service EHPAD à domicile et de leur entourage, sont celles déployées par l'EHPAD : CVS, commissions, enquêtes de satisfaction.

- ✓ Objectifs : respecter le libre choix des personnes et de leur entourage - soulager les aidants - garantir l'expression et la participation - promouvoir la dimension de parcours.

Nature de l'offre de services. Le principe de **la prise en charge globale et continue** de l'EHPAD est conservé avec des aménagements au niveau de l'hébergement puisque les personnes demeurent dans leur domicile. Les prestations conservées sont :

- le soin : nursing, prise du traitement, soins courants, coordination avec les professionnels libéraux
- la prise en charge psychologique : déplacement de la psychologue à domicile selon demande

---

<sup>77</sup> *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service.* Recommandation ANESM

- la restauration : les 2 repas principaux préparés à l'EHPAD sont livrés par les salariées intervenantes, aide-soignante ou agent hôtelier
- l'animation : participation aux activités et sorties organisées par l'EHPAD (déplacement assuré par le chauffeur de l'accueil de jour) ou activité personnalisée au domicile (déplacement de l'art-thérapeute ou de l'animateur à domicile)
- l'hôtellerie (prestations d'entretien de l'espace de vie, du linge personnel, courses si besoin).

L'élément important dans la mise en œuvre de l'offre de services est **la coordination** afin d'assurer une cohérence des actes et des prestations, et cela, à un triple niveau : avec la personne âgée et son entourage familial, avec les professionnels de soins extérieurs, et au niveau du service (organisation du travail, moyens humains et matériels).

La continuité de la prise en charge passe également par une **modalité d'intervention la nuit** et par l'installation de **moyens technologiques spécifiques**. Plusieurs pistes sont envisagées à ce stade : un système d'astreinte, une garde itinérante de nuit mutualisée avec d'autres établissements, un système technologique relié à l'EHPAD, seul ou en complémentarité à l'une ou l'autre option. **Le recours à une chambre d'urgence** au sein de l'EHPAD est prévu lorsque la situation l'exige et pour éviter une hospitalisation (par exemple, la défaillance subite du conjoint ou l'impossibilité d'occuper le logement).

- ✓ Objectifs : préserver l'autonomie par des prestations et une prise en charge globale, continue et coordonnée – garantir la cohérence des prestations et des différents volets du projet de vie par une coordination efficace - favoriser le lien social.

Organisation interne. L'établissement est organisé en quatre pôles, auxquels il faut ajouter l'accueil de jour. L'EHPAD à domicile constitue un service rattaché directement à la direction et placé sous son autorité. Le chef de service a autorité hiérarchique sur les aides- soignants et les agents hôteliers, il est responsable de l'organisation, de la coordination et du contrôle des activités de soins. Il travaille en collaboration avec les autres services.

Les conditions d'accueil revêtent un caractère différent et inversé puisque c'est la personne qui accueille le personnel à son domicile. Il n'en demeure pas moins que la fonction accueil de l'offre de services doit être formalisée par un ou plusieurs entretien(s) de préadmission au domicile ayant pour but : le recueil des attentes, l'élaboration du projet de vie multidimensionnel, l'évaluation en termes de sécurité, prévention des risques et ergothérapie, la remise et l'explication des documents obligatoires (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés), l'élaboration du contrat de séjour. L'écriture du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour est prévue dans un groupe de travail thématique.

La commission d'admission de l'EHPAD déjà en place vérifie l'adéquation du projet personnalisé et des conditions de vie avec le projet de service avant de se prononcer sur l'admission.

Des moyens matériels sont nécessaires pour livrer les repas (sacs isothermes spécifiques) et assurer le transport des personnes à l'EHPAD pour les animations (mutualisation possible du véhicule utilisé pour l'accueil de jour). Au sein de l'EHPAD, il est à prévoir des lieux et matériels logistiques de base dédiés au nouveau service (mutualisation ou investissement). Une chambre d'urgence est prévue dans le dispositif (l'actuelle chambre d'hôtes pour les familles devra être mise aux normes).

- ✓ Objectifs : mettre en place une organisation adaptée et personnalisée dans le respect des droits de la personne âgée (vie privée, intimité, sécurité, information).

Principes d'intervention des pratiques professionnelles. Ils se basent sur les valeurs associatives, une éthique commune, et le respect des droits des personnes (Cf. partie 2), renforcés par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles généralistes et spécifiques aux EHPAD. Ces éléments doivent être partagés entre tous les professionnels intervenant dans ou hors l'EHPAD. C'est la traduction de ces principes dans certaines pratiques professionnelles qui s'ajuste dans le cadre de la nouvelle offre de services. Ainsi, le projet de service veille particulièrement à adapter ses principes d'intervention aux modalités du domicile ; au niveau de la sécurité de lieux privés et non d'un établissement recevant du public, et de la prévention de la maltraitance qui s'étend à l'entourage de la personne vivant au domicile. Il me semble nécessaire de prendre en compte des recommandations spécifiques<sup>78</sup> et des publications récentes<sup>79</sup> en complément de celles en vigueur au sein de l'EHPAD.

Les interventions des professionnels reposent également sur la prise en compte d'un paradoxe déjà évoqué, à savoir le nécessaire équilibre entre la liberté/la prise de risques et la sécurité. La sécurité, ou plutôt le sentiment de sécurité, est facilitée entre les murs de l'EHPAD par l'application de normes de sécurité et la présence permanente de personnel. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre d'autres alternatives dans le projet d'EHPAD à domicile. La présence de personnel en continu n'est pas envisageable pour des raisons logistiques et budgétaires évidentes. D'autres moyens sont à mettre en place (système d'astreinte et moyens techniques et technologiques) pour assurer une sécurité maximale, même s'il demeure certain qu'atteindre le degré zéro des risques est impossible. Les divers professionnels doivent à cet effet, être accompagnés afin d'accepter la prise de risques mesurée et adaptée.

---

<sup>78</sup> *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées (volet domicile).* ANESM, 2016. *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes.* ANESM, 2012

<sup>79</sup> *Soutien des aidants non professionnels.* ANESM, 2015

- ✓ Objectifs : harmonisation et partage des principes d'intervention avec les professionnels du nouveau service - intégration de principes spécifiques à la nouvelle activité - gestion adaptée des paradoxes.

Professionnels et compétences. Pour répondre aux missions fixées pour l'EHPAD à domicile, les compétences de professionnels « traditionnels » de l'établissement sont à mobiliser. L'équipe du futur service peut se diviser ainsi : des professionnels « permanents », et une mutualisation de professionnels de l'EHPAD et de l'accueil de jour avec ou sans augmentation de leur temps de travail. Le chef de service de formation infirmier est à temps plein, son poste se divise à parts égales entre une fonction de cadre/coordonnateur et d'infirmier.

Concernant le personnel soignant, le calcul des ETP est une moyenne des ratios d'encadrement de l'EHPAD et du SSIAD (remplacement compris), soit 1 ETP pour 4 places, ce qui représente 2,5 ETP d'aides-soignantes/AMP. Pour les agents hôteliers, le calcul des ETP se base sur l'EHPAD, soit 2,1 ETP.

Un système d'astreinte de nuit est à prévoir pour garantir la permanence de la prise en charge soignante. L'équipe infirmière de l'EHPAD et le chef de service se partagent les astreintes de nuit.

Emplois	Personnel permanent	Personnel EHPAD
Direction		X
Médecin coordo		+ 0,05 ETP
Psychologue		+ 0,08 ETP
IDE (4,9 ETP)		astreintes
Responsable RH		X
Animateur		X
Chauffeur		X
Chef de service	1 ETP	
Infirmier		
AS/AMP	2,5 ETP	
Agents hôteliers	2,1 ETP	
TOTAL		5,73

La dynamique du travail d'équipe et les moyens de communication et de soutien aux professionnels requièrent une attention particulière. Le mode d'intervention « hors institution » contraint les salariés à exercer seuls, loin de leurs collègues et de l'équipe. Des risques inhérents au travail à domicile sont à repérer, et des moyens précis sont à mettre en place pour prévenir ces risques qui concernent principalement les professionnels peu qualifiés ou peu formés. Je dois donc veiller à promouvoir un management de proximité et mettre en place divers moyens visant à soutenir les aides-soignants et les agents hôteliers dans leurs pratiques : transmissions, réunions, analyses de pratique, formations. Par ailleurs, la

nécessité d'équiper les domiciles de moyens technologiques pour assurer une prise en charge en continu nécessite une formation à l'utilisation de ces moyens.

- ✓ Objectifs : mobiliser des compétences adaptées à la particularité de l'EHPAD à domicile – constituer, manager et coordonner une équipe – développer une gestion des risques spécifiques.

Ancrage de l'activité dans le territoire. Pour proposer une offre de proximité efficace, il est nécessaire de délimiter une zone d'activité correspondant aux lieux d'habitation des bénéficiaires. Le projet nécessite des déplacements pluriquotidiens de personnel vers les domiciles et vers l'EHPAD. Un équilibre est donc à trouver pour que les temps de déplacements soient optimisés, et pour que la zone d'activité ait un potentiel d'accueil important pour être viable. Dans un premier temps, dans une phase d'expérimentation du projet, je proposerai au COPIL de limiter le territoire d'intervention à la Tour d'Aigues (lieu d'implantation de l'EHPAD) et à Pertuis, situé à 5 kilomètres. Ces deux villes comptabilisent 23000 habitants et 300 bénéficiaires APA (voir tableau en annexe 2).

L'établissement bénéficie de nombreux partenariats. Concernant l'EHPAD à domicile, certains sont à solliciter et à renforcer, et d'autres à créer. Une action importante est à mener pour repérer les partenaires, les fédérer autour du projet et formaliser les formes de coopération.

Enfin, le nouveau dispositif doit être lisible pour tous les habitants et professionnels concernés par la gérontologie sur le territoire. Cela suppose l'élaboration d'une stratégie de communication adaptée.

- ✓ Objectifs : développer des prestations de qualité – favoriser le décloisonnement et la coopération des acteurs – enrichir les pratiques professionnelles.

L'élaboration des grandes lignes du projet de service me permet de fixer les axes stratégiques à mettre en œuvre pour la réalisation du projet :

- **Constituer, fédérer et intégrer une équipe à domicile.**
- **Coopérer avec les partenaires et inscrire l'offre de services sur le territoire.**
- **Sécuriser les personnes au domicile et assurer un relais permanent avec l'EHPAD par des moyens technologiques.**

### 3.1.3 Planifier et budgétiser le projet

- La mise en œuvre de L'EHPAD à domicile repose sur **la création de 10 places** dans un premier temps. Le délai total de réalisation du projet s'étend sur 3 années. L'année 2018 est consacrée à la phase préparatoire du projet ; la prise en charge effective des usagers et la montée en puissance du service sont prévues pour 2019, et l'objectif de pleine occupation est fixé fin 2020. Il semble raisonnable de prévoir un taux d'occupation de 70% en moyenne pour

la première année. **Le diagramme de Gantt en annexe 7** permet de visualiser la temporalité du projet et l'avancement des différentes tâches.

- L'élaboration du budget d'exploitation et d'investissement se réalise en deux temps. Conformément à la nouvelle logique de tarification basée sur les recettes, je cherche à déterminer les ressources attribuables au projet, puis j'établis un prévisionnel de dépenses par groupes fonctionnels.

Ma première démarche, pour avoir un ordre d'idées sur les ressources nécessaires, est d'étudier des projets similaires.

En 2014, l'ARS de Belfort a lancé un avis d'appel à projets pour la création d'un EHPAD à domicile avec un cahier des charges relativement bien détaillé sur les modalités de tarification.<sup>80</sup> (Un contact avec l'ARS m'a indiqué que ce projet ne s'est pas concrétisé, faute de réponses).

La fondation « partage et vie », reconnue d'utilité publique, a lancé en 2013, le dispositif m@do (maison de retraite à domicile), qui s'appuie sur une plateforme de téléassistance et d'écoute. Ce service propose un accompagnement et des soins dans les gestes essentiels de la vie, une garde itinérante de nuit 24h/24 et un équipement domotique<sup>81</sup>.

Ensuite, je me suis basée sur les résultats du compte administratif de l'EHPAD qui détaille les montants des sections soins, dépendance et hébergement.

Pour affiner la construction du budget soins, j'ai rencontré la coordonnatrice du SSIAD local et consulté les résultats d'une étude ministérielle sur le coût de la prise en charge des patients en SSIAD.<sup>82</sup>

Enfin, le montant moyen des plans d'aide APA à domicile m'a été communiqué par le service ingénierie de la direction Personnes Agées/Personnes Handicapées du Conseil départemental.

