



EHESP

**Directeur d'Établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2017-2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

**Manager la diversification de l'offre en
EHPAD, une réponse aux besoins du
territoire**

Claire VINCENT

Remerciements

Je remercie Madame Christelle ROUTELOUS pour le suivi de ce mémoire, la qualité des échanges, l'écoute et les conseils. J'ai eu un réel plaisir à partager avec elle, sur la vision du directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.

Mes remerciements vont plus particulièrement à l'ensemble des professionnels rencontrés, qui ont accepté de partager leurs expériences avec beaucoup de réalisme.

Un grand merci au Dr. Defebvre pour les discussions et réflexions qu'a suscitées ce mémoire, ainsi que pour la relecture finale.

Ce travail s'est nourri des enseignements reçus, des rencontres, des échanges formels et informels avec les pairs, les professionnels, les résidents et leurs familles.

Enfin, un chaleureux merci à toutes les personnes qui ont contribué de manière directe ou indirecte à ce travail.

Sommaire

Introduction	1
Partie 1 : Politiques publiques et évolution du secteur.....	5
1 Les politiques publiques encouragent et facilitent le maintien à domicile	5
1.1 Une approche en faveur du maintien à domicile.....	5
1.2 Des plans qui favorisent une médicalisation de la vieillesse à domicile et en établissement	6
1.2.1 Le plan Vieillesse et solidarités.....	6
1.2.2 Le Plan Solidarité - Grand Âge.....	6
1.3 Depuis 2010, un contexte de ralentissement de créations de nouvelles places médicalisées et une diversification des services	7
2 Etat des lieux : dans un contexte d'évolution et d'émergence de nouveaux besoins, des EHPAD en difficultés.....	8
2.1 Une évolution des profils des entrants : les personnes âgées entrent en établissements médicalisés à des âges plus élevés et plus dépendantes.....	8
2.2 Les aidants, un enjeu majeur pour les années à venir.....	10
2.2.1 Une répercussion de l'aide sur leur santé.....	10
2.2.2 Un risque accru de rupture sociale et d'isolement	11
2.2.3 Une reconnaissance des aidants et de leurs besoins.....	11
2.3 Au sein des EHPAD, une situation budgétaire contrainte, une souffrance au travail des professionnels	13
3 Développer une stratégie de diversification, d'adaptation de l'offre de services, en réponse à l'évolution des besoins populationnels et aux difficultés internes.....	14
3.1 Un secteur en constante mutation.....	14
3.2 Une légitimité des EHPAD de se repositionner, se réinventer et innover afin d'apporter une réponse graduée, à travers une vision parcours.....	16
3.3 Présentation de la méthode de recherche	17
3.3.1 Recueil de données auprès de l'autorité de tutelle et des professionnels ...	18
3.3.2 Elaboration de la grille d'entretien	19
3.3.3 Conduite des entretiens	19

Partie 2 : Diagnostic des expériences innovantes concernant la diversification de l'offre de services de l'EHPAD.....	21
1 Présentation des différents cas : élargir et diversifier son offre pour répondre aux besoins émergents du territoire.....	21
1.1 Approche longitudinale de la plateforme d'accompagnement et de répit.....	21
1.1.1 Un projet construit à partir de l'EHPAD, qui permet une mobilisation tout au long du parcours aidant-aidé du domicile à l'institutionnalisation	21
1.1.2 Une approche qui innove par l'apport d'une expertise gériatrique auprès des aidés, des aidants familiaux, des professionnels du territoire.....	23
1.2 Approche in situ : un accompagnement au plus près du lieu de vie à travers un service d'accueil de jour itinérant et de répit à domicile	23
1.2.1 Une offre « sur mesure » aux besoins spécifiques de ce territoire rural	23
1.2.2 Une expérimentation d'un accompagnement au plus près du lieu de vie	24
1.3 Une filière complète d'accompagnement : une réponse graduée aux besoins des personnes âgées du territoire	25
1.3.1 Une diversification progressive de l'offre à partir de l'activité d'hébergement de l'EHPAD.....	25
1.3.2 Un panel complet d'activités 24h/24, au service des personnes âgées du territoire	25
1.4 La création d'un pool inter établissement d'infirmiers mutualisés de nuit en astreinte	25
1.4.1 Une réponse commune à un besoin de territoire	25
1.4.2 Une expertise infirmière de nuit, au service des résidents et des professionnels	26
1.5 L'équipe mobile gériatrie inter-EHPAD d'un territoire PAERPA : la télémédecine, un outil supplémentaire au service des résidents et des professionnels	26
1.5.1 Une synergie territoriale en faveur de la personne âgée	26
1.5.2 Une expertise au lit du résident grâce à la télémédecine et un soutien aux professionnels	26
1.6 Ces expérimentations et innovations : une réponse aux besoins du territoire	27
2 Manager la diversification de l'offre en EHPAD.....	27
2.1 Le pilotage stratégique : définir les orientations de l'établissement au sein du territoire.....	28
2.1.1 La réponse aux appels à projet : quelles initiatives pour les directeurs ?	28

2.1.2	Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : un outil au service de l'innovation et de la diversification de l'offre ?.....	29
2.2	Le pilotage financier : garantir un équilibre tout en innovant.....	30
2.3	Le pilotage des ressources humaines : un levier déterminant pour la réussite du projet	32
2.3.1	Accompagner les métiers et professionnaliser les personnels.....	32
2.3.2	Mutualiser les ressources humaines	33
2.3.3	Instaurer un management de proximité	34
2.3.4	Préserver une qualité de vie au travail	35
2.4	Le pilotage par la qualité : évaluer, mesurer pour s'améliorer.....	35
	Partie 3 : La diversification de l'offre de services en EHPAD : quelle posture pour le directeur ?.....	37
1	Développer des compétences pour innover	37
1.1	Acquérir des capacités d'innovation	37
1.2	Manager en mode projet : une nouvelle façon de piloter et animer.....	38
1.3	Fédérer, développer le travail partenarial	39
2	Anticiper les évolutions à venir du secteur	41
2.1	Dans un contexte réglementaire qui encourage la diversification de l'offre tout en la contraignant, instaurer une veille juridique afin de limiter les risques et saisir les opportunités.....	41
2.2	Relever le défi numérique : des technologies au service des résidents et des professionnels.....	43
2.3	S'inscrire dans les mesures favorables à la diversification de l'offre des EHPAD et à la mise en place de services innovants	44
3	Au-delà de la l'innovation et de diversification de l'offre, rechercher la performance.....	45
3.1	Piloter la performance dans le secteur médicosocial	46
3.2	Le management RSE, un levier de la performance pour innover au service des professionnels et des résidents.....	47
3.3	Viser la performance par un management qui associe les professionnels.....	49
	Conclusion.....	51
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFNOR : Association Française de Normalisation
AMP : Aide Médico Psychologique
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
APA : Allocation Personnalisée Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
ASV : Adaptation de Société au Vieillessement
CASF : Code de l'Action Sociale et Familiale
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COPIL : Comité de Pilotage
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DESSMS : Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social
D3S : Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social
DGCS : Direction Générale de l'Action Sociale
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMGIE : Equipe Mobile Gériatrique Inter-EHPAD
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP : Equivalent Temps Plein
FIR : Fonds d'Intervention Régional
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Gir Moyen Pondéré
GVT : Glissement Vieillesse Technicité
HAD : Hôpital A Domicile
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur
LFSS : Lois de Financement de la Sécurité Sociale
MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MOOC : Massive Open Online Course
ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
PAERPA : Parcours des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie
PASA : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
PFR : Plateforme d'accompagnement et de Répit
PMND : Plan Maladies NeuroDégénératives
PMP : Pathos Moyen et Pondéré
PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS : Projet Régional de Santé
RSE : Responsabilité Sociale des Etablissements
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé
USLD : Unité de Soins Longue Durée
UVA : Unité de Vie Alzheimer

Introduction

Le stage extérieur réalisé à l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts de France m'a permis de découvrir une nouvelle vision de l'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) à travers des expériences innovantes de diversification de services en interne et en externe (diversification d'activités à travers une plateforme d'accompagnement et de répit (PFR), un accueil de jour itinérant, de l'accueil temporaire, ainsi que du répit à domicile, utilisation de la télémédecine). Outre l'innovation, j'ai surtout été marquée par le dynamisme et l'audace des directeurs rencontrés.

La participation au colloque « être D3S, aujourd'hui et demain » a renforcé cette vision : « Le directeur d'ESSMS (Etablissement Sanitaire Social et Médico-Social) est un manager au quotidien qui construit l'avenir dans une logique territoriale.¹ »

Les trois EHPAD du centre hospitalier (CH) où je suis en stage disposent d'une offre d'hébergement « classique » : hébergement, accueil de jour, UVA (Unité de Vie Alzheimer) et UHR (Unité d'Hébergement Renforcé). Tous comme les autres EHPAD, ils sont confrontés à une augmentation de la dépendance des résidents accueillis, corrélée à un problème structurel de financement et d'un mal être profond des personnels.

En effectuant des recherches bibliographiques, plusieurs documents m'ont interpellée : « *L'EHPAD de demain doit être plus ouvert sur son territoire et fournir des ressources de proximité dans ou en dehors de ses murs* », ont avancé plusieurs intervenants lors des Assises nationales des EHPAD.² Cette nouvelle représentation se traduit également dans les propos du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, Michel Laforcade : « *Il s'agit de mettre à disposition les compétences de l'EHPAD à l'ensemble de la population alentour, et non plus la réserver aux résidents de l'établissement* ». Madame IBORRA évoque : « *une évolution de l'EHPAD vers une plateforme de services et de soins à domicile structurant un territoire et combinant prise en charge en établissement, prise en charge à domicile et permettant le répit des aidants. [...] Il y a vraiment un consensus de tous les acteurs, qui est de dire que le modèle tel qu'il est aujourd'hui n'est pas le modèle à défendre [...]. Nous avons négligé de nous poser les questions de la place des EHPAD dans le parcours et la filière d'accompagnement des personnes âgées.* »³

¹ GRARD E., LELIEVRE A, PIGALE H., « *Directeur d'ESSMS : manager au quotidien et construire l'avenir dans une logique territoriale* », in ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE, 30 mars 2018, Rennes.

² BESNIER C. 2018, « *L'Ehpad de demain, fournisseur de ressources sur son territoire* » *La news letter de Gerontonews.com* [en ligne], [visité le 24 mars 2018], disponible sur internet : https://www.gerontonews.com/l-Ehpad-de-demain-fournisseur-de-ressources-sur-son-territoire-NS_CZ1P5ZZJC.html

³ Assemblée Nationale des Affaires Sociales, 2017, *Communication de Madame IBORRA M., rapporteure de la « mission Flash » de l'assemblée sur les EHPAD* [en ligne], [visité le 09.07.2018], disponible sur internet : http://www.assemblee-nationale.fr/static/15/commissions/CAffSoc/Mission_flash_EHPAD_communication_rapporteure_20170913.pdf

Je me suis alors posée la question : comment un EHPAD peut-il diversifier ses services vers l'extérieur, en réponse aux attentes et aux besoins de la personne âgée du territoire, tout en alliant performance économique et qualité de vie au travail pour les personnels ?

Cette vision n'est pas contraire à la définition de l'Article L 321-1 du CASF (Code de l'Action Sociale et de la Famille) ⁴« *les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. [...]»*. Telle qu'elle est conçue par le législateur, cette définition ne limite donc pas l'activité de l'EHPAD à l'intra.

Cette nouvelle représentation développe l'image d'un EHPAD "tourné vers l'extérieur", capable d'exporter son expertise auprès de la population des personnes âgées vivant à domicile ou dans d'autres types d'établissements, et d'ainsi assurer une continuité d'accompagnement auprès de la personne âgée. Cela nécessite de se saisir de l'ensemble des enjeux du secteur aujourd'hui. En effet, cette ouverture sur l'extérieur peut aussi représenter une opportunité de donner davantage de sens aux professionnels de l'établissement, par la reconnaissance de leurs compétences jusqu'à l'extérieur de la structure ou de se trouver de nouvelles marges de manœuvre financières. Toutefois, il convient de s'interroger sur les risques et les menaces d'un tel projet. Enfin pour le directeur, cette stratégie nécessite-t-elle d'acquérir des compétences complémentaires, une nouvelle posture ?

Les EHPAD peuvent privilégier les coopérations externes avec les acteurs sanitaires, gériatriques et médico-sociaux sur leurs territoires pour apporter des solutions et services adaptés aux besoins de leurs résidents. Le sujet est ici abordé sous la vision de la diversification de l'offre et non de la coopération.