Le comparatif des coûts des différentes solutions (exprimés en euros) apparaît dans le tableau ci-dessous :

---

<sup>80</sup> Disponible à l'adresse :

[http://www.territoiredebelfort.fr/sites/default/files/atoms/files/2014\\_appel\\_a\\_projet\\_pour\\_la\\_creation\\_de\\_20\\_places\\_dehpad\\_a\\_domicile\\_sur\\_le\\_territoire\\_de\\_belfort\\_0.pdf](http://www.territoiredebelfort.fr/sites/default/files/atoms/files/2014_appel_a_projet_pour_la_creation_de_20_places_dehpad_a_domicile_sur_le_territoire_de_belfort_0.pdf)

<sup>81</sup> *Le secteur médico-social, comprendre pour mieux agir*, ANAP, p45-46, disponible à l'adresse :

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/le-secteur-medico-social-comprendre-pour-agir-mieux/>

<sup>82</sup> *Les patients en SSIAD, le coût de leur prise en charge et ses déterminants*, URC éco IDF, Ministère du travail, 2009. Disponible à l'adresse : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf>

	<b>SOINS</b>	<b>DEPENDANCE</b>	<b>HEBERGEMENT</b>	<b>TOTAL/an/place</b>
Appel à projets ARS Belfort	15000	9500	18250	42750
M@do	12500	18250		30750
EHPAD ND de la Ferrage	13673	5970	25573	45216
Domicile	10660 (SSIAD)	4359 (APA domicile)	indéterminé	indéterminé

Le concept d'EHPAD à domicile se veut une réponse adaptée à la volonté des personnes âgées de rester vivre chez elles. Il doit néanmoins s'inscrire dans un contexte économique contraint, tenir compte des orientations budgétaires des tarificateurs et veiller à laisser un reste à charge acceptable pour les usagers.

Dans la phase de négociation avec les autorités, et pour favoriser leur acceptation, il est important que les prévisions ne soient pas supérieures aux coûts actuels, en sachant que les investissements en immobilisations sont très réduits par rapport à un établissement classique, d'autant plus que l'EHPAD support existe déjà.

- **La section d'exploitation du budget prévisionnel et les éléments de calcul** sont présentés en annexe 8.

Pour déterminer les charges d'exploitation courantes et de personnel, je me suis appuyée sur les budgets de l'EHPAD et du SSIAD.

Pour les charges de personnel, les salaires sont calculés selon la grille de salaires de la convention collective 51, remplacements et prime compris. Les investissements sont basés sur des devis estimatifs.

Le budget annuel de fonctionnement de cette première prévision budgétaire est 321902 € avec la répartition suivante pour une création de 10 places :

	<b>Soins</b>	<b>Dépendance</b>	<b>Hébergement</b>	<b>TOTAL</b>
Coût fixe par place	15 208	5 937	11045	32 190
Frais supplémentaires	Equipement technologique		Entre 40 €/mois et 60€/mois	
	Diagnostic ergothérapeute			

Le coût annuel par place est inférieur à celui de l'EHPAD de 28%. Le tarif hébergement est diminué de plus de la moitié par rapport à un accueil en EHPAD, ce qui avantage les personnes âgées et leurs familles, mais aussi l'aide sociale départementale. Si des financements complémentaires sont trouvés pour l'équipement technologique et l'adaptation du logement (Cf. 3-2-3 B), le reste à charge des bénéficiaires pourra être diminué.

Des marges de manœuvre peuvent être réalisées pour la section soins qui demeure plus élevée qu'en EHPAD ou en SSIAD, en raison du coût élevé des astreintes de nuit (37595 €) pour un faible nombre de places. Les pistes à envisager sont :

- une négociation avec l'ARS, et en collaboration avec le SSIAD, une mutualisation de ces astreintes avec le SSIAD qui dispose de 70 places, afin d'en réduire le coût et d'étendre ce service à d'autres bénéficiaires.
- la réalisation des astreintes de nuit par des aides-soignantes, ce qui allégera les charges de personnel.

#### **3.1.4 Négocier le projet innovant avec les autorités et préparer le CPOM**

Les autorités de tarification compétentes pour le projet d'EHPAD à domicile sont l'ARS PACA et le Conseil départemental du Vaucluse. A ce stade de réalisation du projet, je ne peux pas rencontrer le délégué territorial du département de Vaucluse de l'ARS. En revanche, le directeur de la « direction Personnes Agées – Personnes Handicapées » du Conseil départemental m'accorde un entretien pour que je lui présente le projet. Lors de cette rencontre, je m'appuie sur trois éléments forts (dont deux issus de la loi ASV) qui représentent de véritables opportunités pour le projet :

- Le schéma départemental autonomie 2017-2022 en cours de préparation dont les trois orientations principales sont :
  - Mieux repérer les besoins de compensation.
  - Adapter les dispositifs par une meilleure articulation et un décloisonnement des secteurs.
  - Apporter des réponses innovantes.

Parallèlement, la collectivité territoriale a signé une convention pluriannuelle (2016-2019) avec la CNSA qui vise notamment les services de soutien à domicile (prévention, aide aux aidants, qualité de service) et la promotion de l'innovation.

- La signature des CPOM avec les EHPAD qui démarre en 2017 avec le soutien de la CNSA.
- Le programme 2016-2018 de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie du Vaucluse.

L'arrêté du 3 mars 2017 fixe le contenu du cahier des charges du CPOM pour les ESSMS<sup>83</sup>. A l'issue d'un diagnostic partagé, les objectifs et les moyens sont fixés, ainsi qu'un calendrier de réalisation et des indicateurs d'évaluation, en respectant les règles de formalisation. L'établissement doit y présenter ses atouts et axes d'amélioration. En plus de la détermination des forfaits globaux (soins et dépendance), il est prévu la possibilité de demander des financements complémentaires dans les deux domaines.

---

<sup>83</sup> Disponible en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/3/3/AFSA1619718A/jo>

Pour la partie consacrée au projet innovant, je dois adopter une stratégie pour convaincre l'autorité de s'engager, en sachant que ce type de négociation est, de fait, déséquilibrée. J'identifie les opportunités et les menaces susceptibles de peser sur les échanges. La direction générale et la direction Personnes Agées-Personnes Handicapées du Conseil départemental prônent l'innovation et la coordination des actions, et la défendent dans la mise en place du schéma départemental. Je compte m'appuyer sur ce positionnement favorable, le partager avec les représentants de l'autorité, et montrer que l'EHPAD à domicile en représente une bonne déclinaison. En revanche, le budget du département est contraint, et je dois démontrer les avantages budgétaires de l'EHPAD à domicile par comparaison avec le coût des places en EHPAD, et en référence aux montants de l'APA (domicile et établissement).

Je fais tout d'abord part du diagnostic multidimensionnel réalisé (projections démographiques, attentes du public, implantation sur le territoire, forces de l'établissement). Je m'attache à mettre en valeur l'identité forte de l'établissement, sa notoriété et sa santé financière. Je présente ensuite les grandes lignes et le budget prévisionnel du projet en mettant en avant les axes d'ouverture sur le territoire et d'élaboration de coopérations.

### **3.2 La mise en œuvre des axes stratégiques par un plan d'actions**

Le premier levier stratégique qui conditionne la mise en œuvre efficace du projet est le management et la gestion des ressources humaines du service. Vient ensuite la coopération avec les acteurs du territoire qui s'accompagne d'une stratégie de lisibilité de l'offre. Enfin, il convient d'assurer la sécurisation des lieux de vie, ce qui passe par le déploiement de moyens technologiques.

#### **3.2.1 Constituer, fédérer et intégrer une nouvelle équipe à domicile**

Il me semble nécessaire de rappeler ce que sont une équipe et le travail en équipe. L'équipe revêt plusieurs significations : « *espace de communication, lieu d'identité et d'appartenance, élément dynamique qui tisse les échanges entre professionnels (...) qui constitue (...) la compétence collective* »<sup>84</sup>. Ce sont l'engagement et la responsabilisation des acteurs qui forment la base du travail en équipe, garantissant ainsi une unification des pratiques et une qualité des interventions auprès des usagers. L'articulation entre compétences individuelles et collectives constitue un enjeu managérial important pour les cadres.

##### **A) La stratégie de recrutement**

Certains postes sont indispensables au fonctionnement de l'EHPAD à domicile mais ne nécessitent pas un temps de travail important. Je peux ainsi proposer aux salariés et aux

---

<sup>84</sup> LEFEVRE, P. *Guide du directeur*, p 292 et 295

autorités, l'augmentation de certains temps de travail, ce qui évite des recrutements : médecin coordonnateur (+0,05 ETP), psychologue de l'EHPAD ou de l'accueil de jour (+0,08 ETP). D'autres fonctions sont remplies à moyen constant, par mutualisation des professionnels exerçant déjà au sein de l'EHPAD. C'est le cas pour la direction, les animateurs, les art-thérapeutes, les cuisiniers, le chauffeur de l'accueil de jour.

J'envisage une stratégie de recrutement mixte afin de constituer une équipe associant personnel de l'EHPAD et nouveaux salariés. La culture et les valeurs de l'établissement doivent être transmises à du personnel extérieur riche d'expériences antérieures, ceci dans une visée commune de l'action à mener. Au vu de la taille de l'équipe, il n'est pas prévu de faire appel à un cabinet de recrutement.

- Elaborer la fiche de poste du chargé de mission pressenti comme futur chef de service.

Certains membres du COPIL y participent : directrice, responsable RH et IDER. Pour définir son profil, je propose de nous appuyer sur celui des gestionnaires de cas exerçant dans les MAIA<sup>85</sup>, et celui des infirmiers coordonnateurs en EHPAD ou SSIAD<sup>86</sup>. Une formation initiale d'infirmier me semble à privilégier pour répondre aux principales missions de ce poste. L'expertise d'un infirmier dans le domaine des soins peut garantir la cohérence du parcours et faciliter la coordination avec les professionnels médicaux libéraux qui interviennent au domicile des personnes. La fiche de poste du chef de service figure en annexe 5.

- Rédiger l'annonce. La responsable RH s'en charge puis je la valide.

- Communiquer et rechercher en interne. Concernant tous les postes à pourvoir pour ce nouveau service, ma stratégie repose sur un management individualisé, la prospection interne et la mobilité. Ce positionnement permet le développement de l'autonomie et des compétences des salariés et favorise la motivation et la fédération autour du projet. Cela implique notamment de :

- Informer l'ensemble des salariés ainsi que le pool de remplaçants des postes à pourvoir lors de la présentation du projet en réunion institutionnelle et par affichage interne (obligation légale)

- Exploiter les données existantes et repérer les potentiels des salariés en collaboration avec la responsable des ressources humaines et les chefs de service (entretiens professionnels, dossiers personnels) pour effectuer des propositions individuelles.

- Communiquer et rechercher en externe. Ma stratégie d'ouverture nécessite de surmonter la double difficulté du manque d'attractivité pour le secteur des personnes âgées et pour celui de

---

<sup>85</sup> Arrêté du 16 novembre 2012 modifiant l'arrêté du 8 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

<sup>86</sup> *Quid de l'infirmière coordinatrice en EHPAD ou en SSIAD*, 2014, cadre de santé.com. Disponible à l'adresse : <https://www.cadredesante.com/spip/emploi/article/quid-de-l-infirmiere-coordinatrice-en-ehpad-ou-en-ssiad>

l'aide à domicile. Malgré la bonne image dont bénéficie l'établissement, je dois définir des actions à plusieurs niveaux :

- Etudier les candidatures spontanées reçues à l'EHPAD
- Collaborer avec la référente Pôle Emploi « services à personne » pour étudier les profils des demandeurs d'emploi intéressés
- Renforcer la coopération avec les lieux de formation du territoire (la maison familiale et rurale qui prépare au DEAES<sup>87</sup>, et l'institut de formation des aides-soignantes de l'hôpital local) par des actions de présentation et d'information sur la création de l'EHPAD à domicile.
- Procéder au recrutement. A ce stade, je différencie le recrutement du chef de service des autres personnels. Conformément à la procédure définie par l'association, l'étude des candidatures et le recrutement d'un cadre intermédiaire sont effectués par une commission comprenant le Président, moi-même, l'adjointe de direction et la responsable RH. Lorsque le chef de service sera recruté, il participera aux recrutements des personnels sous son autorité.

B) La participation des salariés à l'élaboration des outils, de l'organisation et de la prévention des risques

C'est par un travail collaboratif et pluridisciplinaire que cette phase d'élaboration du projet doit être conduite. L'objectif est d'impliquer les salariés et de développer une cohésion d'équipe. Le projet d'établissement, les outils déjà en place et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) servent de bases de travail à l'élaboration des moyens nécessaires au fonctionnement du futur service.

- Le pré-projet de service fixe les grandes lignes mais son élaboration finale ne pourra être réalisée qu'au terme de plusieurs mois d'activité avec le personnel en poste et les personnes accueillies par le service.
- Les autres outils issus de la loi 2002-2 (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, participation) nécessitent une adaptation au regard des missions et du fonctionnement de l'EHPAD. Le groupe « stratégie générale » est en charge de cette tâche. Par exemple, l'enquête de satisfaction est obligatoire pour les bénéficiaires de services à domicile, mais il me semble intéressant de leur proposer d'intégrer le CVS de l'EHPAD.
- La conception des outils liés au processus d'accompagnement : procédures d'admission et de sortie du dispositif (critères/limites, entretiens), constitution et fonctionnement de la commission d'admission, procédure pour l'élaboration et le suivi des projets personnalisés. Le groupe « technique » doit également définir les outils de base du fonctionnement et de l'organisation, même s'ils évolueront probablement au fil de l'activité du service. Il s'agit

---

<sup>87</sup> Le DEAES : diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social, remplace le diplôme d'auxiliaire de vie et celui d'AMP

des modes de transmissions orales et écrites, des réunions (fréquence, participants), de la planification des interventions.