Le secteur des EHPAD semble aujourd'hui en profonde mutation (Partie 1), en raison de causes multifactorielles :

- Les politiques publiques ont encouragé et facilité le maintien à domicile (I). Si les différents plans ont favorisé une médicalisation de la vieillesse, depuis 2010, la création de nouvelles places médicalisées ralentit et ces derniers incitent désormais à une diversification des services.
- Dans un contexte de vieillissement de la population et sous l'effet de ces politiques, les personnes âgées entrent en EHPAD à des âges plus élevés et plus dépendantes. Sur les territoires, de nouveaux besoins émergent comme la problématique des aidants. En parallèle, la situation de nombreux EHPAD est tendue à cause d'une situation budgétaire contrainte et d'une souffrance au travail des personnels. (II)

⁴ Article modifié par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

- Les EHPAD ont la légitimité pour se repositionner sur les territoires, innover en développant une stratégie de diversification, d'adaptation de l'offre de services, en tenant compte des services existants en ville (Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), Hôpital à Domicile (HAD), etc.). En effet, en s'appuyant sur leurs expertises, ces structures peuvent offrir de nouveaux services aux personnes âgées vivant à domicile et à leurs proches aidants, tout en continuant d'accueillir des personnes âgées très dépendantes. L'enjeu est de répondre aux besoins de la population tout en garantissant une efficacité économique et une qualité de vie au travail (III). Ce constat impose d'approfondir les différents cas de diversification en s'appuyant sur les pratiques et expérimentations en cours, en somme de réaliser un diagnostic de l'existant. La méthodologie employée s'est appuyée dans un premier temps sur des recherches de documents et de ressources mobilisables. Des entretiens ont été menés auprès de directeurs et équipes afin d'identifier les services mis en place, la conduite de projet instaurée, les ressources mobilisées, et de déterminer les éléments d'opportunité et de vigilance.

Les expériences innovantes sont exposées sous la forme d'une analyse inter-cas (Partie 2) :

- Les cinq expériences explorées sont présentées (I). La diversification de l'offre est une réponse à l'évolution et à l'émergence de nouveaux besoins sur le territoire.
- Ces services se sont mis en place selon un management (II) qui nécessite un pilotage de la stratégie mais aussi des ressources financières, humaines et de la qualité.

La réussite de la diversification de l'offre (Partie 3) repose sur la posture du directeur.

- Au regard des recherches bibliographiques et de l'analyse des entretiens, il apparaît que développer une nouvelle offre nécessite des aptitudes particulières. Le directeur doit accroître ses compétences à innover, manager en mode projet en fédérant en interne et avec les partenaires du territoire. (I)
- Dans un environnement complexe et changeant, il doit anticiper les évolutions réglementaires et chantiers à venir, afin de maîtriser les risques et saisir les opportunités. (II)
- Enfin, l'innovation et la diversification de l'offre sont au service de la performance. La stratégie Responsabilité Sociale de l'Entreprise (RSE) et le management participatif décrits dans les expériences, la favorisent. (III).

Débutons par la présentation des enjeux actuels des EHPAD.

Partie 1 : Politiques publiques et évolution du secteur

1 Les politiques publiques encouragent et facilitent le maintien à domicile

Le dispositif d'accompagnement à domicile de la dépendance du sujet âgé s'est progressivement structuré. A partir de 1975-1980, les plans ont favorisé la médicalisation de la vieillesse à domicile et en établissement. Depuis 2010, la création de nouvelles places médicalisées ralentit et les services se diversifient.

1.1 Une approche en faveur du maintien à domicile

Le Rapport Laroque de 1962 définit le maintien à domicile des personnes âgées comme une orientation majeure des années à venir. Il s'agit de maintenir leur autonomie et leur insertion dans la société.⁵ Ces politiques centrées sur le domicile sont induites d'une part par les souhaits émis par la majorité des personnes concernées et d'autre part par la volonté de maîtrise des dépenses publiques.

Cela se traduit par un soutien financier affirmé, au travers le versement de l'allocation personnalisée autonomie (APA) à domicile.⁶ En outre, le secteur des services à la personne se développe et se structure avec la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui intègre dans son champ les services prestataires d'aide à domicile, et la loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne.

De plus, la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV) réaffirme la priorité au maintien à domicile, par l'adaptation des logements, la transformation de la ville, des transports, le développement des technologies et de la domotique. Elle introduit une démarche préventive et proactive globale en faveur de l'autonomie. En effet, la conférence des financeurs qu'elle institue est chargée d'établir et mettre en œuvre un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention, pour les personnes âgées de plus de 60 ans. Elle place en priorité l'accompagnement des personnes âgées dans leur parcours de vie, leur permettant de vieillir chez elles. Pour cela, elle revalorise et améliore l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile. Elle reconnaît un statut au proche-aidant et lui confère un droit au répit.⁷

⁵ Haut Comité Consultatif de la population et de la famille, *Politique de la vieillesse, Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidé par P. Laroque*, La Documentation française, 438p.

⁶ 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.

⁷ La problématique des aidants est approfondie dans la partie 2.2.

1.2 Des plans qui favorisent une médicalisation de la vieillesse à domicile et en établissement

Les années 1975-1980 sont marquées par la médicalisation de la perte d'autonomie des personnes âgées, en réponse au vieillissement de la population. Dans une volonté de privilégier leur libre choix, les différents plans successifs soutiennent à la fois le maintien à domicile, tout en favorisant le développement d'une offre d'accueil en établissements médicalisés. Leur finalité est de préserver ce libre choix, tout en garantissant, des conditions de vie dignes et adaptées.

Ce sont les orientations du plan Vieillissement et solidarité, du Plan Solidarité-Grand Âge.

1.2.1 Le plan Vieillissement et solidarités⁸

Mis en place, après la canicule de l'été 2003, le Plan Vieillissement et solidarités ambitionne de répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées et des personnes handicapées. Il soutient le maintien à domicile par l'augmentation du nombre de places en service de soins infirmiers à domicile ainsi qu'en accueil de jour et en accueil temporaire dans les établissements. En parallèle, il vise à moderniser et médicaliser ces derniers, par le recrutement de personnels soignant supplémentaires et la création de places nouvelles en EHPAD. Le rythme de création est beaucoup plus soutenu que celui constaté jusqu'alors. Sont ainsi créées en EHPAD 14 399 places médicalisées, 1837 places en hébergement temporaire et 4140 places d'accueil de jour.⁹

Pour les structures, ce plan favorise donc la médicalisation tout en incitant à une diversification de l'offre, même si le nombre de places créé en accueil temporaire (accueil de jour et hébergement temporaire) a été moindre que l'objectif fixé.

1.2.2 Le Plan Solidarité - Grand Âge¹⁰

Le Plan Solidarité - Grand Âge précise : « Avec l'allongement de la longévité, notre vision du domicile doit changer. Beaucoup de personnes âgées peuvent rester chez elles. C'est un choix de vie qu'elles doivent être en mesure d'exercer en toute liberté, si leur état de santé le permet. Mais cela suppose de faciliter la vie au domicile.¹¹ » Dans cette perspective, il s'articule autour de cinq grands axes dont le premier : le libre choix du domicile. Cela implique le développement de services de soins et d'aide à domicile, le soutien aux aidants familiaux, et la capacité d'assurer une continuité entre domicile et maison de retraite. « La maison de retraite de demain », devra permettre d'éviter les ruptures de prise en charge entre domicile et hébergement et, pour les personnes âgées,

⁸ Plan Vieillissement et solidarités 2004-2007.

⁹ Direction générale de l'action sociale.

¹⁰ Plan Solidarité - Grand Âge 2007-2012.

¹¹ MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE, 2006, *Plan Solidarité Grand Âge*, p.7.

d'y mieux vivre. L'objectif est donc de leur offrir des établissements plus médicalisés, avec une palette de services diversifiés en lien avec le domicile : développement de l'offre de soins et de services ménagers, soutien à l'entourage familial, etc. Tous les leviers sont de ce fait mobilisés pour adapter le domicile au service du grand âge. Afin d'offrir aux personnes âgées une solution de prise en charge adaptée à leur situation personnelle et à leurs souhaits, l'ouverture des structures vers l'extérieur apparaît alors comme une nécessité.

Par conséquent, ce plan incite à la diversification de l'offre des établissements, qui constitue des solutions intermédiaires entre le domicile et l'établissement (accueil de jour, hébergement temporaire, etc.). Il aura ainsi permis au 31 décembre 2016, l'installation de 38 540 places en hébergement permanent, 7071 places d'accueil de jour et 4439 en hébergement temporaire.¹²

Ces plans ont donc favorisé la création de places médicalisées en EHPAD, ainsi qu'une diversification de l'offre en faveur de l'accueil temporaire.

1.3 Depuis 2010, un contexte de ralentissement de créations de nouvelles places médicalisées et une diversification des services

Après deux décennies de politiques publiques en leur faveur, la création de nouvelles places médicalisées s'est nettement ralentie depuis 2010. En effet, entre 2007 et 2011, le rythme moyen de création de places était de 15 000 par an¹³. En 2014, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) compte la création de 6 289 places et annonce une perspective 2015-2019 des ouvertures envisagées par les ARS de 18 600 places au total en EHPAD.¹⁴ Cette tendance se traduit à travers les schémas régionaux de santé et les schémas départementaux de l'autonomie qui encouragent le maintien à domicile. Les appels à projets se raréfient et concernent essentiellement la rénovation et médicalisation de places existantes et de moins en moins de créations nouvelles. Cela est lié à la croissance démographique des plus de 85 ans : en 2070, si les tendances démographiques observées jusqu'ici se prolongent, la France comptera 13,7 millions de personnes âgées de plus de 75 ans, soit deux fois plus qu'en 2013. Le nombre de personnes de 85 ans ou plus pourrait presque quadrupler, passant de 1,8 million à 6,3 millions¹⁵. Le vieillissement de la population française à échéance 2030-2050 progresse donc, avec notamment une progression forte des 85 ans et plus. Pour autant, en 2013, seules 17% des personnes de plus de 85 ans sont dépendantes.

¹² CNSA, Création des places ESMS : bilans et procédure d'appel à projet, [mis à jour le 18 mai 2018], disponible sur internet : <https://www.cnsa.fr/print/accompagnement-en-etablissement-et-service/loffre-medico-sociale/les-creations-de-places>.

¹³ VOLANT S., 2014, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Etude et Résultats*, n°877, DREES, février, 6 p.

¹⁴ RESEAU KPMG, 2015, *EHPAD : Vers de nouveaux modèles*, p. 8.

¹⁵ INSEE Première n°1619.

Par ailleurs, le **plans Alzheimer 2008-2012¹⁶ et Maladies neurodégénératives (PMND) 2014-2019** développent des axes forts sur l'amélioration de la qualité de vie des malades, des aidants et encouragent au développement de nouveaux services. Les objectifs portent sur l'accompagnement des aidants, par la diversification des structures de répit (accueil de jour, hébergement temporaire, expériences innovantes) et un soutien accru (plateforme d'accompagnement et de répit). Au sein des établissements, il est question d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de troubles cognitifs et comportementaux avec la mise en place de pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) ainsi que d'Unités d'Hébergement Renforcé.

L'offre des EHPAD a donc évolué sous les effets des grands plans de santé publique (Plan Vieillesse et solidarité, Plan Solidarité grand âge, Plans Alzheimer). Elle s'est médicalisée, se spécialisant dans la prise en charge de la grande dépendance et des troubles cognitifs. En outre, elle s'est diversifiée ; au côté de l'hébergement permanent, se développe d'autres services : hébergement temporaire, accueil de jour, etc. Ces évolutions réglementaires sont corrélées à l'évolution des besoins de la population. Quels sont-ils ?

2 Etat des lieux : dans un contexte d'évolution et d'émergence de nouveaux besoins, des EHPAD en difficultés

L'EHPAD étant une réponse aux besoins d'un territoire, il convient de s'interroger au contexte dans lequel il évolue. Quelle est l'évolution des besoins populationnels ? De nouveaux besoins sont-ils apparus ? Dans cette conjoncture, comment se portent les EHPAD ?

2.1 Une évolution des profils des entrants : les personnes âgées entrent en établissements médicalisés à des âges plus élevés et plus dépendantes

Dans ce contexte de vieillissement de la population, l'évolution du profil des entrants relève tout d'abord d'un choix. En effet, à la question, dans le cas où vos capacités physiques diminueraient avec l'âge, que préférez-vous ?, 90% des personnes interrogées répondent adapter son domicile pour y rester en bonne santé et en sécurité.¹⁷ Les personnes préfèrent ainsi recevoir des soins de longue durée dispensés à domicile plutôt que dans des institutions.

¹⁶ Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

¹⁷ Sondage Opinionway pour l'Observatoire de l'Intérêt Général, 2012, www.agevillagepro.com du 11 avril 2012.

Par ailleurs, le vieillissement de la population et les mesures des politiques publiques encourageant le maintien des personnes âgées à domicile, développées dans la partie précédente ont contribué au recul de l'âge à l'entrée en EHPAD.