- Impulser une démarche de diagnostic et de prévention des risques. Outre son caractère obligatoire, cet axe me paraît particulièrement important au vu de l'éloignement du personnel lors des interventions. Il permet de mobiliser l'équipe autour de la qualité de vie au travail et de la qualité de l'accompagnement. A ce stade du projet, la démarche ne peut être complète puisque les interventions n'ont pas commencé. Les deux premières étapes peuvent néanmoins débiter : la structuration de la démarche et le pré-diagnostic<sup>88</sup>. Pour avoir une vision stratégique, mais aussi des apports techniques précis, les deux groupes de travail précédemment cités participent à la démarche, en collaboration avec la référente prévention des RPS de l'établissement et un représentant de la DUP. Les professionnels peuvent s'appuyer sur des publications dédiées à la prévention des risques du secteur de l'aide à domicile, et sur des partenaires avec lesquels nous sommes déjà en lien comme l'UNIFAF, la CARSAT, le service de santé au travail pour planifier la démarche, constituer les indicateurs et se projeter sur les situations de travail.

### C) La motivation et la fédération de la nouvelle équipe

Les précédentes étapes ont permis de poser les bases du fonctionnement de l'équipe, mais des procédures et un management adaptés restent à définir pour parvenir à unifier et fédérer ce groupe et l'intégrer pleinement à l'établissement.

- Favoriser la cohésion et l'intégration de l'équipe par le partage des valeurs et de la culture de l'établissement. Il convient ainsi de mettre en place :
  - une stratégie d'accueil et d'intégration (accueil par la directrice et le chef de service, rencontre avec la responsable RH, remise de documents, informations diverses, visite de l'EHPAD et de l'accueil de jour, période de travail en binôme au sein de l'EHPAD).
  - la participation des nouveaux salariés au groupe de travail technique sur les modes d'organisation et les procédures.
  - des transmissions orales et écrites formalisées (cahier de transmission consultable par tous les intervenants, temps de transmission et de coordination quotidien au sein de l'EHPAD entre le chef de service, les aides-soignantes et les agents hôteliers). L'échange des informations et événements permet de veiller à la cohérence et à la complémentarité des actions, d'adapter la prise en charge, de communiquer, de partager et réguler les pratiques professionnelles.

---

<sup>88</sup> Les autres étapes sont : l'identification des facteurs de risques par un diagnostic partagé, l'élaboration d'un plan d'actions et le suivi du plan d'actions.

- une réunion d'équipe mensuelle élargie à la directrice, au médecin coordonnateur, à la responsable RH et au psychologue afin de coordonner et partager les informations avec l'EHPAD et l'accueil de jour.
- la mission de coordination du chef de service comme garant de la mixité des cultures du sanitaire et du médico-social (le soin et le prendre soin).
- un management de proximité qui fait le lien entre l'équipe de terrain, l'équipe de direction et le reste du personnel.
- une stratégie visant à inciter les membres de l'équipe EHPAD à domicile à se présenter aux prochaines élections professionnelles.

➤ Un management basé sur l'éthique et les bonnes pratiques

Les salariés qui accompagnent au quotidien les personnes à leur domicile exercent en autonomie et sont confrontés directement à leur intimité et leur vulnérabilité. Questionner l'éthique de manière régulière lors des réunions d'équipe permet de responsabiliser les professionnels, de les rassurer, de donner un sens commun aux pratiques et de renforcer les relations de confiance entre les acteurs<sup>89</sup>. La référence aux guides de bonnes pratiques publiés par l'ANESM doit s'enrichir d'autres thématiques spécifiques déterminées par les modalités de la nouvelle offre de services. Je pense notamment à « Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées (volet domicile) » (2016), « L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des public adultes » (2012), et « Soutien des aidants non professionnels » (2015).

➤ Développer les compétences et soutenir le personnel

- Le nouveau service est intégré au plan de formation prévisionnel 2018 et peut prétendre aux formations classiques d'adaptation au poste de travail et de développement des compétences. La participation à des formations avec le personnel de l'EHPAD concourt à l'intégration des salariés et au partage d'un sens commun. Il me semble cependant nécessaire de réfléchir à des actions de formation en lien direct avec les missions de l'EHPAD à domicile et la démarche de prévention des risques précédemment abordée. Je charge la responsable RH de réaliser un premier travail de recherche d'organismes et de formations adaptés pour les professionnels intervenant à domicile. Il s'agit par exemple de la gestion du paradoxe prise de risques/liberté individuelle, de la collaboration avec les familles ou du management et du soutien des équipes.
- Le soutien des professionnels peut prendre la forme de groupes réguliers d'analyse des pratiques en présence du psychologue de l'établissement (rencontre trimestrielle). Les

---

<sup>89</sup> *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, synthèse, ANESM

attendus de cet outil managérial sont multiples : connaître les actions (qui seront évaluées par la suite), développer des compétences, prendre du recul par rapport aux interventions, définir des règles d'échanges entre les professionnels, améliorer la qualité du travail<sup>90</sup>.

Comme support de ces groupes d'analyse, le chef de service peut s'appuyer sur les principaux risques identifiés par l'ANESM en matière d'interventions à domicile : hypertrophie du référentiel métier au détriment de l'approche globale, confrontation à des situations de vulnérabilité sans contrôle direct de la hiérarchie, stagnation ou dérive des pratiques en l'absence d'un partage avec les pairs<sup>91</sup>.

### **3.2.2 Coopérer avec les partenaires et inscrire l'offre sur le territoire**

Le développement d'une nouvelle offre de services sur un territoire passe nécessairement par des stratégies de coopération et de lisibilité. Notre Dame de la Ferrage bénéficie d'une bonne notoriété et entretient déjà de nombreux partenariats, dont certains sont à renforcer et formaliser dans le cadre de l'EHPAD à domicile. La participation de partenaires dans les groupes de travail est le premier signe de la volonté d'ouverture de ce projet sur le territoire. Le concept de l'EHPAD à domicile étant encore très novateur, il doit également s'accompagner d'un travail d'explication et de promotion. Je suis à l'initiative de ce projet, je crois en sa réussite, et je souhaite partager mon enthousiasme avec l'ensemble des acteurs. Pour cela, je m'appuie sur les actions suivantes :

#### **A) Identifier et contacter les acteurs du territoire**

Les portes d'entrée avec les partenaires potentiels sont multiples : le projet en lui-même et les ressources externes dont il a besoin, le territoire et les enjeux des différents acteurs qui le composent, les partenaires et les formalisations existant au sein de l'EHPAD.

Cette action de longue haleine nécessite de s'amorcer dès le début de la démarche. Un groupe de travail « partenariats/ territoire » est plus particulièrement chargé de cet axe. Sa feuille de route se décline ainsi :

- Identifier les instances issues des politiques publiques et étudier l'opportunité d'y participer : Projet Régional de Santé PACA 2018-2022, Schéma départemental de l'autonomie 2017-2022, Conférence des financeurs du Vaucluse, tables stratégiques et tactiques de la MAIA du territoire.
- Recenser tous les acteurs du territoire concernés par le champ gérontologique au sens large. Il s'agit de l'ensemble des professionnels, services, établissements, associations et collectivités des champs sanitaire, social et médico-social.
- Cibler les acteurs susceptibles d'orienter et/ou de proposer la prise en charge EHPAD à domicile : centre hospitalier, services de soins et de réadaptation, professionnels de santé

---

<sup>90</sup> LEFEVRE, P. Promouvoir les ressources humaines en action sociale et médico-sociale, p 173

<sup>91</sup> *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, p 47. ANESM

libéraux, plateforme Territoriale d'Appui, hospitalisation à domicile, CLIC, équipe APA du conseil départemental, CCAS.

- Définir et diffuser des moyens de communication à destination de tous les acteurs du territoire (courrier, invitation à une réunion de présentation...).
- Expliquer et promouvoir l'offre auprès de ces acteurs en lien direct avec le projet (présentation dynamique et interactive, brochure de présentation...).

#### B) Développer des formes de coopération

L'enjeu pour l'EHPAD est de conforter sa position et sa légitimité sur le territoire et d'assurer son développement par la diversification de son offre de services. En premier lieu, il convient de définir les objectifs communs des coopérations, qui seront utilisés ultérieurement dans la démarche d'évaluation. Il s'agit d'apporter une réponse pertinente aux besoins, de proposer une prise en charge globale de qualité, de faire connaître le dispositif à la population, d'assurer l'activité du service et un taux d'occupation efficient. Chaque partenaire doit trouver un intérêt à participer au projet.

Les partenariats visés peuvent être déclinés en trois groupes :

- ✓ Les partenariats liés directement à la prise en charge médicale.

Des professionnels médicaux et paramédicaux interviennent en amont de l'entrée des personnes dans le service et poursuivent leurs actions après l'admission (médecin généraliste, médecins spécialistes, kinésithérapeute, infirmier, orthophoniste). Comme pour l'EHPAD, le médecin coordonnateur assure la coordination avec les différents intervenants. Pour diffuser la nouvelle offre de services, il peut prendre appui sur : les professionnels avec lesquels nous collaborons déjà dans le cadre du projet médical de l'EHPAD, le pôle de santé « santélub » qui tient ses réunions au sein de l'EHPAD, et l'association des médecins coordonnateurs du Vaucluse.

La formalisation de la coopération avec les partenaires médicaux repose sur la signature de la charte de bonnes pratiques, l'adhésion au projet de soins, l'engagement de renseigner le dossier médical des personnes accueillies.

Pour garantir la continuité de l'activité durant la nuit, la piste envisagée est d'assurer une astreinte soignante de nuit avec une mutualisation des infirmiers de l'EHPAD. Pour en rationaliser le coût, ce service d'astreinte pourrait être partagé avec le SSIAD du territoire et être proposé à leurs patients. Des négociations sont à engager dans ce sens.

- ✓ Les partenariats orienteurs vers l'EHPAD à domicile.

Les acteurs du secteur de la gérontologie et de la dépendance sont ceux susceptibles de proposer et d'orienter les personnes vers l'EHPAD à domicile. Il est donc important de négocier avec eux des formes de coopération précises pour garantir l'activité. Pour chaque partenaire, cela passe par la présentation de l'offre, la négociation et l'engagement dans une

forme de collaboration. Il me semble par exemple nécessaire d'élaborer et de diffuser une procédure d'orientation avec un support commun. Ces acteurs sont :

- le centre hospitalier (services des urgences, de médecine et moyen séjour). La convention signée avec l'EHPAD doit être mise à jour
- les établissements de soins de suite et de réadaptation du secteur peuvent également s'engager dans la signature d'une convention
- la plateforme Territoriale d'Appui
- les services d'hospitalisation à domicile. Un accord pour l'élaboration de protocoles individuels est conclu avec l'EHPAD, il peut s'étendre à l'EHPAD à domicile
- le CLIC est fortement lié à l'EHPAD Notre Dame de la Ferrage depuis sa création (administrateurs communs). De par ses missions, il est bien repéré par les acteurs et figure souvent en première ligne pour communiquer les informations aux familles. Sa participation au groupe de travail « coopération/territoire » favorise son appropriation du dispositif afin de le restituer au mieux à la population.
- les collectivités territoriales concernées. Les CCAS ont une mission de prévention et d'animation auprès des personnes âgées, ce qui en fait des acteurs incontournables pour repérer les destinataires de l'offre de services. Le CCAS de la Tour d'Aigues est membre du CVS, et nous collaborons régulièrement pour l'organisation de manifestations. Avec le CCAS de Pertuis, tout est à construire.
- l'équipe APA du Conseil départemental est amenée à orienter les personnes vers notre service. Une présentation de l'action et de la procédure d'orientation est à organiser avec ces professionnels.

✓ Les partenariats susceptibles de nous aider dans la gestion des ressources humaines (aides-soignantes, accompagnant éducatif et social).

- nous entretenons un partenariat étroit avec la maison familiale et rurale en tant que lieu de stage privilégié. Cet organisme prépare aux formations SAPAT (services aux personnes et aux territoires) et DEAES (Diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social). Là encore, une présentation de l'action est à mener auprès des futurs diplômés, et la convention signée est à adapter.

- l'hôpital de Pertuis prépare au diplôme d'aide-soignant par le biais de son institut de formation. La signature d'une convention permettrait de faciliter le recrutement pour l'EHPAD mais aussi pour l'établissement.

- la mutualisation de formations avec les SAAD et le SSIAD peut être envisagée pour réduire les coûts et partager les pratiques professionnelles.

✓ Les partenaires dans le domaine de la sécurisation et de l'adaptation des domiciles sont détaillés dans la partie 3.2.3.

### C) Promouvoir l'offre de services auprès de la population

Cette action se déroule selon les étapes suivantes : l'identification de la population cible, l'élaboration de supports de communication performants et adaptés, la diffusion de l'information.