En 2015, les entrants sont plus âgés en moyenne de 9 mois (85 ans et 2 mois) que ceux de 2011.¹⁸ Les personnes âgées entrent en établissement quand le maintien à domicile a atteint ses limites : une dépendance psycho-cognitive, devenue trop lourde à gérer par les proches et qui nécessite des soins et des accompagnements croissants, spécialisés et coûteux.¹⁹

« Il y a 15 ans, dans un établissement de 100 lits, il y avait encore 10-15 personnes qui étaient totalement valides. Aujourd'hui, il n'y a plus aucun résident totalement valide, car la possibilité de rester à domicile existe. Les EHPAD se sont, de fait, spécialisés progressivement dans la grande perte d'autonomie. Il y avait aussi, à l'époque, des unités de soins de longue durée [USLD] qui n'accueillaient véritablement que des populations GIR 1-2 ».²⁰ La transformation entre 2006 et 2010, de 39000 lits d'USLD en lits d'EHPAD a de surcroît accru la médicalisation des structures d'hébergement.²¹

En outre, les résidents arrivés en établissement au cours de l'année 2015 sont en moyenne moins autonomes qu'en 2011.²² Ce qui confirme la tendance : les personnes dépendantes (GIR 1 à 4) représentaient 83% en 2015 (81% en 2011)²³ et celles très dépendantes (GIR 1 et 2) 55% des résidents²⁴. Par conséquent, cette évolution se traduit à travers le Groupe Iso Ressource Moyen Pondéré (GMP) qui est passé de 680 à 722 en moyenne, soit une progression de +6% depuis 2010 du niveau de dépendance des résidents. Cela est également visible dans la charge en soins à travers le PATHOS Moyen et Pondéré (PMP) qui augmente de 9,4% sur cette même période.²⁵

Cette analyse rejoint celle du Rapport Iborra- Fiat²⁶ : « cette réalité découle de l'avancée en âge de la population, et de choix politiques : la priorité ayant été donnée au maintien à domicile depuis une dizaine d'années, l'entrée en établissement est aujourd'hui le dernier recours. »

¹⁸ MULLER M., 2017, n°1015, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Etudes et Résultats*, n°1015, DREES, juillet, p. 6.

¹⁹ RESEAU KPMG, 2015, EHPAD : Vers de nouveaux modèles, p. 7.

²⁰ ARNAIZ-MAUME F, 2018, « L'avenir est aux hébergements mixtes », *Actualités Sociales Hebdomadaires* n°3051, pp.6-9.

²¹ MORIN L., 2015, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France métropolitaine en 2014, *la Revue de Gériatrie*, tome 40, n°9, p. 529.

²² MULLER M., 2017, n°1015, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Etudes et Résultats*, n°1015, DREES, juillet, p. 3.

²³ PREVOT J., 2009, « Les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Etudes et Résultats*, n°699, DREES, août.

²⁴ MULLER M., 2017, n°1015, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Etudes et Résultats*, n°1015, DREES, juillet, p. 3.

²⁵ CNSA, 2017, *La situation des EHPAD en 2016*, 82p.

²⁶ IBORRA M., FIAT C., 2018, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales en conclusion de la mission sur les EHPAD*, n°769, [visité le 09.07.2018], disponible sur internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0769.asp>

Ainsi, face à cette augmentation de la dépendance, une nouvelle place semble laissée aux EHPAD qui consacrent désormais une partie grandissante de leurs places existantes à des GIR 1-2, faisant apparaître des besoins d'organisation différents en EHPAD. Reste que sur les territoires, à domicile, d'autres besoins émergent également.

2.2 Les aidants, un enjeu majeur pour les années à venir

En 2008, sur les 13,2 millions de personnes de plus de 60 ans vivant à domicile, 4,3 millions, soit 28% de cette population, sont aidées régulièrement, en raison d'un problème de santé ou d'un handicap, dans les tâches de la vie quotidienne, financièrement ou par un soutien moral.²⁷ Parmi elles, 3,9 millions apportent une aide à la vie quotidienne.

Les aidants consacrent plus de six heures par jour au malade. D'autant plus que, selon cette étude, un tiers des aidants ne bénéficient d'aucune aide extérieure.²⁸ Les tâches de l'aidant sont multiples : soins d'hygiène, préparation des repas, stimulation intellectuelle, incitation à la marche, suivi du traitement médicamenteux, etc. Dans la littérature internationale, le care renvoie à l'effort mental, émotionnel et physique requis pour s'occuper de, répondre aux besoins, soutenir et soigner une personne ayant une perte d'autonomie.

Cependant, la disponibilité des aidants proches pourrait diminuer en raison de l'évolution de la société, comme l'intégration croissante des femmes sur le marché du travail, les nouvelles structures familiales (diminution de la taille des ménages, éloignement géographique). Les avancées sociales, dont l'accès des femmes au marché du travail, interrogent sur la disponibilité des aidants actifs.²⁹ Aujourd'hui, ils représentent 6 à 8% de la population active³⁰, ce chiffre devrait atteindre près de 15% d'ici 10 ans.³¹

De plus, de nombreuses enquêtes ont mis en évidence les conséquences négatives du rôle d'aidant sur leur santé, leur vie professionnelle et sociale.

2.2.1 Une répercussion de l'aide sur leur santé

Les aidants de personnes âgées ou de personnes lourdement handicapées sont en effet, sujets à la fatigue et sont parfois au bord de l'épuisement : neuf sur dix se disent fatigués moralement et huit sur dix éprouvent une fatigue physique.³² L'aide apportée est aussi source de stress : trois quarts des aidants déclarent se sentir anxieux, stressés ou surmenés. L'impact est négatif sur leur santé physique (risque accru de mortalité

²⁷ Enquête Handicap-Santé, 2008, Volet Aidants.

²⁸ SOULLIER, N., 2012, « Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie », *Etudes et Résultats*, n°799, DREES, mars.

²⁹ FONTAINE R., 2009, « Aider un parent âgé se fait-il au détriment de l'emploi ? », *Retraite et Société*, n°58, pp. 31-61.

³⁰ BVA/Fondation Novartis, 2010, « Les aidants familiaux en France », Panel national des aidants familiaux.

³¹ DREES, Enquête Handicap-Santé, 2008, Volet Aidants.

³² Ibid.

nettement supérieur à ceux des non-aidants) et mentale (risque accru de dépression). Les troubles du comportement, les déficiences cognitives et fonctionnelles de l'aidé impactent plus lourdement la vie de l'aidant.³³

Ainsi, les aidants de personnes âgées accomplissent parfois leur activité d'aide au détriment de leur santé comme le déclarent 56% d'entre eux. La santé de la personne aidée devient la préoccupation principale, reléguant parfois au second plan leur propre santé : 18% déclarent avoir renoncé à des soins au cours de ces douze derniers mois alors qu'ils en ressentaient le besoin.³⁴

2.2.2 Un risque accru de rupture sociale et d'isolement

Être aidant a également des conséquences sur la vie familiale et professionnelle. Les aidants trouvent, en effet, difficilement du temps pour leurs loisirs, leurs sorties ou quelques jours de vacances.

Autre enjeu, un aidant sur deux est encore en activité professionnelle, ce qui est source de difficultés particulières en matière de gestion d'emploi du temps ou de fatigue accrue. Comme le montre les différentes enquêtes socio-économiques en France et en Europe (HSM/HSA, Share), la vie professionnelle est fortement impactée. Les principales difficultés rencontrées sont : le manque de temps (39%), du stress (21%) et de la fatigue (19%).³⁵ Ce contexte favorise un risque accru de rupture sociale, d'isolement et de négligence de sa propre santé.

2.2.3 Une reconnaissance des aidants et de leurs besoins

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement reconnaît l'action du proche aidant en lui donnant une définition³⁶ et lui confère des droits.

Ma participation à la journée d'échanges des pratiques professionnelles et d'expériences autour de l'aide aux aidants en France et en Belgique m'a permis de prendre conscience de l'hétérogénéité des aidants, de leurs besoins et par conséquent, de la nécessité d'une diversification des dispositifs d'aide. M. Caradec³⁷ insiste sur la diversité des aidants correspondant à la diversité des réalités. En effet, les différentes expériences de l'aide montrent des souffrances, des plaintes mais aussi des réalités positives comme la notion d'existence.

³³ ORY M.G. and al, 1999, « Prevalence and impact of caregiving : a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers », *The Gerontologist*, vol.39, n°2, pp. 177-185.

³⁴ SOULLIER, N., 2012, « Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie », *Etudes et Résultats*, n°799, DREES, mars

³⁵ BVA-Fondation Novartis, 2010, « Les aidants familiaux en France », Panel national des aidants familiaux.

³⁶ Art L. 113-1-3 du CASF.

³⁷ Journée d'échanges de pratiques professionnelles et d'expériences autour de l'aide aux aidants en France et en Belgique 06/10/2015, Lille.

Plusieurs besoins sont identifiés :

- Un besoin d'information, qui concerne à la fois la maladie (son traitement, son évolution), la réalité quotidienne, les aides et les droits auxquels ils peuvent prétendre. Les aidants ont besoin d'être informés sur les ressources mobilisables aux différentes étapes de l'évolution de la situation. Enfin, lors de l'institutionnalisation de leur proche, les aidants évoquent aussi l'utilité d'obtenir plus d'informations sur la vie en établissement.
- Un besoin de soutien : pour combattre l'isolement social et familial par un échange avec d'autres personnes dans la même situation ou avec un professionnel. Les aidants ont besoin d'être soutenus dans l'acceptation de la maladie et de ses conséquences, valorisés dans leur rôle et en même temps sensibilisés aux limites de celui-ci.
- Un besoin de formation : il ne s'agit pas d'une professionnalisation mais d'un soutien. En effet, les aidants, pour assumer leur rôle au mieux, ont besoin de connaître et appréhender la maladie afin d'acquérir des compétences sur les attitudes, les gestes adéquats.
- Un besoin de répit : afin de les soutenir, la loi ASV instaure un droit au répit.³⁸ Toutefois, cette aide au répit est conditionnée au fait que la personne soit bénéficiaire de l'APA. Au-delà des plafonds de cette allocation, une enveloppe annuelle de 500€ peut financer de l'accueil temporaire ou renforcer le soutien à domicile. De plus, en cas d'hospitalisation d'un proche aidant qui ne peut être remplacé et dont la présence est indispensable à la vie à domicile, une allocation de 992€ peut être accordée.

La prise en compte de la problématique des aidants revêt donc un enjeu majeur pour les années à venir.

Ainsi les EHPAD accueillent des résidents plus dépendants, les personnes âgées recourant à l'hébergement en derniers recours. Parallèlement, de nouveaux besoins émergent comme la problématique de l'accompagnement à domicile et donc de l'épuisement des aidants. La dépendance plus importante des personnes âgées à leur entrée en EHPAD, la part grandissante des résidents atteints de pathologies psychocognitives, et la dégradation de leur santé génèrent des besoins d'accompagnement plus complexes, sources de nouveaux enjeux pour les établissements.

³⁸ Art L. 232-3-2 du CASF.

2.3 Au sein des EHPAD, une situation budgétaire contrainte, une souffrance au travail des professionnels

La situation de nombreux EHPAD est tendue à cause d'un problème structurel de financement et d'un mal être profond des personnels³⁹.

Entrée en vigueur en janvier 2017, la réforme tarifaire suscite de nombreuses inquiétudes. Cette évolution de la tarification s'accompagne au 1^{er} janvier 2017, d'un passage d'un système rétrospectif à un système prospectif, c'est-à-dire d'une logique d'approbation des dépenses à la réalisation d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) équilibré, qui ajuste les dépenses prévisionnelles en fonction des prévisions de recettes.⁴⁰ D'une part, le pilotage par les ressources avec un passage à un financement forfaitaire de la dépendance et des soins engendre des difficultés supplémentaires. Le niveau de ressources résulte désormais d'une équation tarifaire prenant en compte respectivement le niveau de dépendance moyen des résidents et en soins (mesurés à l'aide des outils AGGIR et PATHOS). D'autre part, la convergence tarifaire qui s'étale jusqu'en 2023, entraîne une baisse de moyens pour les uns au profit d'autres moins bien lotis.

Les acteurs n'incriminent pas uniquement le manque de moyens, mais cette pression comptable, nuit à l'émergence d'idées pour réformer les modèles d'EHPAD, le management et les trajectoires des usagers et des professionnels.⁴¹

Par ailleurs, les conditions de travail sont vécues comme très difficiles par les professionnels, aussi bien physiquement que psychiquement et la charge mentale y est importante. Du fait de l'évolution des profils des résidents accueillis (dépendance, troubles cognitifs), les personnels soignants soulignent un alourdissement de leur charge et une modification de leurs conditions de travail. En conséquence, leurs missions se sont au fil du temps concentrées sur les tâches de soins, de nursing et d'hygiène au détriment de l'accompagnement relationnel et du maintien des capacités.⁴² Or, compte tenu de son coût et de son impact sur les organisations et la qualité de l'accompagnement, la prévention de l'absentéisme est un enjeu majeur pour les établissements.⁴³

³⁹ MARQUIER R, VROYLANDT T, TOLDRE C, et al., 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Etudes et Résultats*, n°5, DREES, septembre 32p.

⁴⁰ Art 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

⁴¹ GUILLIER A., 2018, « EHPAD : des pistes pour sortir d'une crise qui s'enracine », *Travail Social Actualités*, n°89, pp. 10-12.

⁴² MARQUIER R, VROYLANDT T, TOLDRE C, et al., 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Etudes et Résultats*, n°5, DREES, septembre 32p.

⁴³ RANDON S., BARET C., PRIOULT C., 2011, « La prévention de l'absentéisme de personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale », *Management et Avenir*, n°49, pp. 133-149.

Les rapports récents appuient les difficultés rencontrées par les structures d'hébergement de personnes âgées. Le Rapport Iborra-Fiat souligne la souffrance au travail importante des équipes. En témoignent des taux élevés d'accidents de travail et d'absentéisme, et une prise en charge dégradée. Le Rapport Bonne Milon⁴⁴ insiste sur la crise profonde que traverse le modèle de ressources humaines. Il propose une réflexion plus stratégique sur l'EHPAD comme élément principal de la prise en charge de la dépendance.

Les besoins de la population sur les territoires ont donc évolué. Désormais une part grandissante des places en EHPAD est consacrée aux GIR 1-2. Face au mal être des professionnels, s'ajoute la question de la soutenabilité au travail. Les contraintes budgétaires actuelles et cette souffrance au travail des personnels nécessitent d'explorer de nouvelles pistes : « *Est-ce dans l'ouverture vers l'extérieur que les EHPAD trouveront leur salut ?* ». ⁴⁵ En parallèle, de nouveaux besoins émergent sur les territoires. L'adaptation de l'organisation médicosociale à la diversité des attentes et des besoins des personnes âgées apparaît donc comme un impératif. Il est en effet nécessaire que l'EHPAD adapte son offre de services et son organisation aux situations du territoire dans lequel elle évolue.

3 Développer une stratégie de diversification, d'adaptation de l'offre de services, en réponse à l'évolution des besoins populationnels et aux difficultés internes

Les EHPAD doivent s'adapter à l'évolution du marché, en ajustant leurs services à la demande en soins et en accompagnements, interne et du territoire. Pour cela, ils peuvent s'appuyer sur la dynamique d'évolution qui existe depuis leur création. Fort de leurs expertises, ces structures ont la possibilité d'offrir de nouveaux services aux personnes âgées vivant à domicile et à leurs proches aidants, tout en continuant d'accueillir des personnes âgées très dépendantes. Cependant, il convient d'explorer avec méthode différentes expériences de diversification de l'offre, afin d'identifier les opportunités et risques ainsi que la conduite de projet à instaurer.

3.1 Un secteur en constante mutation

Afin de mieux comprendre la situation actuelle des établissements, je me suis intéressée à l'évolution de ce secteur. Or force est de constater que depuis sa création, le modèle de l'établissement d'hébergement de la personne âgée est en perpétuelle réorganisation

⁴⁴ BONNE B., 2018, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, sur la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, n°341, en ligne : www.senat.fr/rap/r17-341/r17-3411.pdf.

⁴⁵ En réponse à l'expression : c'est dans l'ouverture vers l'extérieur que les EHPAD trouveront leur salut. « Dossier : Peut-on sauver les EHPAD ? », *Le Journal de l'action sociale et du développement social*, n°154, 15 février 2014, pp. 20-25.

pour s'adapter aux besoins d'un public en constante mutation et à la volonté des pouvoirs publics.

Dans un premier temps, les évolutions réglementaires ont introduit une possible médicalisation partielle des maisons de retraite⁴⁶. Puis, par la suite, en réponse à l'évolution des profils des résidents : vieillissement considérable, perte d'autonomie physique accrue et accentuation de la dépendance psychique, cette médicalisation s'est poursuivie.⁴⁷ Pour un autre auteur, cette évolution des établissements d'hébergement résulte également d'une approche terminologique où la réforme de 1999⁴⁸ amorcée par la loi de 1997⁴⁹ sur la prestation spécifique dépendance, a conduit à l'appellation d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.⁵⁰ Puis, sous l'impulsion des différents plans nationaux, les EHPAD se sont progressivement engagés dans une dynamique de médicalisation et de diversification des services : PASA, unités de vie protégées, accueil de jour, etc. Cette dynamique d'évolution existe.

Selon une enquête KPMG menée auprès de 306 directeurs d'EHPAD, à la question sur les caractéristiques qui vont permettre aux gestionnaires de l'EHPAD de mieux réussir économiquement que les autres, 30% citent la capacité à innover dans la prise en charge (offres de services, organisation, gestion, etc.) et 23% la stratégie de diversifications de gammes d'offres adaptées au marché.⁵¹

Par ailleurs, les besoins en EHPAD ont évolué et se traduisent par un problème d'organisation des urgences, des besoins en fin de vie accrus, une gestion difficile des troubles psychogériatriques.

Le vieillissement de la population crée une demande diversifiée en fonction du degré de dépendance. Or, actuellement, le choix est entre le domicile et l'établissement. Ne faudrait-il pas décloisonner ce système et diversifier les modes d'accompagnement ? En s'appuyant sur leurs expertises, ces structures peuvent offrir de nouveaux services aux personnes âgées vivant à domicile et à leurs proches aidants, tout en continuant d'accueillir des personnes âgées très dépendantes.

⁴⁶ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

⁴⁷ Médicalisation progressive des places dans le cadre des conventions tripartites en 1997, décrets du 26 avril 1999 n°99-316 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance.

⁵⁰ BRAMI G., 2013, « Le paradoxe de l'évolution des EHPAD », *EMPAN*, n°91, pp. 56-61.

⁵¹ RESEAU KPMG, 2015, *EHPAD : Vers de nouveaux modèles*, p. 14. Autres réponses : 58% coopérer avec les acteurs sur leur territoire, 43% maintenir la qualité de prise en charge, 38% stratégie de diversification des activités (filière gérontologique).

3.2 Une légitimité des EHPAD de se repositionner, se réinventer et innover afin d'apporter une réponse graduée, à travers une vision parcours

Les plans développent une approche par parcours, qui décloisonne les accompagnements de la personne âgée. En effet, jusqu'ici, ce secteur fonctionnait en tuyaux d'orgues étanches⁵² : d'un côté le domicile lui-même partagé entre le soin (SSIAD, HAD, professionnels de santé libéraux) et l'aide (SAAD, travailleurs sociaux) et de l'autre, l'accueil en établissements d'hébergement. A cela, s'ajoute le clivage entre les secteurs sanitaire et médico-social. Or la personne âgée nécessite une vision transversale, en parcours d'accompagnement. Le Plan Alzheimer 2008-2012, dans cette logique, vise à « offrir une réponse graduée et adaptée à chaque situation ». De même, la mesure 32 du Plan maladies neurodégénératives 2014-2019 ambitionne de développer une offre médico-sociale sur la base d'une gamme de services intégrés portés par des appels à projets transversaux. Dans ce cadre, la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) mène un travail de prospective et d'analyse notamment sur les EHPAD innovants : « hors les murs » ou plateformes de services. Ces travaux s'inscrivent dans la continuité des ateliers PRS (Programme Régional de Santé) II sur les innovations médico-sociales et représentent un enjeu de recomposition majeur et structurant pour l'offre médico-sociale. L'EHPAD doit intervenir en amont et en soutien au maintien à domicile en proposant des solutions et des services divers aux personnes âgées et à leurs aidants, proches et professionnels, afin de favoriser un parcours évolutif et adapté aux besoins et désirs de la personne âgée. L'entrée en établissement peut constituer une étape de ce parcours. La Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées, adhère à cette vision dynamique de « repenser l'accompagnement des personnes âgées en mettant fin au cloisonnement établissement / domicile » et « favoriser la prévention de la perte d'autonomie au plus tôt »⁵³.

Les EHPAD disposent de nombreuses compétences (savoir, savoir être, savoir faire), tant au niveau des ressources humaines (personnel qualifié et formé, présence permanente y compris la nuit), de la gestion financière, des ressources logistiques et techniques, que des capacités d'organisation et de la qualité d'accompagnement, qui peuvent d'ailleurs faire défaut à domicile. De plus, ils sont implantés sur tous les territoires, reconnus au cœur de ce maillage territorial où ils ont su développer un riche partenariat avec les autres acteurs, les médecins traitants et établissements sanitaires. Il s'agit de s'appuyer sur ces expertises pour trouver une solution aux contraintes et difficultés (ressources financières et humaines) actuelles du secteur. Par ailleurs, en réponse à l'évolution des besoins de la population et fort de ces expertises, les EHPAD peuvent proposer des

⁵² RESEAU KPMG, 2015, *EHPAD : Vers de nouveaux modèles*, p. 24.

⁵³ Communiqué du 16 mars 2018.

services orientés vers la prévention, tout comme l'incite la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement. Ainsi l'EHPAD s'appuie sur ses missions centrées sur l'hébergement pour développer une offre de services en interne et en externe, dédiée aux personnes âgées GIR 3 et 4 vivant à domicile (ou dans les lieux d'hébergement non médicalisés) et à leurs proches aidants, familiaux et professionnels.

Cette diversification de services peut représenter une opportunité de développer une nouvelle vision stratégique, qui induit de nouveaux usagers, des synergies entre les différents services, des mutualisations de ressources humaines et matérielles, le développement de nouvelles compétences.

Cependant, ce projet induit-il des risques, des difficultés en termes de financements, de réglementations, de contraintes organisationnelles et humaines ? La négociation d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) constitue-t-il une solution au cloisonnement des activités ? La mise en place de services moins faciles à optimiser fragilise-t-elle l'équilibre économique de l'établissement ? Dans cette conjoncture financière contrainte et de concurrence, il convient de s'interroger sur les marges financières mobilisables, en développant une activité vers le domicile à la fois à destination des GIR 3 et 4 et des aidants des hébergés GIR 1 et 2. Qu'en est-il de l'offre existante sur le territoire, HAD, SSIAD, SPASAD, SAAD et professionnels de santé libéraux ? La diversification ne doit pas se faire en fragilisant le secteur du domicile, déjà mis en difficulté ces dernières années.

Enfin, comment mettre en place une diversification de l'offre ? Quelle conduite de projet instaurer ? Face à ces évolutions, quelle posture le directeur doit-il adopter ?

3.3 Présentation de la méthode de recherche

Dans un premier temps, j'ai effectué des recherches documentaires, afin d'élargir mes connaissances et mieux appréhender le sujet. J'ai ensuite recherché les ressources que je pouvais mobiliser. J'effectue mon stage long auprès de trois EHPAD d'un centre hospitalier, dont l'approche est sanitaire et l'offre externe peu développée (accueil de jour et hébergement temporaire). C'est pour cela que j'ai cherché à découvrir des pratiques innovantes, en termes de diversification de l'activité.

J'ai ainsi identifié cinq pratiques innovantes⁵⁴. Des entretiens ont été menés auprès de directeurs et acteurs de ces services. En effet, l'entretien semi-directif m'est apparu comme la méthode la plus adaptée pour :

- Comprendre comment et pourquoi s'est diversifiée l'offre de services ;
- Connaître la conduite de projet mise en place, les ressources à mobiliser ;
- Identifier les éléments d'opportunité et de vigilance.

⁵⁴ Le caractère innovant de ces expériences est détaillé dans les critères de choix et approfondi en Partie 2.

Ils ont été enrichis par la vision de l'ARS et d'un DESSMS très engagé.

3.3.1 Recueil de données auprès de l'autorité de tutelle et des professionnels

Ce tableau synthétise les professionnels interrogés ainsi que les modalités de rencontre.