- le public visé par l'EHPAD à domicile défini dans le pré-projet de service se compose des personnes dépendantes âgées de plus de 60 ans, seules ou en couple et qui souhaitent rester vivre à domicile tout en résidant à la Tour d'Aigues ou à Pertuis. Par l'intermédiaire du service APA du Conseil départemental, nous avons identifié que 500 allocataires de l'APA étaient concernés. Cependant, certaines personnes âgées dépendantes ne bénéficient pas de cette prestation et sont ainsi plus difficiles à repérer. Les deux points précédents permettent d'identifier les acteurs susceptibles d'informer la population sur l'existence de l'EHPAD à domicile, et de les orienter. Cet axe est important mais nous ne devons pas nous en contenter, au risque de ne pas atteindre une partie de la population ou de ne pas délivrer une information suffisante.

- l'élaboration et la diffusion des supports de communication adaptés. Plusieurs actions sont possibles : l'actualisation de notre site internet avec une présentation détaillée de l'EHPAD à domicile – une médiatisation du projet, dans sa phase préparatoire et au moment de l'ouverture - l'élaboration d'une brochure à destination des partenaires qui pourront la diffuser.

– un affichage et un dépôt de brochures dans des lieux stratégiques (mairies, hôpital, salles d'attente médicales, CLIC).

### **3.2.3 Sécuriser les personnes et les domiciles et assurer un relais permanent avec l'EHPAD par des moyens technologiques**

L'ambition de l'EHPAD à domicile est d'assurer, comme l'établissement support, une prise en charge permanente. Les moyens humains sont nécessairement complétés par des moyens technologiques qui doivent apporter une valeur ajoutée à l'activité des professionnels. Pour élaborer cet axe essentiel au projet, je m'appuie sur des expériences similaires en cours<sup>92</sup>. Comme précédemment évoqué, la silver économie s'empare du secteur de la gérontologie et ses acteurs ont beaucoup à gagner à utiliser les nouvelles technologies en complément de leurs actions.

#### A) Déterminer les objectifs et définir les moyens technologiques adaptés

- L'objectif général du projet est de permettre le respect du choix des personnes âgées de rester vivre chez elles. Conjointement à cette visée globale, le projet doit s'attacher à garantir

---

<sup>92</sup> Le service Corrèze Téléassistance de la fondation partage et vie (Caisse d'épargne) et le projet esoppe icare.

des mesures préventives afin de ralentir la perte d'autonomie et éviter les hospitalisations synonymes de ruptures de parcours et souvent, d'aggravation de la dépendance. Cela passe par une nécessaire surveillance des conduites potentiellement à risque des personnes âgées (déplacements et transferts pouvant entraîner une chute), une surveillance du logement, mais aussi du traitement médicamenteux.

- Pour les personnes âgées, les objectifs sont de :

- ✓ garantir leur sécurité dans leur domicile par l'installation d'outils et une éventuelle adaptation du logement, assurer la prévention des chutes.
- ✓ maintenir un lien social par le déclenchement d'une alerte en cas de nécessité et par des liaisons régulières de convivialité.
- ✓ favoriser le sentiment de sécurité.
- ✓ assurer l'acceptabilité du dispositif technologique par les personnes âgées et leur entourage éventuel et maintenir la qualité de vie.
- ✓

- Pour le pilotage et la gestion du service, il s'agit de :

- ✓ garantir la confidentialité des données médicales et sociales.
- ✓ s'assurer de la fiabilité du système.
- ✓ coordonner les interventions entre les salariés du service et avec les professionnels extérieurs (traçabilité des différents actes).
- ✓ assurer la communication et les échanges entre professionnels.

Ces objectifs seront appréciés dans la démarche d'évaluation.

- Après les objectifs, il est nécessaire de définir les moyens et dispositifs technologiques à déployer. Le groupe de travail « technologies » est chargé de cette mission.

- Le service de téléassistance avancée a une double fonction via le terminal de liaison installé au domicile et relié au centre d'appels 24h/24. Une fonction d'alerte donnée par le bracelet détecteur de chute et les différents capteurs, et une fonction de lien social avec des appels de convivialité personnalisés et réguliers.
- L'équipement domotique de sécurité : parcours lumineux sur les trajets les plus courants (éclairages automatisés et détecteurs de mouvements), détecteurs de fumée, gaz, température.
- Un terminal visiophonique multifonction :

- La visio-assistance : contact visuel entre le centre d'appels et la personne âgée

- Le recueil et la mise à jour des informations : coordonnées des professionnels et des proches, traitement médicamenteux, habitudes de vie, régime alimentaire

- Le cahier de liaison dématérialisé et la transmission de données : consultation des actes réalisés par les professionnels, planification des interventions des professionnels, aide-mémoire pour le rappel de rendez-vous et de prises de médicaments
- La télégestion : traçabilité des interventions pour les salariés de l'EHPAD à domicile
- La communication visuelle avec la famille et les proches.

B) Rechercher des prestataires de services et des financements complémentaires, collaborer avec les partenaires

✓ L'aspect technologique du projet ne relève pas du cœur de métier des professionnels de l'EHPAD, mais du savoir-faire d'organismes expérimentés dans ce domaine. Le groupe de travail a pour mission de rédiger un cahier des charges et de lancer un appel d'offres pour satisfaire les besoins technologiques du projet.

Le cahier des charges fonctionnel formalise nos besoins en matière de sécurisation des personnes et des domiciles. Il est détaillé à travers 5 thèmes : le contexte et la problématique à l'origine du projet, les objectifs et résultats attendus, la description technique des besoins, l'enveloppe budgétaire dont nous disposons et la fixation d'un délai.

L'externalisation de cette partie de l'activité peut prendre la forme d'un contrat de sous-traitance avec un opérateur spécialisé en assistance à distance et en installation domotique. La plateforme assurerait le contact et le traitement de premier niveau avec les bénéficiaires et renverrait vers le personnel de l'EHPAD à domicile dans les situations prédéfinies dans le contrat de sous-traitance. Ce système permettrait d'assurer une veille et une intervention notamment la nuit, en combinaison avec un système d'astreinte du personnel. Dans un objectif de qualité de services, l'opérateur choisi doit être conforme à la norme européenne EN 50134 et à la norme française NF X50-520 « qualité de service en télé assistance ».

✓ L'évaluation des besoins d'adaptation de la personne dans sa vie quotidienne et son logement doit faire l'objet d'un diagnostic spécifique. Pour réaliser cette mission à l'entrée dans le dispositif, les compétences d'un ergothérapeute me semblent pertinentes. Lors de ma rencontre avec le SSIAD pour la préparation de ce projet, nous avons conclu qu'une convention pour des prestations de services facturées pouvait s'envisager. En effet, l'équipe ESA dispose d'un ergothérapeute à temps partiel qui pourrait intervenir ponctuellement pour la réalisation du diagnostic et des préconisations liées à l'aménagement de la vie quotidienne et du domicile.

✓ La recherche de financements complémentaires ponctuels doit compléter le budget prévisionnel de fonctionnement et d'investissement pour les dépenses non renouvelables et pour alléger la participation des bénéficiaires. Un conventionnement est recherché afin d'optimiser et de systématiser les demandes de fonds. Nous pourrions solliciter :

- La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, qui a pour attribution l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles. Dans le Vaucluse, cette instance soutient financièrement des programmes d'action collectifs et individuels.
- L'organisme SOLIHA (solidaires pour l'habitat) acteur incontournable dans le domaine de l'amélioration de l'habitat, qui œuvre pour la réhabilitation accompagnée et l'amélioration du maintien à domicile.
- Les caisses de retraite et les complémentaires qui, par l'intermédiaire de leurs fonds d'action sociale peuvent participer au financement de dépenses liées à la perte d'autonomie.

C) Former et accompagner les professionnels et les usagers dans l'utilisation des technologies

En ce qui concerne les professionnels, les objectifs de formation pour l'utilisation des outils technologiques doivent porter sur trois points<sup>93</sup> :

- Un volet technique : utilisation des différentes applications du terminal, saisie des données par le personnel, et aide à l'utilisation par les usagers.
- Un volet « psychologique » de l'accompagnement. Le personnel doit développer des compétences pour : informer et rassurer les personnes âgées sur les informations collectées et leur traitement, évaluer leur niveau d'acceptation et leur capacité à utiliser les outils technologiques.
- Un volet éthique sur les notions de contrôle et de surveillance que les personnes âgées peuvent légitimement appréhender en raison du caractère intrusif du matériel technologique, et sur les questions de confidentialité et de partage des données.

Pour les bénéficiaires de l'EHPAD à domicile, l'installation de matériels et outils doit nécessairement être accompagnée dans un objectif de simplification de l'accessibilité. Cette génération n'est pas familiarisée avec le numérique et les technologies récentes d'information et de communication. Même si la télé assistance est entrée dans les foyers depuis plusieurs années, les personnes âgées et leurs aidants doivent bénéficier de modalités pédagogiques adaptées par exemple :

- Une démonstration d'utilisation au moment de l'installation des appareils
- L'élaboration d'un guide d'utilisation pratique et simple en collaboration avec le prestataire sous-traitant
- Des essais réguliers, avec le personnel, des différents outils installés au domicile
- Des rappels systématiques sur la présence et l'utilisation pour permettre une familiarisation et une appropriation de l'environnement domotique et technique.

---

<sup>93</sup> Propos inspirés par : ROQUEJOFFRE, A. *Ne pas se limiter à la technique*. Directions, n°122, p 25

### **3.3 La démarche d'évaluation au service de l'amélioration de la qualité et du management**

La démarche qualité apparaît dans les textes législatifs liés à la réforme des EHPAD en 1999<sup>94</sup>, dans un contexte en évolution où la personne âgée est placée au centre de l'action. Dans la même logique, la loi 2002-2 réaffirme la promotion des droits des usagers et instaure l'évaluation : la démarche interne et l'évaluation externe, basées sur des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques édités par l'ANESM. Le CASF (article 312-8) fixe l'objet de l'évaluation pour les ESMS, à savoir les activités et la qualité des prestations délivrées.

Au-delà de l'obligation légale et du caractère contraignant, ces démarches représentent une véritable opportunité pour les organisations et pour le directeur dans son activité managériale. Elles permettent d'impulser une dynamique institutionnelle par la consultation et la participation de l'ensemble des acteurs, contribuent au partage d'une culture commune, (re)donnent du sens et des repères dans un environnement fluctuant<sup>95</sup>. Comme l'indique François CHARLEUX, « *l'objectif d'une démarche d'amélioration de la qualité est d'organiser les systèmes afin de les rendre plus efficaces et plus aptes à répondre aux exigences de l'environnement* »<sup>96</sup>.

J'envisage la démarche évaluative à deux niveaux :

- sur un plan opérationnel : la réalisation effective du plan d'actions défini (Cf. 3-2), l'analyse des écarts constatés au regard des objectifs fixés, l'efficacité des moyens utilisés et les ajustements à effectuer. Cette dimension technique relève de ma responsabilité de directrice.
- sur un plan stratégique : l'étude de l'impact du projet sur les personnes âgées par rapport à la visée initiale du projet de création de l'EHPAD à domicile. La portée sociale et politique du projet, sa légitimité et sa justification impliquent l'association.

#### **3.3.1 L'évaluation du plan d'actions**

Le cycle PDCA<sup>97</sup> de Deming (appelée « roue de Deming ») peut s'appliquer aux différentes phases du présent projet en cela qu'il obéit, comme tout projet en action médico-sociale, à un processus dynamique quant à l'amélioration recherchée de la qualité.

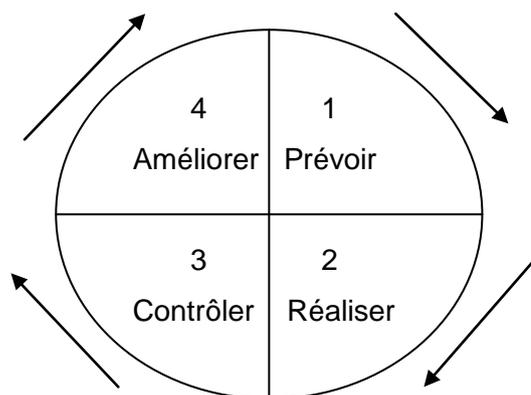
---

<sup>94</sup> Décret et arrêté du 26 avril 1999

<sup>95</sup> EYNARD, C., PIOU, O., VILLEZ, A., *Conduire le changement en gérontologie*, p 241, 244

<sup>96</sup> CHARLEUX, F. et GUAQUERE, D., *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale*, p 9

<sup>97</sup> PDCA : Plan-Do-Check-Act



Au cours de la phase 1, le projet a été planifié, les objectifs fixés, et les moyens et actions à mettre en œuvre ont été déterminés (2018).

La phase 2 sera réalisée en 2019 avec la mise en œuvre du projet, et la montée en charge progressive des prises en charge des personnes dans le service.

La phase 3 : à l'issue d'une première année de fonctionnement, une évaluation intermédiaire est prévue, avec la vérification des objectifs, une analyse des écarts constatés et la préconisation des ajustements nécessaires au bon fonctionnement du service. Une évaluation à 2 ans permettra de décider, avec les autorités de tarification, de la viabilité du service, de son extension ou de son arrêt. Lors de cette étape, ce qui importe le plus est la compréhension des écarts.