Acteurs	Date	Moyen
Agence Régionale de Santé H.		
<u>Critère de choix</u> : Enjeux du secteur et vision d'une des autorités de tarification		
-Mme C, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, chargée de Planification Politique Personnes âgées -Dr D, Médecin de santé publique, chargée de mission vieillissement	04/10/2017	Entretiens individuels
CHU B.		
<u>Critère de choix</u> : Dynamisme du D3S, enjeux du secteur et vision du métier Négociation du CPOM en cours. Lien PRS/CPOM/Restructuration de l'offre		
Mme B Directeur adjoint en charge Pôle gériatrie : médical et médicosocial	04/04/2018	Entretien téléphonique
Expérience 1 : Plateforme d'accompagnement et du répit EHPAD du CH de T.		
<u>Critère de choix</u> : Accompagnement de l'aidant et de l'aidé, tout au long de leur parcours, du domicile à l'EHPAD + expertise auprès des aidants professionnels		
-ML Directeur EHPAD -Monsieur B. Coordonnateur PFR -Pr A., Neuropsychologue université de L.	20/11/2017 09/03/2018 29/09/2017	Entretiens individuels Formation des plateformes au soutien psychoéducatif individualisé organisée par l'ARS (auditeur libre)
Expérience 2 : Association A		
<u>Critère de choix</u> : Accompagnement au plus près du lieu de vie (plateforme d'accompagnement et de répit, accueil de jour itinérant, répit à domicile.)		
M. L. (Directeur général adjoint), Mme D. (Directrice Département Autonomie), Mme A. (IDEC cheffe de service), Mme D. (ergothérapeute coordinatrice)	04/10/2017 20/02/2018	Entretien collectif au siège de l'association + Entretien téléphonique complémentaire avec R.D
Expérience 3 : EHPAD privé non lucratif		
<u>Critère de choix</u> : Filière la plus complète. Diversification progressive à partir de l'hébergement classique (UHR, PFR, MAIA, répit à domicile).		
M. C. Directeur	07/03/2018	Entretien téléphonique
Expérience 4 : EHPAD public autonome		
<u>Critère de choix</u> : Dispositif d'astreintes infirmières mutualisées de nuit		
-M. B. Directeur -M. B, IDE participant à l'astreinte	09/02/2018 12/02/2018	Entretiens téléphoniques
Expérience 5 : Equipe mobile gériatrique inter-établissement, portée par le CH V.		
<u>Critère de choix</u> : Dynamisme du Territoire PAERPA En EHPAD, évaluation psychogériatrique (télé médecine), soutien des professionnels.		
-EMGIE : Mme R. IDE, Dr H. Psychogéiatre, Dr C. Géiatre -Comité PAERPA du territoire de Q.	05/10/2017 15/09/2017	Entretien collectif Réunion (auditeur libre)
Chantier à venir : EHPAD numérique		
<u>Critère de choix</u> : Opportunités et menaces de l'EHPAD numérique		
Pr B. Assises Régionales Plan Maladies Neurodégénératives	05/04/2018	Conférence

3.3.2 *Elaboration de la grille d'entretien*

La grille d'entretien est présentée en **Annexe 1**. Les premières questions permettent à la personne interrogée de se présenter et de contextualiser son activité : genèse, modes d'intervention, particularités et entrées dans l'innovation. La conduite de projet est développée : initiative, porteur, politiques publiques sur lesquelles il s'appuie, ressources humaines, financières, matérielles et organisationnelles (structuration, évaluation etc.) nécessaires. Sont abordés les liens de l'EHPAD avec les autres acteurs afin de mieux comprendre comment s'articule l'action au sein du territoire. Enfin, l'entretien se termine par un échange autour des éléments d'opportunité et de vigilance.

Un premier entretien a servi de test à la grille d'entretien. Il m'a permis de prendre conscience que les éléments concernant les ressources humaines, financières et l'évaluation pouvaient être apportés à la question générale sur la conduite de projet. Par la suite, les questions relatives à ces sujets ont servi de relance, si les réponses n'étaient pas apportées préalablement.

Les échanges relatifs aux éléments d'opportunités et de contraintes ont rencontré une forte adhésion, les personnes interrogées souhaitant partager leur expérience.

3.3.3 *Conduite des entretiens*

Les entretiens ont été menés entre le 4 octobre 2017 et le 4 avril 2018, selon la disponibilité des interlocuteurs. Ils ont été obtenus suite à un mail ou un échange téléphonique, présentant le cadre de l'étude.

En raison de la distance géographique, cinq entretiens ont eu lieu par téléphone et ont duré en moyenne une heure. Les six autres ont eu lieu dans les lieux d'exercice professionnel ou au siège de l'association. Ils ont duré entre 1h30 (trois entretiens) et trois heures (trois entretiens).

L'accueil réservé a toujours été convivial ; les personnes interrogées ont apprécié de partager leurs pratiques.

Au final, onze entretiens ont été menés, dont quatre auprès de directeurs d'EHPAD (un établissement public autonome, un dépendant d'un CH et deux privés non lucratif) et un auprès d'un directeur adjoint de Pôle Gériatrie médicale et médicosociale d'un CHU.

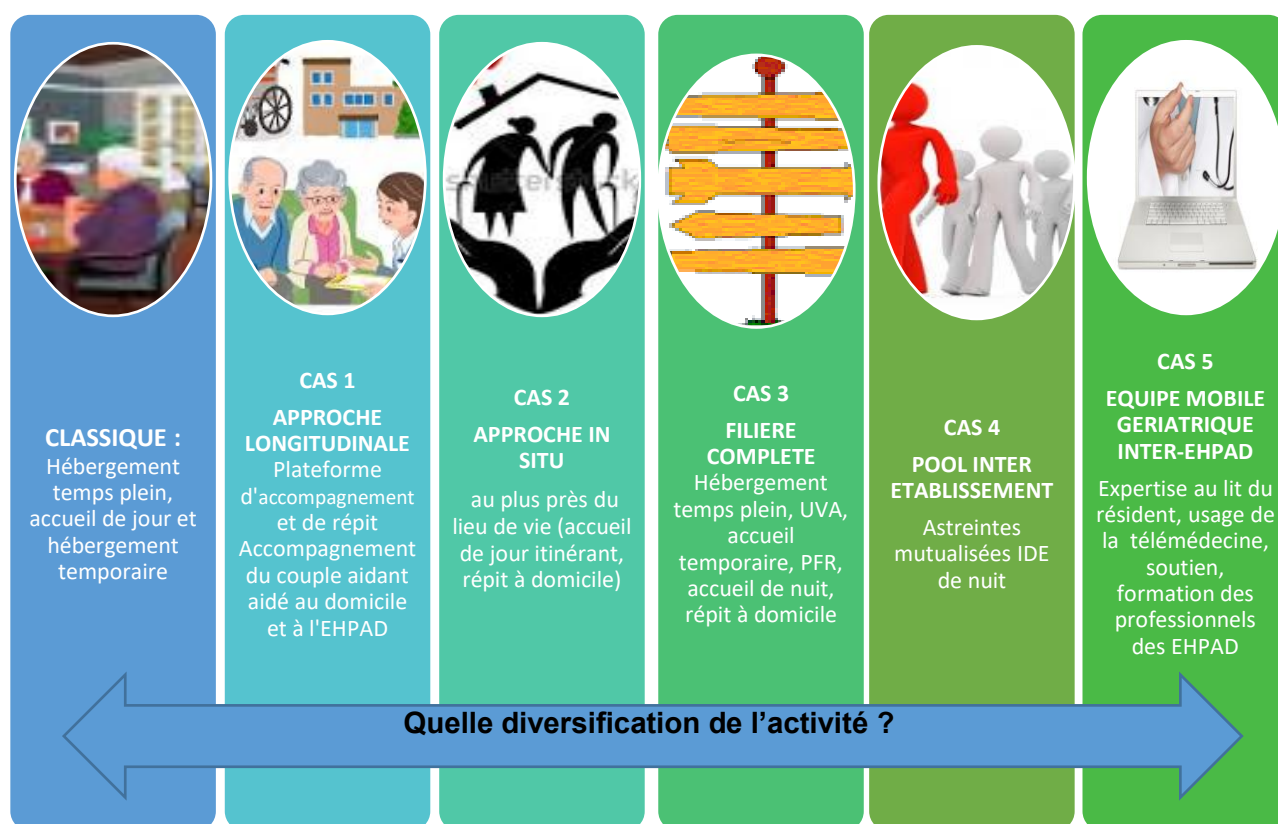
La partie suivante présente les cinq expériences explorées sous la forme d'une analyse inter-cas.

Partie 2 : Diagnostic des expériences innovantes concernant la diversification de l'offre de services de l'EHPAD

Après une présentation des services explorés, une étude inter-cas permet une analyse sous l'angle de la réponse aux besoins du territoire. Elle met en évidence de nombreuses similitudes quant au management de ces projets. Il est développé selon les axes du pilotage stratégique, financier, des ressources humaines et de la qualité.

1 Présentation des différents cas : élargir et diversifier son offre pour répondre aux besoins émergents du territoire

Ce schéma synthétise les cinq cas de diversification explorés.



1.1 Approche longitudinale de la plateforme d'accompagnement et de répit

1.1.1 Un projet construit à partir de l'EHPAD, qui permet une mobilisation tout au long du parcours aidant-aidé du domicile à l'institutionnalisation

Ce service (**Fiche de synthèse⁵⁵ en Annexe 2**) porté par l'EHPAD du Centre Hospitalier de T. a été mis en place suite à un appel à projet de l'ARS.

⁵⁵ La fiche de synthèse reprend les informations principales : le descriptif, les politiques publiques en soutien du projet, la conduite de projet, les ressources humaines et financières mobilisées ainsi que les éléments d'opportunité et de vigilance.

Il vise à offrir au couple aidant-aidé, une palette diversifiée d'actions de soutien et de répit tout au long des quatre étapes de leur parcours de vie : annonce de la maladie de l'aidé, accompagnement à domicile, entrée en EHPAD de l'aidé, perte de l'aidé.

Depuis son ouverture en mars 2012, les activités se sont progressivement structurées, en réponse aux besoins du territoire :

- Entretiens individuels ;
- Activités collectives de soutien et d'information (café des aidants...) ;
- Activités de répit, de loisirs et de vie sociale avec des ateliers destinés aux aidants ou aux couples aidant/aidé (gym douce, chorale, atelier cuisine...). Certains ateliers ont lieu dans les locaux de l'EHPAD, afin d'y rentrer par le biais du plaisir ;
- Formation des aidants ;
- Mise en place de moments de répit, dont le répit à domicile par demi-journées. La réunion de présentation de l'accueil de jour a réuni 30 personnes en 2017. Des personnes sont également orientées vers l'hébergement temporaire de l'EHPAD.

Cet accompagnement individuel de l'aidant diminue la culpabilité, l'angoisse de séparation et met en valeur la continuité de leur rôle, même à l'entrée de l'aidé en établissement.

« Nous essayons qu'il y ait une continuité dans la prise en charge, d'anticiper les besoins de formation, de répit. En prévenant le risque d'épuisement, nous gérons moins d'urgences car les besoins sont pris en charge au fur et à mesure ».

De plus, un travail sur la séparation est effectué, à travers la mise en place d'un accueil temporaire au sein de l'EHPAD. En effet, *« l'entrée en institution est facilitée si l'aidé a déjà fréquenté l'accueil de jour ou bénéficié d'un hébergement temporaire. »*

Par ailleurs, lors de l'entrée en EHPAD, un accompagnement de la PFR est proposé à tout aidant. M.B. insiste sur l'importance de la mobilisation à ce moment précis : *« Les aidants sont en réelle souffrance : ils sont déçus du décalage de prise en charge qu'ils avaient idéalisée, éprouvent un sentiment de culpabilité. Nous leur expliquons le fonctionnement de l'EHPAD, comment ils peuvent s'impliquer dans le projet de vie, le conseil de vie sociale afin qu'ils y trouvent leur place ».*

A cette étape, ce professionnel intervient également auprès du personnel de l'EHPAD qui *« a également besoin d'être informé sur le vécu de l'aidant. »*

Enfin, lors du décès de l'aidé, la poursuite de l'accompagnement est proposée *« afin que l'aidant fasse le deuil de la relation d'aide et se reconstruise un autre réseau relationnel. Je l'accompagne pour qu'il retrouve envie de vivre, réapprenne à penser à lui ».* Ce suivi dure généralement six mois, avec un relais au Centre Médico Psychologique (CMP) ou en libéral si nécessaire. *« Les aidants sont orientés vers les associations, le club des aînés en fonction de leurs centres d'intérêts pour tisser des liens d'amitiés à l'extérieur ».*

1.1.2 Une approche qui innove par l'apport d'une expertise gériatrique auprès des aidés, des aidants familiaux, des professionnels du territoire

Cette approche longitudinale tout au long du parcours, du domicile à l'EHPAD, apporte donc une réponse graduée aux besoins de l'aidant et de l'aidé (accompagnement à domicile, mise en place de répit, formation, mobilisation à l'entrée en EHPAD et à la perte de l'aidé).

De plus depuis 2015, dans le cadre du programme INTERREG V⁵⁶, M. B. est monté en compétences par une formation au soutien psychoéducatif individualisé ou counseling⁵⁷, organisée par l'ARS. Ce dispositif s'appuie sur des travaux de recherche de l'Université de Liège, dont le contenu est validé scientifiquement : au bout de treize séances, l'aidé reste neuf mois de plus au domicile, en plus du bénéfice social pour l'aidant.⁵⁸ De plus, à travers ce dispositif, M. B forme les professionnels des huit SAAD de proximité sur « le repérage des aidants à risque », qui pourront être ensuite orientés vers la plateforme d'accompagnement et de répit.

Les services développés par cette plateforme contribuent donc non seulement à la mise en place d'un maillage territorial au profit de la personne âgée aidée, de l'aidant, mais aussi à une reconnaissance de l'expertise de la PFR, au sein du territoire.

1.2 Approche in situ : un accompagnement au plus près du lieu de vie à travers un service d'accueil de jour itinérant et de répit à domicile

1.2.1 Une offre « sur mesure » aux besoins spécifiques de ce territoire rural

L'accueil de jour itinérant et le service de répit à domicile (**Fiche en Annexe 3**) sont portés par une association spécialisée dans le champ du handicap et de la personne âgée. Elle intègre également un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), un Service d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées

⁵⁶ Programme européen conclu entre l'ARS des Hauts de France, les régions de Wallonie et Vlaanderen, qui vise en matière d'aide aux aidants de personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie, à développer une offre de services et un réseau franco-belge spécialisés dans l'aide aux aidants.

⁵⁷ En référence au programme START (Livingston G et al, 2013, The STRAT study (StrAtegies for RelaTives): Clinical effectiveness of a manual-based coping strategy programme in promoting the mental health of family carers of people with dementia: a pragmatic randomised controlled trial, British Medical Journal, 347: f6276) et au programme de soutien aux aidants proches atteints de la maladie d'Alzheimer, développé au Canada. Il s'appuie sur les besoins exprimés par les aidants et consiste en une série de rencontres avec le professionnel. Il a pour but de leur donner des stratégies pour mieux faire face (apprentissage de techniques pour améliorer la compréhension et la gestion du comportement de l'aidé, élaboration de projets pour l'avenir et se détendre, etc.).

⁵⁸ Pr A., formation counseling du 27 septembre 2017.

(SAMSAH), un Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)⁵⁹ et une plateforme d'accompagnement et de répit.

Le service d'accueil de jour itinérant dispose de 4 places destinées aux personnes souffrant de troubles liés à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées en lien avec quatre EHPAD du territoire (privé ou public). Un chauffeur accompagnateur assure les déplacements entre le domicile et l'accueil de jour, ce qui est vécu comme un facteur de réussite du projet.

Quant au service de répit, il permet au domicile de l'aidant, l'intervention d'un professionnel par tranche de 12h sur une période limitée à 4 jours et 3 nuits pendant l'absence du proche de la personne âgée de plus de 60 ans, en perte d'autonomie ou souffrant de pathologies type Alzheimer, Parkinson.

Les principaux objectifs de ces services sont de rompre l'isolement de l'aidant et de favoriser son répit (repos, vie sociale). Il représente également un premier test de séparation avec l'aidé. Pour ce dernier, l'accompagnement vise au maintien de ses capacités, de son autonomie par des activités adaptées.

L'accueil de jour a obtenu une première autorisation à titre expérimental en 2010 pour 3 ans, renouvelée en 2013 pour 5 ans conformément à l'Art L 313-7 CASF. Elles sont assorties de conditions (mise en place outils loi 2002, évaluation, formation des professionnels).

Le répit à domicile a été autorisé dans un premier temps à titre expérimental par la DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale), dans le cadre de l'expérimentation de 17 formules innovantes du plan national Alzheimer 2008-2012, de mars 2010 à mars 2011. Ce service a perduré à l'arrêt de l'expérimentation et des financements de la CNSA, grâce à différents financements non pérennes (fondation Alzheimer, conseil départemental, ARS...). En 2014, une évaluation a été menée par l'ARS qui a délivré une autorisation à titre expérimental pour 5 ans (Art L 313-7 CASF).

1.2.2 Une expérimentation d'un accompagnement au plus près du lieu de vie

Ces services innovent en apportant une réponse aux besoins de l'aidant et de l'aidé au plus près de leur lieu de vie. Par ailleurs, le dimensionnement de cet accueil de jour et son caractère itinérant dérogent aux pratiques habituelles. La volonté d'apporter un soutien aux personnes âgées isolées du territoire est ainsi affirmée. Le répit à domicile mis en place sur une telle durée apporte une réponse en parfaite adéquation au besoin répit à l'aidant.

⁵⁹ Les SAMSAH et les SAVS sont des services médico-sociaux issus de la loi du 11 février 2005, qui s'adressent à des adultes en situation de handicap ; ils contribuent à la réalisation de leur projet de vie par un accompagnement adapté favorisant ainsi leur insertion en milieu ordinaire. Les CLIC sont des guichets d'accueil, d'information et de coordination ouverts aux personnes âgées et à leur entourage, ainsi qu'aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile.

Le développement de ces activités contribue à créer une sorte de « filière territoriale » car elles constituent des portes d'entrée vers les autres services de l'EHPAD, portés par l'association.

1.3 Une filière complète d'accompagnement : une réponse graduée aux besoins des personnes âgées du territoire

1.3.1 Une diversification progressive de l'offre à partir de l'activité d'hébergement de l'EHPAD

Cette filière est portée par un établissement privé à but non lucratif dont l'activité s'est progressivement diversifiée (Fiche de synthèse en **Annexe 4**). A la prise de poste du directeur actuel en 2004, l'EHPAD disposait d'un hébergement de 237 places. Par des réponses à une succession d'appels à projet, son activité s'est diversifiée, « *chacune d'entre elles ayant servi de tremplin à la suivante* ». Se sont ainsi mis en place au sein de l'établissement : une consultation mémoire, un accueil de jour de 10 places, une plateforme d'activité et de répit avec mise en place de répit à domicile par demi-journées, un accueil de nuit, une Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) et une Unité d'Hébergement Renforcée.

C'est la réponse à l'appel à projet pour un EHPAD centre de ressources qui a permis la mise en place d'un accueil de nuit de 6 places, dont 3 à l'usage interne (résidents déambulants). « *La création d'une UHR en redéploiement a libéré un service, ce qui présentait une opportunité pour développer une nouvelle activité.* »

1.3.2 Un panel complet d'activités 24h/24, au service des personnes âgées du territoire

Cette filière complète innove en proposant un panel complet de services et ainsi une réponse graduée aux besoins de la personne accompagnée et de l'aidant, de jour comme de nuit. « *Disposer d'un accueil de nuit est une réelle opportunité, cela permet de soulager l'aidant, de préparer à l'entrée en EHPAD. C'est aussi une solution pour les résidents qui déambulent la nuit. Ils disposent désormais d'un accompagnement de qualité. De plus, les autres résidents ont retrouvé leur tranquillité.* »

1.4 La création d'un pool inter établissement d'infirmiers mutualisés de nuit en astreinte en EHPAD

1.4.1 Une réponse commune à un besoin de territoire

Ce dispositif porté par le Centre Hospitalier J. a permis la mise en place d'astreintes mutualisées entre ce CH et 6 EHPAD, représentant 452 places, soit un périmètre d'intervention de 30 km. (**Fiche en annexe 5**)

En 2014, un appel à projet avait été lancé par l'ARS B. suite à une expérimentation menée par une ARS voisine. Le CH J. est porteur de ce dispositif mais le COPIL réunit l'ensemble des établissements. Depuis janvier 2015, l'astreinte est en place de 21h à 7h, 365j/365. Elle ne se substitue ni au 15, ni à l'Hôpital à Domicile car sa mission n'est pas d'intervenir pour un soin programmé mais pour évaluer une situation.

1.4.2 Une expertise infirmière de nuit, au service des résidents et des professionnels

La mise en place de ses astreintes a augmenté l'offre de soins de l'EHPAD la nuit, garantissant une expertise infirmière en réponse aux besoins des établissements. D'une part, pour le résident, elle offre une continuité d'accompagnement paramédical, voire évite l'hospitalisation. D'autre part, elle sécurise l'équipe de nuit, améliorant ainsi la qualité de vie au travail. De plus, elle a renforcé les liens entre les structures du territoire et développé les connaissances entre les établissements et les échanges de pratiques, favorisant ainsi la montée en compétences des professionnels ⁶⁰.

1.5 L'équipe mobile gériatrique inter-EHPAD d'un territoire PAERPA : la télémédecine, un outil supplémentaire au service des résidents et des professionnels

1.5.1 Une synergie territoriale en faveur de la personne âgée

Le Projet PAERPA (faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie), est porté par le GCS filière gériatrique du Territoire V. Ce dispositif expérimental est développé depuis janvier 2014. Le projet de télémédecine est mis en œuvre entre huit EHPAD (607 résidents) et deux centres hospitaliers.

La téléconsultation est utilisée en psychogériatrie pour une évaluation des troubles cognitifs, de comportement ou psychiatriques, des résidents dans un cadre programmé (hors urgence) sans prise en charge au long cours. (**Fiche en Annexe 6**)

1.5.2 Une expertise au lit du résident grâce à la télémédecine et un soutien aux professionnels

D'une part, ce dispositif permet une expertise gériatrique au lit du résident, dans un délai adapté (2 jours à 5 semaines), agissant ainsi en prévention, en évitant l'hospitalisation.

D'autre part, l'EMGIE (Equipe Mobile Gériatrique Inter-EHPAD) élabore des préconisations au médecin traitant, en vue de réajustements thérapeutiques. Elle conseille et accompagne les professionnels des EHPAD souvent démunis face aux

⁶⁰ L'aspect mutualisation des ressources humaines est développé dans la partie 2-3 sur le pilotage des ressources humaines.

troubles du comportement (agressivité, anxiété). Depuis 2017, l'EMGIE les forme à la prévention du suicide du sujet âgé, ce qui rencontre un vif succès.

Cette équipe territoriale pour les 52 EHPAD apporte donc son expertise au sein de l'EHPAD, non seulement auprès des résidents mais aussi des professionnels, physiquement ou par télé-médecine.

1.6 Ces expérimentations et innovations : une réponse aux besoins du territoire

Au regard des situations étudiées et du tableau d'analyse en **Annexe 7**, la mise en place de ces services apporte une **réponse graduée** aux besoins du territoire : tout d'abord de la personne accompagnée, mais aussi de l'aidant familial et professionnel.

De plus, ces actions favorisent une **continuité du parcours** du sujet âgé. En effet, les services (1,2,3) étant portés par des EHPAD, les personnes accueillies peuvent découvrir l'EHPAD et ensuite si leur situation se dégrade, intégrer une structure d'hébergement. Cela est donc en faveur d'une **filière d'accompagnement**. Cependant, il convient de ne pas perdre de vue qu'il s'agit avant tout de répondre au souhait et besoin de la personne accompagnée. Le service développé est territorial et non exclusif à la structure qui porte le projet (Propos tenus par les directeurs de ces trois établissements). *« Il faut travailler avec les autres EHPAD vers qui peuvent être orientées les personnes en raison de leurs profils et de leurs souhaits. »*

Par ailleurs, les expériences 5 et 6 mettent en évidence l'élaboration d'une **réponse territoriale à leurs besoins internes** : apport d'une expertise médicale au lit du résident (télé-médecine), hospitalisation évitée grâce à l'EMGIE ou à l'astreinte infirmière mutualisée de nuit.

Les EHPAD étudiés ont su développer une offre de services, dédiée aux personnes âgées et à leurs proches aidants, familiaux et professionnels, mettant ainsi leurs expertises et compétences au service du territoire. De plus, l'ouverture sur l'extérieur de ces structures est également source d'un **accompagnement amélioré pour les résidents**.

En qualité de DESSMS, comment adapter les services de son établissement aux besoins des usagers et partenaires de son territoire ?

2 Manager la diversification de l'offre en EHPAD

Le management désigne la conduite des organisations. Au sein d'un ESSMS, comment réaliser sa mission au service des personnes âgées du territoire, s'adapter à leurs besoins tout en préservant un équilibre financier et un bien-être au travail pour les professionnels ? Pour cela, le directeur doit avoir une vision, élaborer une stratégie qui

pose les orientations des actions initiées. Il la traduit ensuite dans la mise en œuvre d'un pilotage des ressources humaines, financières et de la qualité. La construction de ce chapitre s'appuie sur le tableau d'analyse de l'**Annexe 7**.

2.1 Le pilotage stratégique : définir les orientations de l'établissement au sein du territoire

Au regard des évolutions législatives, quelle marge de manœuvre dispose le directeur pour s'adapter aux besoins de son territoire ? Le CPOM favorise-t-il une transformation de l'offre ?

2.1.1 La réponse aux appels à projet : quelles initiatives pour les directeurs ?

La loi HPST⁶¹ a réformé la procédure d'autorisation des établissements et services, en supprimant les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) et les remplaçant par des commissions de sélection d'appel à projet. Auparavant, le gestionnaire avait la capacité de présenter des projets entrant dans les orientations du schéma départemental à l'autorité d'autorisation compétente, qui instruisait sa demande, la présentait pour avis au CROSMS et décidait ou non de l'autoriser. Cependant, autorisation ne valait pas financement et l'inscription au programme régional des crédits médico-sociaux (PRIAC) ne suffisait pas à obtenir les financements nécessaires à l'activité autorisée.