La phase 4 d'amélioration, intervient après l'évaluation intermédiaire, parallèlement à l'élaboration définitive du projet de service. Des décisions sont prises et les modifications sont formalisées<sup>98</sup>.

Dès l'amorce du projet, puis dans ses différentes phases, j'ai veillé à poser les objectifs des axes stratégiques et des actions qui en découlent. Ces objectifs, ainsi que les critères qui les caractérisent, vont pouvoir être vérifiés en termes de résultats obtenus à l'aide d'indicateurs. La cotation des indicateurs se fait selon 4 degrés : réalisation totale, partielle, faible ou absente. Initier la démarche évaluative en concomitance avec la démarche projet a plusieurs effets : donner une visée commune aux parties prenantes du projet, suivre le déroulement des actions à l'aide de tableaux de bord tenus par le chargé de mission qui participe aux groupes de travail, faciliter la démarche d'évaluation, et familiariser les acteurs avec la démarche d'amélioration de la qualité. Le tableau de synthèse de l'évaluation du plan d'actions est présenté en annexe 9.

<sup>98</sup> CHARLEUX, F, GAQUERE, D. op.cit. p 39

### 3.3.2 L'impact du projet sur le public et la performance du service

L'objectif général de la création de l'EHPAD à domicile repose sur le respect des droits et libertés des personnes, à savoir le libre choix de rester vivre dans leur domicile. C'est par une stratégie innovante que j'ai choisi de conduire l'établissement à s'adapter au contexte sociodémographique et répondre ainsi à des besoins non satisfaits de la population.

Au-delà de la mise en œuvre opérationnelle du projet, il est nécessaire de mesurer si la finalité du projet est atteinte (l'EHPAD répond-il favorablement aux besoins de la population ?), et comment l'établissement y parvient (la nouvelle offre de services est-elle adaptée et performante ?).

#### A) Impact du projet sur la population

<b>Rappel des <u>ENJEUX</u></b>	<b>Rappel des <u>OBJECTIFS</u></b>
Choix du lieu de vie, maintien d'une qualité et d'un confort de vie en conservant le plus possible des liens sociaux. Prévention de l'épuisement et de la dégradation de l'état de santé du proche aidant. Retarder ou éviter l'entrée en établissement qui reste un choix conditionné et qui pèse financièrement sur les familles. Bénéficier d'une prise en charge individualisée à domicile dans un cadre sécurisé.	Respecter les droits des personnes (vie privée, intimité, sécurité, information). Garantir leur expression et leur participation. Préserver leur autonomie le plus possible. Promouvoir la dimension de parcours et éviter les ruptures.

#### **Indicateurs d'évaluation :**

Le projet étant fondé sur le respect de la volonté des personnes de rester vivre chez elles, le recueil de leur expression quant à l'efficacité du service me semble essentiel. Leur participation au CVS de l'établissement sera bien entendu proposée, mais leur déplacement dans une instance de l'EHPAD n'est pas garanti au vu de leur choix. Pour permettre leur expression, je privilégie l'enquête de satisfaction annuelle auprès des bénéficiaires et de leurs familles. Elle sera rédigée lors d'une réunion du service avec l'ensemble des membres de l'équipe élargie. Pour optimiser la neutralité des réponses j'envisage de confier ce travail à un(e) stagiaire de l'établissement qui se déplacera aux domiciles. Je procéderai ensuite au traitement des enquêtes et à l'analyse des résultats avec le chef de service, puis je les communiquerai au COPIL et en ferai part à l'assemblée générale.

L'impact du projet sur la population peut également se mesurer par le prisme de l'évaluation des partenaires du territoire qui appréhendent les besoins de la population; ils participent au projet depuis son démarrage, il est donc logique de les solliciter au moment de l'évaluation. Pour ce faire, je prévois l'élaboration d'un questionnaire et de réunions-bilans annuelles avec eux et le COPIL pour échanger sur les différents aspects du service, et évoquer les points à améliorer.

Il est nécessaire de croiser les données de l'enquête et du questionnaire avec d'autres éléments. Les indicateurs des tableaux de bord, les documents internes, les événements survenus permettent également d'évaluer les objectifs attendus sur la population : adaptation et remise des outils de la loi 2002-2, formalisation et suivi des projets personnalisés, nombre de chutes, nombre d'hospitalisations, d'entrées en EHPAD, évolution de la dépendance... Enfin, la rédaction définitive du projet de service sera l'occasion de vérifier si les principes éthiques, les valeurs associatives et les recommandations de bonnes pratiques sont appliqués par les professionnels.

B) Performance du service

	Rappel des <b><u>ENJEUX</u></b>	Rappel des <b><u>OBJECTIFS</u></b>
<b>AUTORITES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le respect des droits des personnes prises en charge par les services et établissements.</li> <li>- Favoriser le décloisonnement des secteurs (sanitaire, social et médico-social) par la coordination des acteurs.</li> <li>- Améliorer la fluidité des parcours (de vie, de soins) pour éviter les ruptures d'accompagnement et notamment les hospitalisations.</li> <li>- Optimiser les ressources allouées par la mutualisation des ressources, la coopération.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apporter une réponse adaptée et bénéfique aux attentes de la population par la créativité et l'innovation.</li> <li>- Développer une offre financièrement avantageuse pour tous.</li> <li>- Coordonner les prestations par une organisation adaptée et une coopération externe.</li> </ul>
<b>ETABLISSEMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adapter ses modalités d'accueil aux besoins émergents ou non couverts, aux évolutions de la société et aux orientations politiques.</li> <li>- Poursuivre une dynamique qui a fait son histoire, facteur de mobilisation et d'identité.</li> <li>- Développer une offre de service attractive pour tous (population, financeurs, administrateurs, salariés).</li> <li>- Assurer sa pérennité dans un environnement concurrentiel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir une prise en charge personnalisée et les différents volets du projet de vie.</li> <li>- Assurer la sécurité des personnes dans leur lieu de vie dans le respect de leurs droits et de l'éthique.</li> </ul>

A partir de ces enjeux et objectifs initiaux, des thèmes d'indicateurs peuvent être déterminés. A ce stade du projet, la mise en œuvre n'étant pas effective, ces indicateurs ne sont pas exhaustifs. En effet, la démarche évaluative dans son ensemble, même si je vais l'impulser dès les premières phases du projet, va s'enrichir au fil des étapes par un travail participatif et collaboratif des instances mises en place et par l'activité des professionnels.

**Indicateurs par thèmes :**

<b>ACTIVITE FONCTIONNEMENT</b>	<b>RESSOURCES HUMAINES Qualité de vie au travail</b>	<b>GESTION/LOGISTIQUE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'occupation</li> <li>- Existence liste d'attente</li> <li>- Motifs entrée/sortie</li> <li>- Durée prise en charge</li> <li>- Nombre interventions/personne</li> <li>- Durée des interventions</li> <li>- Temps de coordination/réunion</li> <li>- Formalisation des procédures</li> <li>- Sollicitation de l'astreinte de nuit</li> <li>- Déclenchement de la téléassistance (nombre, motifs)</li> <li>- Analyse des éléments quantitatifs (âge, GIR, pathologie...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveau qualification</li> <li>- Temps de formation</li> <li>- Analyse de : absentéisme, turn-over, accidents du travail</li> <li>- Analyse des entretiens professionnels</li> <li>- Réunions avec la DUP</li> <li>- Climat social, conflits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse des coûts réels</li> <li>- Maitrise des couts</li> <li>- Mesure des écarts avec budget prévisionnel</li> <li>- Coût/place</li> <li>- Financements complémentaires obtenus</li> <li>- Utilisation chambre d'urgence</li> </ul>
<b>ASSOCIATION / ETABLISSEMENT<sup>99</sup></b>		
<p>Conformité aux missions et au cadre légal</p> <p>Intégration du service dans l'établissement, et du projet de service dans les projets associatif et d'établissement</p> <p>Développement de l'organisation par l'expérimentation et l'innovation</p> <p>Respect des valeurs associatives, des droits des usagers, de l'éthique</p> <p>Participation et expression des usagers</p> <p>Accessibilité et utilisation de l'offre de service</p> <p>Ouverture de l'établissement sur le territoire, développement des coopérations</p>		

Plusieurs sources alimentent l'analyse des indicateurs : les temps de coordination et de réunion, l'analyse des transmissions écrites et orales, le rapport d'activité annuel et les tableaux de bord qui synthétisent les interventions quotidiennes, le rapport médical.

<sup>99</sup> LEFEVRE, P. *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*, p 312

Comme pour l'activité de l'EHPAD, j'envisage cette démarche en collaboration avec l'équipe de direction, en veillant tout particulièrement à accompagner le nouveau chef de service qui aura conduit le projet. Les données seront transmises au COPIL réuni à l'issue de la première année de fonctionnement (évaluation intermédiaire) où les autorités seront invitées. Les éléments de l'évaluation liés au plan d'actions du projet, à la performance du service et à l'impact sur la population feront l'objet d'un compte-rendu présenté au CVS, au conseil d'administration et en assemblée générale, où l'avis des membres sera à prendre en compte.

### **3.3.3 Le management de la qualité**

Dans ma fonction de directrice, la qualité présente un caractère primordial puisqu'elle voit se croiser les attentes des usagers, des autorités et de l'environnement multiple de l'établissement. Les actions menées dans le cadre du projet de création de l'EHPAD à domicile ont pour but d'améliorer l'organisation et donc de l'adapter aux demandes. Il m'incombe de fixer les objectifs du projet et de donner les moyens au personnel de les réaliser en les responsabilisant et en leur accordant de l'autonomie. En dehors de la mesure des résultats, les démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité présentent des leviers avantageux pour le management :

- La consultation des acteurs permet la prise en compte de leurs représentations, de leurs attentes, favorise leur engagement et leur sentiment d'appartenance à l'équipe et à l'institution.
- La co-construction est vectrice d'appropriation de la démarche d'amélioration de la qualité sur le long terme et de recherche permanente de solutions.
- Les rencontres et échanges réguliers participent au partage d'une identité et d'une culture communes, à la cohérence des pratiques, à des références communes.
- Les interrogations suscitées par les pratiques institutionnelles et professionnelles, la prise de recul, la mise à plat des forces et des difficultés fondent la notion de participation.
- Les valeurs associatives et l'éthique sont affirmées et véhiculées dans l'élaboration des différents projets institutionnels et facilitent leur écriture.
- Les compétences, les moyens, les outils sont mobilisés et valorisés ce qui est source de motivation des salariés, et donc d'efficacité et d'efficience.
- La réflexion sur les pratiques et les modes de fonctionnement nourrit la prévention des risques professionnels.

## Conclusion

A travers ces pages, j'ai tenté d'apporter des réponses à une problématique récurrente du secteur médico-social, le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. En tant que citoyenne, actrice du champ gérontologique, future dirigeante d'établissement, cette question est indissociable du respect des droits des personnes les plus vulnérables et de leur volonté de choisir leur mode et leur lieu de vie. Pour en comprendre les enjeux, je me suis attachée à analyser les éléments contextuels et institutionnels. Pour concevoir un projet susceptible de répondre à ces enjeux, j'ai adopté une posture prospective et revêtu l'habit de directrice d'EHPAD le temps de ce passionnant travail. J'envisage ma future fonction dans ses dimensions éthiques, sociales et environnementales, mais il me semble indispensable d'exercer ce métier en se projetant vers l'avenir, dans une posture d'anticipation, afin de répondre au mieux à l'évolution inévitable des besoins.

Les prévisions sont à la hausse (espérance de vie, dépendance, attentes), l'horizon démographique demeure fortement marqué par le grand âge, et les politiques publiques encouragent des modes de prise en charge moins coûteux et plus en phase avec les besoins de la population. Augmenter le nombre de places en EHPAD n'est plus d'actualité, et pour favoriser le maintien à domicile, la tendance est davantage à la restructuration, la mutualisation et la coopération.

J'ai choisi d'aborder cette problématique sous l'angle de l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur, et d'envisager une configuration nouvelle en déplaçant l'activité traditionnelle de l'EHPAD hors de ses murs. J'ai conscience de l'ambition d'une telle démarche, du défi que représente la conduite d'un projet innovant, et des multiples freins que les divers acteurs peuvent manifester.

J'ai considéré que pour atteindre l'objectif fixé, il fallait non seulement fédérer les acteurs autour du projet, mais aussi adopter des axes stratégiques forts et complémentaires. En tant que directrice d'établissement, le moyen fondamental à développer et à promouvoir est la ressource humaine, au travers d'un management efficace des potentiels et des complexités. Par ailleurs, l'activité d'un établissement ne peut s'envisager sans son implication et ses coopérations sur un territoire, sans la connaissance et même l'anticipation des besoins de ses habitants. J'ai donc dû appréhender l'environnement territorial, social, les acteurs qui le composent pour adapter mes stratégies, et ensuite pouvoir les partager avec les autorités de tarification dans les phases de négociation et de contractualisation. Enfin, l'action d'un directeur est forcément influencée par un contexte socio-économique et des évolutions sociétales qui dépassent le cadre de l'établissement et de l'association. Le secteur gérontologique n'échappe pas à la prégnance des nouvelles technologies de l'information et

de la communication, et il me semble préférable de se les approprier et d'optimiser leur utilisation plutôt que de s'en méfier.

L'introduction de telles technologies représente un bouleversement dans le quotidien des personnes âgées, qui de surcroît, sont issues d'une génération qui n'est pas familiarisée avec l'univers numérique. Il en est de même pour les professionnels du médico-social dont les compétences sont historiquement centrées sur l'accompagnement et la relation d'aide. Mon rôle de directrice est de promouvoir l'articulation entre les pratiques professionnelles et l'utilisation de technologies innovantes afin d'assurer la qualité de la prise en charge et de rationaliser l'organisation que je gère. L'irruption d'installations et de matériels numériques dans l'intimité de personnes fragilisées par la dépendance doit impérativement s'opérer pour apporter une plus-value aux interventions des professionnels. Les nouvelles technologies sont au service de la réaffirmation des principes éthiques qui, définitivement, guident l'action d'un directeur.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

- BELLENGER, Lionel. *Piloter une équipe projet. Des outils pour anticiper l'action et le futur*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 2004, 206 p.
- CHARLEUX, François, GAQUERE, Daniel. *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale. Outils, méthodes et mise en œuvre*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 2003, 246 p.
- DESCHAVANNE, Eric, TAVOILLOT, Pierre-Henri. *Philosophie des âges de la vie*. Librairie Arthème Fayard : ed. Pluriel, 2011, 540 p.
- ENNUYER, Bernard. *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation*. 2<sup>ème</sup> édition. Paris : ed. Dunod, 2014, 310 p.
- EYNARD, Colette, PIOU, Olga, VILLEZ, Alain. *Conduire le changement en gérontologie. Principes, méthodes et cas pratiques*. Paris : ed. Dunod, 2009, 272 p.
- GACOIN, Daniel. *Conduire des projets en action sociale*. Paris : ed. Dunod, 2006, 252 p.
- LEFEVRE, Patrick. *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*. 4<sup>ème</sup> édition. Paris : ed. Dunod, 2016, 406 p.
- LEFEVRE, Patrick, MURA, Yvan. *Promouvoir les ressources humaines en action sociale et médico-sociale*. Paris : ed. Dunod, 2010, 348 p.
- LOCHEN, Valérie. *Comprendre les politiques sociales*. 4<sup>ème</sup> édition. Paris : ed. Dunod, 2013, 437 p.
- VERCAUTEREN, Richard, PREDAZZI Marco, LORIAUX Michel. *Une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées*. Pratiques gérontologiques. Ramonville Saint-Agne : ed. Erès, 2001, 270 p.

## DICTIONNAIRES

- *Dictionnaire critique d'action sociale*. Paris : Bayard éditions, 1995, 426 p.
- *Le petit Larousse*, paris : Larousse, 1996

## TEXTES LEGISLATIFS

- *Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance* [en ligne]. Journal officiel, n° 21, 25 janvier 1997, [consulté le 13 janvier 2017].

Disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000747703&categorieLien=id>

- *Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie* [en ligne]. Journal officiel, n°167 21 juillet 2001 [consulté le 8 janvier 2017]. Disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000406361&categorieLien=id>

- *Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie* [en ligne]. Journal officiel, n°167, 21 juillet 2001, [consulté le 13 janvier 2017]. Disponible en ligne à l'adresse :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000406361&dateTexte=20170218>

- *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale* [en ligne]. Journal officiel, 3 janvier 2002 [consulté le 9 décembre 2016]. Disponible en ligne à l'adresse :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&dateTexte=20170218>

- *Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1)* [en ligne]. Journal officiel n° 95 du 23 avril 2005 [consulté le 20 janvier 2017]. Disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>

- *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* [en ligne]. Journal officiel n° 167 du 22 juillet 2009 [consulté le 15 décembre 2016]. Disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

- *Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes* [en ligne] Légifrance.fr [consulté le 8 août 2017]. Disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000211160&dateTexte=20041025>

- *Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* [en ligne]. Journal officiel n° 200 du 28 août 2016. [consulté le 11 janvier 2017]. Disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/8/26/AFSA1614530D/jo/texte>

- *Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions*

*sociales et médico-sociales* [en ligne]. Journal officiel n° 98 du 27 avril 1999 [consulté le 8 août 2017]. Disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000395786&categorieLien=id>

- *Arrêté du 16 novembre 2012 modifiant l'arrêté du 8 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer* [en ligne]. Journal officiel n°0271 du 21 novembre 2012 [consulté le 25 juin 2017]. Disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026657984&categorieLien=id>

- *Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles* [en ligne]. Journal officiel n° 59 du 10 mars 2017 [consulté le 7 août 2017].

Disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/3/3/AFSA1619718A/jo>

- *Circulaire DGCS 2010-434 du 28 décembre 2010 relative à la procédure d'appel à projets et d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux* [en ligne].

Légifrance.fr [consulté le 29 avril 2017]. Disponible en ligne à l'adresse :

<http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=39110>

## **RAPPORTS ET ETUDES**

- *EHPAD, VERS DE NOUVEAUX MODELES ?* Etude KPMG, [en ligne] 2015, [consulté le 21 janvier 2017]. Disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Etude-EHPAD-2015.PDF>

- *LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE EN EUROPE*, Rapport d'information déposé par la commission des affaires européennes et présenté par Mme Valérie ROSSO-DEBORD, [en ligne] 2011 [consulté le 30 janvier 2017]. Disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/europe/rap-info/i3667.pdf>

- *LE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE, une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*. Rapport de la cour des comptes [en ligne] 2016 [consulté le 23 février 2017]. Disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.ccomptes.fr/content/download/93356/2175469/version/1/file/20160712-synthese-maintien-domicile-personnes-agees.pdf>

- *LES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT*. Etude Compas [en ligne] 2013 [consulté le 3 avril 2017]. Disponible en ligne à l'adresse : [http://www.lecompas.fr/doc/compasetudes7\\_juin2013.pdf](http://www.lecompas.fr/doc/compasetudes7_juin2013.pdf)
- *OBSERVATOIRE DES EHPAD*. Etude KPMG, [en ligne] 2014, [consulté le 30 avril 2017]. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/05/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>
- *PLAN SOLIDARITE – GRAND AGE*. Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. [en ligne] 2006, [consulté le 18 décembre 2016]. Disponible en ligne à l'adresse : [http://www.cnsa.fr/documentation/plan\\_solidarite\\_grand\\_age\\_2008.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf)
- *PROJECTION DES POPULATIONS AGEES DEPENDANTES – Deux méthodes d'estimation*. DRESS, dossiers solidarité et santé n° 43 [en ligne] 2013, [consulté le 21 janvier 2017]. Disponible en ligne à l'adresse : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>
- *TERRITOIRES ET POLITIQUES DE L'AUTONOMIE*, rapport, CNSA, [en ligne], 2015, [consulté le 18 janvier 2017]. Disponible en ligne à l'adresse : [http://www.cnsa.fr/documentation/rapport\\_annuel\\_2015\\_territoires\\_et\\_politiques\\_de\\_lautonomie.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/rapport_annuel_2015_territoires_et_politiques_de_lautonomie.pdf)

## REVUES

- *Gérontologie et société*. Le libre choix. 2009, n°131
- *Gérontologie et société*. « Des souris et des Hommes ». 2016, N° 150
- *Sciences humaines*. Vieillir pour ou contre ? 2015, n° 269

## ARTICLES DE PERIODIQUES

- DUFOUR, Flavie. EHPAD un modèle à réinventer. In : *Directions*, 2016, n° 141, pp. 20-24
- LEVRAY, Nathalie. Alzheimer : un plan en décalage avec les besoins. In : *La gazette Santé-Social*, avril 2016, n°128, pp. 32-34
- ROQUEJOFFRE, Alain. Ne pas se limiter à la technique. In : *Directions*, 2014, n° 122, p 25
- SA, Sorithi. Loi ASV : de nouveaux droits pour les usagers. In : *TSA*, février 2016, n° 69, pp. 34-39
- SA, Sorithi. Loi ASV : quels impacts sur les structures pour personnes âgées ? In : *TSA*, avril 2019, n° 71, pp. 34-39

## EVENEMENTS

- LE BIHAN, B. *Handicap, perte d'autonomie et politiques sociales en faveur des personnes âgées*. Actes du séminaire *La prévention de la perte d'autonomie, la fragilité en questions - apports, limites et perspectives*. [en ligne]. 6 et 7 mars 2014, Paris, LIRAES Université Paris Descartes en partenariat avec l'IRDES. [consulté le 23 janvier 2017]. Disponible en ligne :

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/563-la-prevention-de-la-perde-d-autonomie-la-fragilite-en-questions.pdf>

## MEMOIRES

- PASCAL, Brigitte. *Demande de validation des acquis de l'expérience CAFDES, livret de présentation des acquis de l'expérience (livret 2)*. Mémoire, EHESP, 2009, 58 pages

## RESSOURCES EN LIGNE

- ANAP. *Le secteur médico-social. Comprendre pour agir mieux* [en ligne]. 2013 [consulté le 4 juin 2017]. Disponible en ligne : <http://www.cnsa.fr/documentation/guide-secteur-ms-web.pdf>

- ANESM. *Procédure d'élaboration des bonnes pratiques professionnelles* [en ligne]. 2016 [consulté le 10 février 2017]. Disponible en ligne :

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ProcEDURE\\_elaboration\\_RBPP\\_-27\\_12\\_2016\\_.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ProcEDURE_elaboration_RBPP_-27_12_2016_.pdf)

- ASSEMBLEE NATIONALE. *Rapport d'information déposé par la commission européenne sur la prise en charge de la dépendance en Europe*. [en ligne] 2011, [consulté le 23 janvier 2017]. Disponible en ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/europe/rap-info/i3667.asp>

- CADRE DE SANTE.COM. *Quid de l'infirmière coordinatrice en EHPAD ou en SSIAD*. [en ligne] 2014, [consulté le 26 juillet 2017]. Disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cadredesante.com/spip/emploi/article/quid-de-l-infirmiere-coordinatrice-en-ehpad-ou-en-ssiad>

- CNCDH. *Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées*. [en ligne] 2013, [consulté le 21 décembre 2016]. Disponible en ligne :

<http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-leffectivite-des-droits-des-personnes-agees>

- FONDATION PARTAGE ET VIE. *M@do, maison de retraite à domicile*. [en ligne] [consulté le 27 juillet 2017]. Disponible en ligne à l'adresse :

[file:///C:/Users/Laetitia/Downloads/Plaque-particulier-Madobis1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Laetitia/Downloads/Plaque-particulier-Madobis1%20(1).pdf)

- INSEE. *Dossier complet département de Vaucluse*. [en ligne] 2016, [consulté le 20 avril 2017]. Disponible en ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-84>

- INSEE. *Tableaux de l'économie française, INSEE références*. [en ligne] 2014, [consulté le 3 avril 2017] Disponible en ligne :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288324?sommaire=1288404>

- LA MAISON DES AIDANTS. *Charte européenne de l'aidant familial*. [en ligne] 2009, [consulté le 15 janvier 2017]. Disponible en ligne : <http://www.lamaisondesaidants.com/wp-content/uploads/2013/04/charte-Aidant-Familial.pdf>

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *L'offre en établissements pour personnes âgées 2011*. Enquête de la DRESS. [en ligne] 2011, [consulté le 18 janvier 2017].