Si la création d'une fenêtre d'autorisation en 2002 a constitué une première évolution, la loi HPST introduit l'obligation pour l'ARS et le conseil départemental d'appels à projet s'appuyant sur un cahier des charges précisant le besoin, les critères de sélection. Les candidats doivent ajuster strictement leur offre à ce cahier des charges, garantissant ainsi *« une mise en concurrence sincère, loyale et équitable et la qualité de l'accompagnement. »* Des appels à projets sont réservés à des projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé.

La construction de la filière complète depuis 2004 traduit ces évolutions. Suite à l'évaluation des besoins du territoire rural, en lien avec le vieillissement de la population, une consultation mémoire s'est mise en place au sein de l'EHPAD. *« A cette époque, un cloisonnement fort existait entre les secteurs sanitaire et médicosocial, l'ARH imposait que le projet soit porté par un centre hospitalier. Une convention a été établie entre le CH et l'EHPAD qui est co acteur du projet, parce que nous, acteurs nous étions convaincus de notre complémentarité. »* L'accueil de jour a été créé par un dossier CROSS, le PASA grâce à des financements CNSA. Les autres services se sont mis en place suite à des appels à projet successifs.

⁶¹ Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite HPST).

A travers cette procédure, les tutelles ont ainsi le choix de leur opérateur.

La procédure d'appel à projet pourrait constituer un frein en limitant la capacité de prise en compte de besoins médicosociaux émergents, situés en dehors de priorités identifiées. Ici, l'analyse des différents entretiens montrent que les acteurs sont forces de propositions envers les tutelles, qui les reconnaissent pour leur dynamisme et leurs compétences en conduite de projet. Cela est visible à travers l'autorisation expérimentale du répit à domicile obtenue en dehors d'un appel à projet, mais aussi au travers l'expérience de l'EHPAD à la filière complète qui a remporté plusieurs appels à projet consécutifs. De même, l'équipe mobile gériatrique inter-EHPAD explique qu'elle a été sollicitée par l'ARS lors de l'écriture du cahier des charges.

De plus, la dynamique territoriale inter-EHPAD est porteuse de reconnaissance auprès des autorités de tutelle. Ainsi dans le projet de télémédecine avec l'EMGIE ou des astreintes mutualisées, ces autorités ont favorisé les coopérations et permis aux EHPAD partenaires de s'ouvrir sur leur territoire, d'avoir accès à des services supplémentaires experts. La place des directeurs et leur cohésion y sont essentielles.

Dans ce contexte contraint, il semble donc rester une part d'initiative. La mise en place du CPOM renforce-t-elle la marge de manœuvre du directeur ?

2.1.2 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens⁶² : un outil au service de l'innovation et de la diversification de l'offre ?

Les structures interrogées ne bénéficient pas de CPOM. Celui de l'EHPAD du cas 1 est prévu en 2019, celui de la filière la plus complète en 2021.

Le directeur exerçant en CHU, se situe dans la phase de négociation en préparation du CPOM. Il exprime l'importance que représente cette période : « *La réécriture du CPOM est une opportunité à saisir. Le pari est de s'adapter à demain en fonction des besoins du territoire. En se basant sur le PRS, un travail de négociation est à mener avec les autorités. Cette discussion avec les tutelles permet de s'engager dans les transformations de l'offre de l'établissement, de la reconfigurer.* »

En effet, le CPOM détermine les orientations stratégiques de l'EHPAD en réponse aux objectifs des projets régionaux de santé, du PRIAC et des schémas départementaux qui sont mis en œuvre au sein du projet d'établissement. Il constitue donc un outil stratégique car il impacte l'orientation de la structure et son organisation interne.

Cet outil favorise ainsi une réflexion partagée sur la situation de l'établissement et sa réponse aux besoins en perpétuelle évolution du territoire dans lequel il se situe.

⁶² Art L 313-11 du CASF Prévu par la loi du 2 janvier 2002 sous la forme facultative, l'Article 58 de la loi ASV le rend obligatoire pour tous les EHPAD, le substituant à la convention tripartite au 1er janvier 2017, avec une montée en charge progressive qui durera jusque 2023.

Le directeur se doit d'anticiper ce dialogue. La démarche de préparation nécessite une dynamique interne, avec la participation de tous les acteurs : administrateurs, directeur, professionnels, usagers et leurs familles, le contrat pluriannuel étant l'occasion de définir les orientations stratégiques et de les expliciter.

En établissant un état des lieux sur les forces, faiblesses, les enjeux du territoire, en partageant les perspectives d'avenir, le CPOM vise à dresser un diagnostic partagé par l'ensemble des parties internes et partenaires extérieurs.

De ce fait, il favorise le dialogue de gestion et permet au directeur d'exercer le métier de gestionnaire avec une plus grande autonomie (visibilité pour la durée du CPOM, souplesse dans l'affectation des résultats, etc.) mais aussi davantage de responsabilités.

Le contrat pluriannuel peut également concerner plusieurs établissements et services, gérés par une personne morale et relevant de la même autorité de tarification. Cette contractualisation permet la fixation d'une enveloppe globalisée pour l'ensemble des structures et services relevant du même financeur. La pluriannualité (cinq ans) sur une pluralité d'établissements ou de services permet ainsi la mutualisation de moyens, facilite la mobilité des personnels, le lissage dans le temps des surcoûts ponctuels (départ à la retraite, etc.), le redéploiement des GVT et l'atteinte de la convergence tarifaire fixée. De plus, il garantit la prise en charge sur plusieurs années d'un programme d'investissement ou de restructuration de l'établissement et de service. Une évolution de l'offre pourrait être inscrite au CPOM, permettant ainsi d'éviter la procédure d'appels à projet.

Enfin, le périmètre plus large du CPOM permet aussi de traiter des questions difficilement solubles à l'échelle d'un établissement, par exemple le financement des transports, composante importante en cas de diversification de modes d'accueil et d'accompagnement.

Ainsi la conduite d'une démarche de négociation et de mise en œuvre opérationnelle du CPOM avec les autorités de tarification est un moment clé pour définir les orientations de l'établissement. Quel pilotage financier mettre en place, en vue d'expérimenter de nouveaux services ?

2.2 Le pilotage financier : garantir un équilibre tout en innovant

Assurer la soutenabilité financière est la préoccupation majeure des directeurs confrontés à l'**absence de caractère pérenne** des subventions du fait de l'autorisation à titre expérimental (Cas 2,4 et 5). Cette source d'incertitude pour la pérennité du financement et donc du projet, est exprimé par les directeurs de ces structures : *« L'expérimentation dure depuis 8 ans. C'est une prise de risque, une sorte de pari sur l'avenir car les professionnels sont recrutés en Contrat à Durée Indéterminée »*. (Cas 2)

De surcroît, la question de la soutenabilité financière se pose lorsque l'**allocation des ressources** est allouée par une enveloppe fermée (Cas 1, 2, 3, 4, 5), non corrélée à

l'augmentation de l'activité. Faute de moyens, cela occasionne des choix stratégiques entre étendre son activité à l'ensemble du territoire ou assurer une qualité d'accompagnement jugée suffisante par les professionnels (Cas 1 et 5). En effet, cette problématique est soulevée par l'approche longitudinale de la plateforme d'accompagnement et de répit : l'enveloppe allouée n'a pas évolué depuis 2012. Or du fait du Glissement Vieillesse Technicité des personnels (la GVT a une incidence sur les charges salariales) et de l'augmentation de l'activité, (42 suivis en 2012, 316 en 2017), les professionnels ont le sentiment de devoir prioriser leur action dans ce budget contraint, ce qui engendre fatigue et insatisfaction. Cette même interrogation se retrouve auprès de l'équipe mobile de psychogériatrie : *« nous sommes de plus en plus sollicitées par les établissements qui reconnaissent notre expertise et les bénéfices pour les résidents, les professionnels. En parallèle, à moyen constant, nos missions se sont élargies à la formation au repérage des risques au suicide. Comment faire ? »*

Une autre **problématique est la baisse de dotation**, comme celle du conseil départemental concernant l'accueil de jour itinérant, qui interroge sur comment assurer l'équilibre budgétaire : rechercher une autre source de financement, comme l'augmentation de la participation des usagers ou une diminution des dépenses pour parvenir à l'équilibre ?

L'expérience de la filière complète montre que **la stabilité financière repose sur l'activité principale**. En outre, selon les activités, le **seuil de rentabilité** économique est différent, ce qui nécessite une vigilance pour un dimensionnement approprié des services : *« Si quelques chambres de l'EHPAD sont inoccupées, cela est critique pour la stabilité financière de l'établissement. Ce n'est pas le cas pour l'accueil de jour, où des places disponibles ne mettent pas en péril l'activité. Dans ces services, il est préférable alors de privilégier un accueil de qualité par l'adéquation du profil de la personne à la prestation plutôt que de rechercher un taux d'occupation de 100% ». « Un accueil de jour de 15 places qui sert de PASA est inutile. »* (Directeur de l'EHPAD du Cas 3).

Par ailleurs, en termes d'**attractivité**, constituer une filière de prise en charge avec des services extérieurs à l'établissement permet d'alimenter l'accueil de jour, les places d'hébergement temporaire et classique (ensemble des entretiens).

De plus, les expériences sont en faveur d'une mutualisation des ressources au sein du territoire (approfondie partie 2-3-2). L'EMGIE est financée par du FIR (Fonds d'Intervention Régional) sanitaire. La rémunération par astreintes (Cas 5) est plus avantageuse que la garde car seuls le temps de travail effectif et les déplacements sont pris en compte. Ce dispositif est efficient puisqu'*« une hospitalisation évitée équivaut à 1 mois de financement. »*

Enfin, les actions de formation, de soutien identifiées sont à destination des aidants et financées dans le cadre de dispositif d'aide aux aidants et non pas plus largement en

faveur de la personne âgée du territoire (Cas 1 et 3). Le fait que la prévention ne soit pas intégrée dans le dispositif de tarification constitue un frein à son développement en interne et en externe, c'est d'ailleurs une piste de réflexion de la mission Ricordeau⁶³.

Le pilotage financier d'expériences innovantes requiert donc des vigilances particulières notamment face à la non pérennité des financements, d'une allocation des ressources non corrélée à l'activité voire d'une baisse des dotations. Il demande un bon dimensionnement des services, la stabilité financière reposant sur l'activité d'hébergement. Qu'en est-il du pilotage des ressources humaines ?

2.3 Le pilotage des ressources humaines : un levier déterminant pour la réussite du projet

2.3.1 Accompagner les métiers et professionnaliser les personnels

A la création de ces activités, les recrutements ont permis de mobiliser des professionnels en interne, mais aussi de privilégier des recrutements extérieurs au profil gériatrique, favorables à l'arrivée de nouvelles idées.

Les professionnels sélectionnés sur la base d'entretiens sont « *motivés et ont apporté leurs compétences acquises lors de leurs expériences antérieures* (ensemble des entretiens). » Le fonctionnement des astreintes sur la base du volontariat traduit l'adhésion des infirmiers. Les dispositifs ont été présentés aux équipes qui ont été parties prenantes aux projets (5 cas).

Les expériences montrent la nécessité de se professionnaliser (4 cas/5). En effet, les professionnels ont besoin d'être accompagnés vers de nouveaux métiers. Ils ont ainsi bénéficié de formations qualifiantes. Seul le dispositif d'astreintes mutualisées n'a pas nécessité de formations complémentaires, car il représentait une continuité de la pratique professionnelle des infirmiers de l'EHPAD. « *Au préalable, il est nécessaire de muscler, structurer ces services innovants par des formations.* » (M. C, filière complète). En outre, la professionnalisation permet une montée en compétences des agents. « *La formation permet l'implantation d'une véritable culture gériatrique au sein des établissements.* ». « *Les agents ont été formés à la gériatrie* ». (5 Cas)

En ce qui concerne la télé-médecine, les personnels des EHPAD et de l'EMGIE ont été guidés (temps de formation et d'appropriation) afin de surmonter les appréhensions et les obstacles techniques.

⁶³ Inspection Générale des Affaires Sociales, 2018, Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les EHPAD, Rapport établi par P. RICORDEAU [en ligne], n°20186023R, [visité le 22.07.2018], disponible sur internet : www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-023R.pdf

Par ailleurs, il convient de se montrer vigilant tout au long de l'activité et d'évaluer les besoins complémentaires en lien avec l'évolution des profils des résidents, comme l'expriment par exemple les professionnels travaillant en accueil de jour itinérant, qui accueille désormais de plus en plus de malades jeunes ou des personnes atteintes de la maladie de Parkinson. L'instruction N° DGCS/3A/2018/44 du 16 février 2018 relative à une évolution des profils accueillis par les PFR, nécessite une proactivité, une anticipation au sein du plan de formation. De plus, ces services innovants voient leurs missions évoluer (Cas 1 et 5), ce qui requiert d'acquérir de nouvelles compétences. Pour cela un accompagnement a été effectué par l'ARS : formation au soutien psychoéducatif individualisé (Cas 1), à la prévention au suicide (Cas 5).