Disponible en ligne à l'adresse : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er877.pdf>

- MINISTERE DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI. *Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Le coût de leur prise en charge et ses déterminants.* [en ligne] 2009, [consulté le 25 juillet 2017]. Disponible en ligne à l'adresse : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf>
- OBSERVATOIRE DES INEGALITES. *La pauvreté dans les départements.* [en ligne] 2013, [consulté le 20 avril 2017]. Disponible en ligne : <http://www.inegalites.fr/spip.php?article789>
- PROJET ICARE. [en ligne] 2012, [consulté le 29 juillet 2017]. Disponible en ligne : <http://www.projet-icare.fr/>
- SILVERECO. *Le portail national de la silver économie.* [en ligne] 13 janvier 2017, [consulté le 14 janvier 2017]. Disponible en ligne : <http://www.silvereco.fr/silver-economy>
- STATISS. *Accueil des personnes âgées (taux d'équipement)* [en ligne] 2015 [consulté le 14 avril 2017]. Disponible en ligne : [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/fracc\\_pers\\_agees2.asp-prov=B-depar=C.htm](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/fracc_pers_agees2.asp-prov=B-depar=C.htm)
- TERRITOIRE DE BELFORT. Avis d'appel à projet n° 2014-04 EHPAD A DOMICILE. [en ligne]. 2014. [consulté le 3 mars 2017]. Disponible en ligne à l'adresse : [http://www.territoiredebelfort.fr/sites/default/files/atoms/files/2014\\_appel\\_a\\_projet\\_pour\\_la\\_creation\\_de\\_20\\_places\\_dehpad\\_a\\_domicile\\_sur\\_le\\_territoire\\_de\\_belfort\\_0.pdf](http://www.territoiredebelfort.fr/sites/default/files/atoms/files/2014_appel_a_projet_pour_la_creation_de_20_places_dehpad_a_domicile_sur_le_territoire_de_belfort_0.pdf)
- UNA. *Les résultats du baromètre UNA/Senior Strategic.* [en ligne] 2014, [consulté le 4 juin 2017]. Disponible en ligne : <http://www.una.fr/3895-19072-DA/les-resultats-du-barometre-una-senior-strategic-pour-mieux-comprendre-les-attentes-des-beneficiaires-de-l-aide-a-domicile.html>
- VAUCLUSE. *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2012-2016 volet personnes âgées.* [en ligne] [consulté le 29 avril 2017]. Disponible en ligne : [http://www.vaucluse.fr/fileadmin/user\\_upload/pdf\\_docs/c\\_action\\_sociale/Seniors/sdoms\\_personnes\\_agees.pdf](http://www.vaucluse.fr/fileadmin/user_upload/pdf_docs/c_action_sociale/Seniors/sdoms_personnes_agees.pdf)

## **DOCUMENTS INTERNES**

- *RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE* 2014, Missia Conseil, 110 pages
- *RAPPORT D'EVALUATION INTERNE* en date du 29/11/2013, EHAPD Notre Dame de la Ferrage, 36 pages
- *RAPPORT MEDICAL* année 2015, Notre Dame de la Ferrage, 39 pages
- *RENOUVELLEMENT DE CONVENTION TRIPARTITE PLURIANNUELLE POUR L'ACCUEIL DE PERSONNES AGEES DEPENDANTES 2015-2019*, 14 pages
- *VIVRE CHEZ NOUS A LA FERRAGE*, Projet d'établissement 2014, Association Notre Dame de la Ferrage, version 29 janvier 2015, 132 pages

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : cartes du Vaucluse et du territoire Pertuis/vallée d'Aigues

**Annexe 2** : tableau des communes : nombre d'habitants/bénéficiaires APA, distance avec l'EHPAD

**Annexe 3** : tableau comparatif des EHPAD du territoire

**Annexe 4** : partenariats de l'EHPAD Notre Dame de la Ferrage

**Annexe 5** : Profil de poste du chef de service de l'EHPAD à domicile

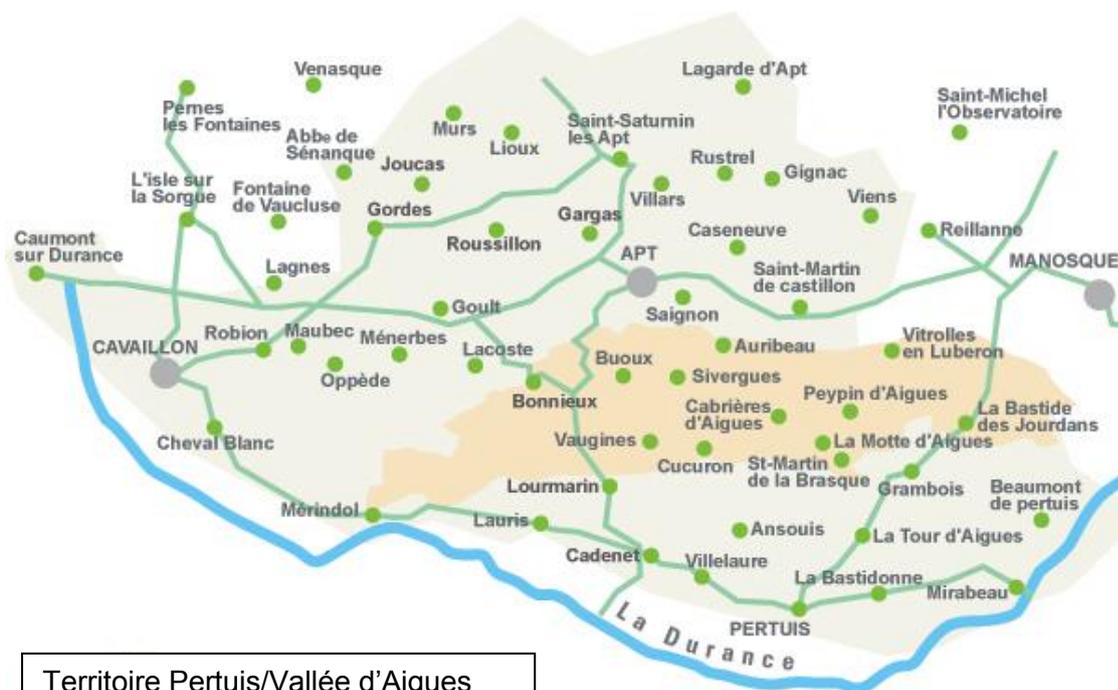
**Annexe 6** : tableau récapitulatif du COPIL et des groupes de travail

**Annexe 7** : diagrammes de Gantt : phase préparatoire et mise en œuvre du projet

**Annexe 8** : budget de fonctionnement prévisionnel

**Annexe 9** : tableau de synthèse de l'évaluation du plan d'actions

**Annexe 1** : Carte du Vaucluse



**Annexe 2** : Villes du territoire : nombre d'habitants, nombre de bénéficiaires APA, distance avec l'EHPAD

<b><u>COMMUNE</u></b>	<b>HABITANTS</b>	<b>BENEFICIAIRES APA</b>	<b>DISTANCE EN TEMPS avec la Tour d'Aigues</b>	<b>DISTANCE EN KMS avec la Tour d'Aigues</b>
ANSOUIS	1144	13	13	8,4
LA BASTIDE DES JOURDANS	1318	13	16	10,9
LA BASTIDONNE	719	7	9	4
BEAUMONT DE PERTUIS	1067	8	23	16,5
CABRIERES D'AIGUES	852	7	13	8,9
CADENET	4136	38	22	16,4
CUCURON	1786	36	17	11,7
GRAMBOIS	1110	17	12	6,8
MIRABEAU	1194	5	14	10,4
LA MOTTE D'AIGUES	1340	8	10	6,5
PEYPIN D'AIGUES	607	5	12	8,5
ST MARTIN DE LA BRASQUE	785	3	8	5,5
SANNES	177	2	9	6,8
LA TOUR D'AIGUES	4028	63	/	/
VITROLLES	196	1	16	12,1
VILLELAURE	3231	30	20	11,3
PERTUIS	18680	242	10	5,3
<b>TOTAL</b>	42370	498		

**Annexe 3** : Tableau comparatif des EHPAD du territoire

<u>Etablissement</u>	<u>Ville</u>	<u>Statut</u>	<u>Habilitation aide sociale</u>	<u>Nombre de places</u>	<u>Accueil de jour</u>	<u>Hébergement temporaire</u>
Notre Dame de la Ferrage	La Tour d'Aigues	Privé associatif	Complète	80	10	2
Résidence pays d'Aigues	La Tour d'Aigues	Privé associatif	non	45	0	0
L'âge d'or	Cucuron	Public	Partielle	51	0	0
EHPAD André Estienne	Cadenet	Public	Partielle	94	0	0
Résidence Saint Roch	Pertuis	Privé	non	30	0	0
USLD hôpital	Pertuis	Public	non	50	0	0
<b>TOTAL</b>				<b>350</b>	10	2
Résidence autonomie	Pertuis	Privé	oui	64		

**Annexe 4** : Partenariats de l'EHPAD Notre Dame de la Ferrage

	<b><u>PARTENAIRES</u></b>	<b><u>OBJETS</u></b>	<b><u>FORMALISATION</u></b>
Politiques et financiers	ARS PACA		
	Conseil départemental du Vaucluse		
	Commune	Organisation du scrutin	Sans convention
	CCAS	Organisation de manifestations diverses, forum seniors	Représentation au CVS
Médicaux et para-médicaux	Médecins libéraux	Libre choix du médecin traitant	Conventions
	Médecins spécialisés	Libre choix	Sans convention
	Kinésithérapeutes, orthophoniste, podologue...	Libre choix	Conventions
	Pharmacies	Préparation piluliers	Conventions
	Laboratoire analyses		Convention
	Centre hospitalier local	Prise en charge adaptée/préparation des retours	Convention
	SSIAD	Echanges	Sans convention
	Hospitalisation à domicile	Prise en charge spécifique/fin de vie	Protocole individualisé
	Equipe spécialisée Alzheimer	Orientations/café des aidants/échanges	Sans convention
Socio-professionnels	Plateformes de répit	Orientation des aidants, ateliers mémoire	Convention
	Equipe APA conseil départemental	Suivi des personnes accueillies à l'accueil de jour	Sans convention
	Centre social (centre aéré, secteur jeunes, club des parents)	Activités intergénérationnelles, jardin partagé	Convention
	Autres EHPAD	Organisation olympiades	Sans convention
	CLIC	Orientations	Convention
	Intervenants extérieurs thérapeutiques	Ateliers, prises en charge individuelles, art thérapie	Conventions
	CARSAT (caisse de retraite)	Prévention des risques	Contractualisation
	Médecine du travail	Prévention des risques	Contractualisation
Divers	Ecoles et collège du village	Echanges intergénérationnels : chorale, découverte de l'informatique, dictées	
	Crèche/scouts	Echanges intergénérationnels	
	Bénévoles aumônerie	Activités/discussions/lecture	Conventions signées
Formation	Maison familiale et rurale de la Tour d'Aigues	Terrain de stage avec tutorat Organisation de thés dansants, ateliers divers	Convention
	Organismes de formation/lycée professionnel	Terrain de stage avec tutorat	Conventions

**Annexe 5** : Profil de poste du chargé de mission du projet, futur chef de service

**CHARGE DE MISSION (1 an) puis CADRE INFIRMIER EHPAD A DOMICILE**

Formation initiale : infirmier (e)

Expérience : 5 ans cadre infirmier ou infirmier référent en EHPAD ou SSIAD

Cadre intermédiaire sous la hiérarchie du directeur

**CHARGE DE MISSION (pendant un an)**

Fonction : chef de projet « création de l'EHPAD à domicile »

Missions :

- Participer au COPIL, animer les 4 groupes de travail thématiques et rapporter les synthèses au COPIL
- Veiller au bon déroulement de la phase préparatoire du projet, au respect de la temporalité
- Elaborer et tenir des tableaux de bord des objectifs à atteindre (base de l'évaluation)
- Rendre compte régulièrement de l'avancée du projet au directeur
- Conduire le plan d'actions validé par le COPIL
- Participer à la communication interne et externe du projet, à l'élaboration des outils de la loi 2002-2, des procédures et de la future organisation du service
- Entretien et élargir les partenariats existants sur le territoire
- Participer aux rencontres et aux négociations avec les autorités

Compétences requises :

- Bonne capacité relationnelle, travail en équipe
- Esprit d'initiative et de synthèse

**CADRE INFIRMIER**

Fonction : chef de service de l'EHPAD à domicile, membre de l'équipe de direction de l'EHPAD

Missions :

- Responsabilité et gestion du personnel permanent du service
- Garant de l'organisation, de la coordination, et du contrôle des activités (soins, hôtellerie, animation)
- Veiller à la qualité et à la continuité des soins infirmiers en liaison avec le corps médical de l'EHPAD et les professionnels extérieurs
- Evaluation globale de la situation et des besoins de la personne âgée dans son environnement
- Elaborer et suivre les projets de vie en lien avec le projet de soins et le projet d'établissement
- Conduire l'élaboration du projet de service avec l'équipe
- Interlocuteur privilégié et liaison avec les usagers, leurs familles et les professionnels extérieurs au service
- Optimiser le suivi et l'accompagnement des personnes accueillies dans une dimension de parcours

- Inscription dans une démarche et une évaluation de la qualité et de la prévention des risques
- Gestion logistique liée aux prestations hébergement

Activités :

Participer à la procédure d'admission

Etablir et mettre à jour le GIR

Participer au recrutement des membres du service

Veiller à l'accueil des professionnels et leur tutorat

Organiser la communication et l'information au sein de l'équipe permanente et élargie

Animer les réunions de service

Conduire les entretiens annuels des salariés sous sa responsabilité

Former et informer le personnel aux procédures de soins et de sécurité spécifiques au travail à domicile

Contrôler la mise en place et le suivi des règles d'hygiène et de prévention des risques

Sécuriser la prise du traitement médicamenteux à domicile

Gérer les commandes et les stocks de fournitures médicales et hôtelières en lien avec l'IDER et la chef de service hôtellerie

Assurer le suivi budgétaire des consommations du service

Compétences :

- Partage des valeurs associatives et du respect des droits des usagers

- Sens de l'organisation et de la rigueur

- Adaptabilité, diplomatie

- Développer un management de proximité, soutenir et accompagner l'équipe

- Animer et coordonner l'équipe

- Capacités relationnelles et pédagogiques

- Assurer la communication écrite et orale en interne et en externe

**Annexe 6** : Tableau récapitulatif du COPIL et des groupes de travail

<b>INSTANCE</b>	<b>COMPOSITION</b>	<b>TACHES</b>	
COFIL complet	Equipe de direction* Chargé de mission 1 animateur 1 membre C.A 1 membre CVS 1 membre DUP 1 membre CCAS la Tour d'Aigues et 1 CCAS Pertuis	Veiller au bon déroulement du projet Formuler des propositions Evaluer les actions des groupes de travail Valider les choix stratégiques	
COFIL restreint	Directrice, Responsable RH, IDER	Rédaction fiche de poste chargé mission/chef de service	
Groupe stratégie générale	Chargé de mission Adjointe direction psychologue 1 membre CA 1 membre CVS secrétaire	Conception outils loi 2002-2	Prévention des risques
Groupe technique	Chargé de mission IDER Référénte prévention 1 membre DUP Chefs de services cuisine et hôtellerie 2 membres équipe EHPAD à domicile	Conception des procédures Préparation de l'organisation : modes de communication, plannings	
Groupe partenariats/territoire	Chargé de mission Directrice Médecin coordonnateur 1 membre CA 1 membre CVS CCAS Partenaires extérieurs (SAAD, SSIAD, CLIC)	Identifier les instances politiques Recenser les acteurs Cibler les orienteurs Développer des formes de coopération Communication externe Promotion de l'offre	
Groupe technologies	Chargé de mission Adjointe direction 1 membre CA 1 membre DUP Partenaires extérieurs (SAAD, SSIAD)	Définir les moyens et dispositifs Rédaction cahier des charges et appel d'offre Recherche des prestataires Recherche des financements	

\* Equipe de direction : directrice, adjointe de direction, médecin coordonnateur, psychologue, IDER, responsable RH, chefs de service (cuisinier, hôtellerie)

**Annexe 7** : Diagramme de Gantt – Phase préparatoire du projet EHPAD à domicile

<b>Tâches</b>	12/17	01/18	02/18	03/18	04/18	05/18	06/18	07/18	08/18	09/18	10/18	11/18	12/18	01/19
Rédaction fiche de poste chargé mission														
Recrutement chargé de mission	Prospection													
Constitution du COPIL														
Réunions mensuelles COPIL														
Elaboration pré-projet de service														
Communication interne (R.U et C.A)														
Elaboration du budget prévisionnel														
Négociation avec les autorités								Négociation				Signature		
Identification/contacts partenaires														
Formalisation des coopérations														
Recrutement équipe								Prospection interne/externe		Recrutement				
Intégration équipe														

Formation équipe														
Conception outils loi 2002-2														
Définition procédure, organisation														
Prévention des risques														
Définir moyens et dispositifs technologiques														
Elaboration cahier des charges et appel d'offre														
Recherche prestataires et financements														
Contractualisation avec prestataires														
Préparation moyens matériels (chambre urgence, bureau équipe)														
Communication externe														
Constitution liste admission														
Début de la prise en charge														

Diagramme prévisionnel de la mise en œuvre du projet EHPAD à domicile/projet d'établissement/CPOM

Tâches	2018	2019												2020	
	Semestre 2	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Semestre 1	Semestre 2
Négociation et signature du CPOM															
Réunion du COPIL															décembre
Prise en charge des usagers															
Montée en charge progressive															
Pleine occupation du service															
Elaboration du projet de service															
Accompagnement de l'équipe															
Evaluation intermédiaire/ajustements															
Démarche amélioration qualité															
Evaluation à 2 ans															décembre
Réécriture du projet d'établissement															

## **Annexe 8 : budget de fonctionnement prévisionnel**

### CHARGES FIXES EXPLOITATION COURANTES

- Couches, alèses. Montant calculé sur la base des dépenses de fonctionnement de l'EHPAD (moyenne annuelle de 462 € par personne), soit  $462 \times 10 = 4620$  €
- Fournitures médicales. Le coût est évalué à 200 € par an et par personne par rapport à l'établissement, soit  $200 \times 10 = 2000$  €
- Alimentation. Les repas préparés à l'EHPAD ont un coût de revient de 6,45€ par jour et par personne, soit  $6,45 \times 10 \times 365 = 23542$  €
- Loisirs. Au sein de l'établissement, les dépenses liées à l'animation sont en moyenne de 207€ annuels par résident. Je prévois 100€ par an et par personne, évaluant que certains usagers ne pourront ou ne souhaiteront pas se déplacer dans l'établissement pour les activités ou les sorties, soit 1000€. Les prestations à domicile de l'art-thérapeute sont imputables au budget soins. Si la moitié des personnes en bénéficient 2 fois par mois, cela représente 6000 € ( $50€ \times 24 \times 5$ )

### CHARGES NON RECONDUITES EXPLOITATION COURANTE

- Publicité. Pour la communication externe du nouveau service (impression d'affiches, de flyers...), je prévois un budget de 500 €.
- Achats sacs isothermes. Le transport des repas réalisé par les salariés à partir de l'EHPAD se fait dans des conteneurs adaptés. Leur coût est estimé à 60€, soit  $60 \times 5 = 300$  €.
- La chambre d'urgence est à aménager avec un lit médicalisé et une table de lit, soit  $1260 + 60 = 1320$  €.

### CHARGES DE PERSONNEL

- Les montants des salaires sont calculés selon les coefficients de la convention collective 51, ils sont indiqués chargés, remplacements et primes annuelles compris. Je me suis basée sur la moyenne des salaires et de l'ancienneté en cours dans l'établissement.

Médecin coordonnateur : 4923 € pour 0,05 ETP.

Psychologue : 4074 € pour 0,08 ETP.

Chef de service (cadre infirmier) : 56349 € pour 1 ETP dont 0,5 ETP dans une fonction d'administration (tarif hébergement) et 0,5 ETP dans une fonction de soins (tarif soins)

AS/AMP : 37480€/an par ETP, soit 93702 pour 2,5 ETP. Les postes AS/AMP sont répartis à 70 % en soins et 30 % en dépendance

Agents hôteliers : 33544 €/an par ETP, soit 70443 € pour 2,1 ETP. Les postes sont répartis à 70 % en hébergement et 30 % en dépendance.

- Les astreintes la nuit (de 21h à 7h), soit 10 heures  $\times$  365 jours = 3650 heures d'astreinte. Le salaire annuel moyen d'un infirmier est de 56349 €, soit 31 €/heure. Pour une heure de

permanence, 20 minutes de travail sont comptabilisées, soit un tiers du salaire de jour. Les heures d'astreinte de nuit représentent donc :  $3650 \times 10,3 \text{ €} = 37595 \text{ €}$ .

- Les indemnités kilométriques. Pour les calculer, je me suis basée sur les charges de déplacement du SSIAD du secteur qui sont de 1791 €/an et par place. La zone d'intervention de l'EHPAD à domicile étant plus réduite, je fais une évaluation de 1100€ par an et par place, soit 11000 €. Je propose une répartition tarifaire de 50 % soins, 30 % dépendance et 20 % hébergement.

- Les dépenses de formation sont de 2,5% de la masse salariale, conformément aux directives associatives, soit 5737 € avec une répartition tarifaire selon les ETP

### CHARGES DE STRUCTURE

- L'aménagement de la chambre d'urgence : devis de 1200 € amortissable sur 10 ans, soit une dotation aux amortissements de 120 €.

- Le matériel de bureau et informatique : devis de 4000 € amortissable sur 5 ans, soit une dotation aux amortissements de 800 €.

	<u>compte</u>	<b>NATURE DES CHARGES</b>	SOINS	DEPENDANCE	HEBERGEMENT	<b>TOTAL en €</b>
GROUPE I	6062	Couches, alèses		4620		4620
	6066	Fournitures médicales	2000			2000
	6063	Alimentation			23542	23542
	6112	Art-thérapie / Loisirs	6000		1000	7000
	6062	Achats sacs isothermes			300	300
	6066	Lit médicalisé chambre urgence	1320			1320
	623	Publicité			500	500
GROUPE II	64	Salaires chargés	98688	53316	77484	229488
		Astreintes nuit (infirmiers)	37595			37595
	63	Formation	2295	1434	2008	5737
	62	Indemnités kilométriques	5500		5500	11000
GROUPE III	218	Amortissement aménagement			120	120
	218	Amortissement matériel bureau			800	800
<b>Total</b>			153398	59370	111254	324022
TOTAL CHARGES FIXES			15278	59370	110454	321902
			47%	19%	34%	
<b>Coût à la place</b>			15208	5937	11045	32190

**Annexe 9** : Tableau de synthèse de l'évaluation du plan d'actions

<b>AXE</b>	<b>Impliquer et mobiliser autour du projet</b>
Actions	Constituer les instances (COPIL, groupes de travail) Communiquer en interne sur le projet
Critères	Participation collective et ouverture du projet sur l'extérieur Promouvoir l'innovation
Indicateurs	Régularité des réunions des instances Comptes-rendus effectifs et qualitatifs Participation des représentants du CA, CVS, DUP, partenaires extérieurs L'ensemble du personnel est informé du projet et des avancées Les délais de la phase préparatoire sont respectés
<b>AXE</b>	<b>Constituer, fédérer et intégrer une nouvelle équipe à domicile</b>
Actions	Stratégie de recrutement Participation des salariés (création outils, organisation, prévention des risques) Motivation et fédération de la nouvelle équipe
Critères	Mobiliser des compétences adaptées à l'offre de service Proposer une mobilité interne Intégrer les nouveaux salariés au personnel de l'EHPAD Manager et coordonner l'équipe Harmoniser et partager des pratiques basées sur les valeurs associatives, l'éthique et les RBPP Développer une prévention et gestion des risques spécifiques
Indicateurs	Effectivité du recrutement, difficultés rencontrées, mobilité réelle Procédure d'accueil formalisée et appliquée Régularité des réunions, rédaction des comptes-rendus Réalisation des formations, participation aux groupes d'analyse de pratiques Formalisation et qualité des transmissions Analyse absentéisme, turn-over, climat social, conflits Analyse des entretiens professionnels Mise à jour du DUERP
<b>AXE</b>	<b>Coopérer avec les partenaires/inscrire l'offre sur le territoire</b>
Actions	Identifier et contacter les acteurs du territoire Développer des formes de coopération Promouvoir l'offre auprès de la population
Critères	Renforcer l'ouverture de l'établissement sur le territoire Favoriser le décloisonnement et la participation des professionnels locaux Développer la coopération des acteurs du territoire
Indicateurs	Pourcentage de réponses des professionnels/participation réunion présentation Participation de services extérieurs aux groupes de travail Nombre de chartes de coopération signées Réalisation et utilisation de la procédure d'orientation vers le service Utilisation des outils technologiques aux domiciles Actualisation du site internet/médiatisation du projet
<b>AXE</b>	<b>Sécurisation/moyens technologiques et relais avec l'EHPAD</b>
Actions	Définir objectifs et moyens technologiques adaptés Recherche prestataires, partenaires et financements Former et accompagner usagers et professionnels
Critères	Prévention perte d'autonomie Eviter les hospitalisations/ruptures de parcours Garantir la sécurité dans le respect de l'éthique Maintenir le lien social Efficience et coût du système Utilisation du système par les acteurs

Indicateurs	Nombre de chutes/d'hospitalisations Evaluation régulière du niveau GIR Nombre d'incidents techniques du système Traçabilité des actions des professionnels Contenu quantitatif et qualitatif du cahier de liaison Sentiment de sécurité des personnes/satisfaction appels de convivialité (interrogations régulières) Acceptation/Utilisation du système par les personnes
-------------	--

SOULIE GOUIRAND	Laetitia	Septembre 2017
<b>Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</b> <b>ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS PACA et Corse</b>		
<b>RESTER VIVRE CHEZ SOI : UN CHOIX RENDU POSSIBLE PAR LA CREATION DE L'EHPAD A DOMICILE</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>L'EHPAD Notre Dame de la Ferrage, mono-établissement associatif, est un acteur historique et reconnu sur le territoire de la vallée d'Aigues. Fort de son identité marquée par le respect des valeurs, traditionnellement ouvert sur l'extérieur, l'établissement a su faire évoluer son offre de service pour s'adapter aux changements sociaux et environnementaux.</p> <p>Face aux restrictions budgétaires des autorités et à la double volonté politique et citoyenne de favoriser le maintien à domicile, il est plus que jamais nécessaire d'être dans une démarche prospective et innovante afin de proposer des solutions qui répondent à la volonté des personnes âgées dépendantes et qui respectent leurs droits.</p> <p>L'EHPAD est légitime dans la prise en charge de la dépendance pour diversifier son offre de services en dehors de ses murs. La création de l'EHPAD à domicile est un service rattaché à l'établissement et sous la responsabilité du directeur. Il se veut un dispositif innovant dans le respect des principes éthiques du secteur médico-social, pour permettre aux personnes âgées dépendantes de rester vivre chez elles. Pour ce faire, des orientations stratégiques traditionnelles sont à mettre en œuvre (management, ressources humaines, coopération sur le territoire), complétées par l'utilisation de nouvelles technologies afin de sécuriser les personnes et leurs domiciles.</p>		
<p><b>Mots clés :</b> EHPAD, EHPAD A DOMICILE, DROITS, LIBRE CHOIX, DEPENDANCE, PERTE D'AUTONOMIE, MAINTIEN A DOMICILE, INNOVATION, PROSPECTIVE, ETHIQUE, TERRITOIRE, NOUVELLES TECHNOLOGIES, PROJET</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		