Enfin, la mise en place d'un pool inter-établissement a enrichi les connaissances entre structures et favorisé le partage de bonnes pratiques.

Les professionnels ont donc besoin d'être accompagnés et formés à la mise en place de ces activités mais aussi tout au long du projet.

2.3.2 Mutualiser les ressources humaines

Certains postes sont mutualisés entre les services (responsable de Pôle, management de proximité (Cas 2, 3, 4), AMP qui intervient en accueil de jour et en répit à domicile (Cas 2), professionnels de l'accueil de nuit (Cas 3)).

« L'IDE effectue un 0,4 ETP auprès du réseau gériatrique ce qui facilite le partenariat, les échanges d'informations et le parcours de la personne âgée (Cas 1). »

D'autres ressources sont mobilisées à l'échelle de la structure. Cela est en faveur d'une optimisation de moyens *« nous nous nourrissons des richesses de l'établissement. La neuropsychologue de la consultation mémoire suit dans le cadre d'une supervision, les professionnels de la PFR »* (Cas 1). La mutualisation de ressources peut également être réalisée à l'échelle du territoire, à l'image du pool inter établissement, de l'EMGIE.

Néanmoins, la description des activités met en évidence une mutualisation de professionnels de terrain et d'encadrement sur un même secteur d'activité. Sont distingués deux secteurs d'activité : un premier d'hébergement et un second concernant les activités périphériques extérieures à la structure (répit à domicile, accueil de jour itinérant). Les directeurs interrogés mutualisent entre un même secteur (exemple du Cas 2 entre le répit à domicile et l'accueil de jour itinérant ou le cas 3 entre les services d'hébergement de l'EHPAD), mais a minima entre ces 2 secteurs. *« Il convient de ne pas effectuer de surmobilité des professionnels en interne et entre activités différentes. En effet, les métiers du secteur de l'hébergement et du domicile sont différents dans les compétences qu'ils requièrent. (Directeur EHPAD Cas 3) »*. Cependant, ce sujet demanderait à être approfondi, au regard de ce qui se fait à travers l'approche Carpe

diem.⁶⁴ Elle offre un accompagnement individuel de la personne, dans son milieu de vie : domicile, résidence ou centre d'hébergement. L'organisation est très souple afin de permettre une multitude de réponses adaptées aux besoins variés des personnes et de leurs proches. De ce fait, au cours de la même journée, l'intervenant accompagne la personne dans toutes les sphères de sa vie quotidienne : soins personnels, préparation des repas, pratique de loisirs, visite médicale, etc. Pour cela, le processus de sélection des professionnels est rigoureux pour recruter ceux répondant le mieux aux profils recherchés, c'est-à-dire des candidats qui doivent avant tout faire preuve d'une grande souplesse, tout en ayant un sens de l'organisation développé, de la polyvalence et des capacités d'adaptation. La mutualisation des professionnels entre le secteur d'hébergement et les activités extérieures telle qu'elle est mise en place selon la philosophie Carpe Diem, repose sur les compétences et l'engagement du personnel. Les valeurs organisationnelles sont très peu orientées vers la productivité et la rapidité, les intervenants privilégient le développement de leurs relations avec les personnes.

Cet exemple de Carpe Diem nous montre qu'une approche par les compétences permettrait de mutualiser davantage les professionnels entre les différents secteurs d'activité. Toutefois, cela reposerait sur l'adhésion des professionnels à ce projet et demanderait au préalable de lever des contraintes organisationnelles en termes de planning par exemple.

2.3.3 Instaurer un management de proximité

Un management de proximité est toujours mis en place (5 cas/5). Il a été instauré par la promotion professionnelle d'agents au sein de trois des structures (Cas 1, 2, 3).

Il est mutualisé avec les autres services des établissements (Cas 2, 3, 4). Outre l'aspect financier, cette mutualisation facilite les échanges d'informations, ce qui est en faveur d'une continuité entre les services et du parcours de la personne âgée.

En soutien aux professionnels, des réunions de service sont organisées (planification mensuelle à trimestrielle) et des outils mis en œuvre (téléphone), afin que les agents en activité à l'extérieur de la structure puissent contacter l'encadrement à distance. Cependant, ces temps d'échanges téléphoniques ne sont pas formalisés (absence de créneaux horaires dédiés). Mme Huillier évoque la solitude parfois ressentie par les intervenants de répit à domicile qui n'ont pas toujours de soutien en cas de difficultés, si bien qu'il convient de s'interroger sur la structuration de ces moments.⁶⁵

⁶⁴ Approche Carpe Diem [en ligne], [visité le 27.08.2018], disponible sur internet : www.alzheimercarpediem.com/lapproche-carpe-diem/lapproche-carpe-diem/

⁶⁵ HUILIER J., 2017, *Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante en répit*, 53 p.

2.3.4 Préserver une qualité de vie au travail

Le management de proximité et les formations sont en faveur d'une qualité de vie au travail. Par ailleurs, les expériences 4 et 5 apportent du soutien aux professionnels des EHPAD : l'EMGIE conseille, forme les professionnels des EHPAD, ce qui leur apporte de surcroît des compétences supplémentaires. Le pool inter établissement sécurise l'équipe de nuit.

Néanmoins, ces expériences innovantes peuvent mettre en difficultés les équipes. En effet, face à la lourdeur des situations rencontrées, la plateforme d'accompagnement (Cas 1) a sollicité une supervision par une neuropsychologue. Cette analyse révèle en outre la nécessité d'accompagner et de soutenir les équipes tout au long du projet.

Un établissement (Cas 3) s'est inscrit dans une démarche de qualité de vie au travail, reposant sur la norme AFNOR et possède un faible taux d'absentéisme.

Enfin, une diversification de services par des réponses rapprochées à des appels à projet (Cas 3) risque d'entraîner un sentiment de fatigue auprès des équipes, auquel il convient d'être particulièrement vigilant.

Le sujet des ressources humaines reste donc sensible. Il convient d'accompagner les professionnels, en les associant au projet, les soutenant et les formant.

2.4 Le pilotage par la qualité : évaluer, mesurer pour s'améliorer

L'ensemble des entretiens révèlent que le pilotage stratégique implique la mise en place de tableaux de bord de gestion et d'analyse budgétaire, d'indicateurs en fonction d'objectifs précis tant au regard de sa mission, des objectifs et des moyens, que de la réponse aux besoins et de l'évaluation de la qualité des prestations délivrées.

De nombreux indicateurs sont définis dans les appels à projet et dans les autorisations délivrées, qui sont assorties d'une obligation d'évaluation de l'activité.

Les personnes interrogées évoquent avoir mis essentiellement en place des indicateurs⁶⁶ d'activités et des indicateurs de satisfaction (enquêtes, questionnaires de satisfaction).

Le directeur de l'établissement à la filière la plus complète, insiste sur la définition d'une dizaine d'indicateurs clés par activité, « *qui permettent d'avoir une image synthétique et fidèle de l'activité* ». En effet, ces indicateurs contribuent au pilotage de la structure et facilitent le dialogue et les échanges avec l'ARS et le conseil départemental.

Par ailleurs, l'évaluation revêt d'autant plus d'importance qu'elle conditionne le renouvellement des autorisations des dispositifs expérimentaux (Cas 2,4 et 5). Les autorités de tutelle ont de fortes attentes sur des critères précis :

- La pertinence : l'intervention est-elle adaptée à la problématique ?

⁶⁶ Au sens de l'ANAP, un indicateur est une information, nécessairement chiffrée, normalisée, produite à intervalle régulier qui permet à une entité de suivre, piloter sa performance en répondant à une « question clé », comme l'atteinte d'un objectif, la réalisation d'une mission, etc.

- La cohérence : les actions vont-elles concourir aux objectifs ? Les ressources sont-elles proportionnelles aux objectifs ?
- L'atteinte des objectifs ;
- L'efficacité : les résultats sont-ils à la mesure des ressources mobilisées ?

La structure 2 a ainsi nécessité un accompagnement spécifique par les autorités de tutelle pour la mise en œuvre des indicateurs nécessaires. L'établissement a ensuite fait le choix de s'appuyer sur un étudiant sociologue afin d'aboutir à une étude approfondie sur les bénéfices de ces activités, du fait de l'arrivée à échéance de son autorisation expérimentale.

Trois directeurs apportent une importance à s'interroger sur le service rendu, la plus-value du service mis en place et l'atteinte de la population ciblée. Cette préoccupation est prégnante en ce qui concerne les expérimentations. *« J'effectue un bilan, j'évalue la réponse aux besoins définis et je capitalise sur l'expérience par une évaluation transversale avec les différents acteurs du projet (Directeur EHPAD cas 4) ».*

Le pilotage de la diversification de l'offre nécessite de s'intéresser à la stratégie, aux ressources financières, et humaines ainsi qu'à la qualité.

En conclusion, cette seconde partie, à travers l'analyse inter cas, confirme que la diversification de l'offre des EHPAD apporte une réponse graduée aux besoins tout d'abord de la personne accompagnée, mais aussi du proche aidant familial et professionnel. Par ailleurs, ces expériences favorisent une continuité du parcours d'accompagnement. L'analyse affirme ainsi la légitimité de l'EHPAD dans son expertise de la prise en charge de la personne âgée sur le territoire. En outre, la diversification des services est également une réponse aux besoins des résidents mais aussi aux professionnels des EHPAD.

Ces projets se sont mis en place par un management vigilant aux enjeux relatifs à la stratégie, aux ressources humaines, financières et à la qualité.

Au sein de l'établissement, cette diversification a été en faveur d'une montée en compétences des équipes. Une mutualisation des ressources humaines est possible entre les différents services développés, dans le respect des spécificités de chaque activité. Toutefois, des freins sont identifiés et des éléments de vigilance existent. Concernant les ressources humaines, un accompagnement métier ainsi qu'une professionnalisation sont à mettre en place. De plus, si la diversification de l'offre est en faveur d'une filière d'accompagnement et d'une attractivité de l'établissement, la stabilité financière repose toujours sur les activités d'hébergement. Enfin, l'autorisation expérimentale est source d'incertitude sur la pérennité de l'action.

En qualité de DESSMS, quelle posture favorise la diversification de l'activité de l'EHPAD ?

Partie 3 : La diversification de l'offre de services en EHPAD : quelle posture pour le directeur ?

Si la diversification de l'offre de services de l'EHPAD est une réponse aux besoins des personnes âgées de son territoire, celle-ci requiert d'accroître ses compétences pour innover, manager en mode projet en fédérant en interne et avec les partenaires du territoire. Les conduites d'anticipation permettent au directeur de se projeter dans l'avenir, afin de maîtriser les risques et saisir les opportunités des évolutions réglementaires et chantiers à venir. De plus, l'innovation et la diversification de l'offre contribuent à la performance.

1 Développer des compétences pour innover

Au regard des recherches bibliographiques et de l'analyse des entretiens, il apparaît que développer une nouvelle offre sollicite des aptitudes particulières.

1.1 Acquérir des capacités d'innovation

Tout d'abord, en termes de positionnement stratégique, le directeur doit se questionner sur les manques du territoire mais aussi sur ce qui fait sa différence avec les autres établissements, ou sur ce qu'il pourrait développer en complémentarité avec les EHPAD de son territoire. Il doit aussi être à l'écoute des évolutions des modalités d'accompagnement (en particulier pour les maladies neurodégénératives) pour toujours chercher à améliorer les pratiques internes et amener les soins à l'EHPAD, plutôt que les personnes âgées ne doivent sortir pour y avoir accès (télémédecine, HAD, équipes mobiles, etc.). Dans ce dernier volet, ses liens avec le médecin coordonnateur, les médecins traitants et l'IDEC (Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur) sont essentiels.

Concernant l'hébergement permanent, il est nécessaire qu'il s'interroge sur son dimensionnement et sa réponse aux besoins du territoire, au regard des données PRS (démographiques, besoins de santé, etc.). En effet, *« pour construire l'EHPAD de demain, il faut aussi regarder la population que nous allons accueillir. »* (Directeur de l'association du Cas 2). *« Le DESSMS doit être capable de fédérer, de développer des partenariats, en s'appuyant sur la filière gériatrique (intra et extra), à travers une vision de parcours. Cela demande de l'audace, des capacités d'anticipation. En s'appuyant sur PRS, la filière et le GHT, cela nécessite de se poser la question : quelles sont mes missions ? Comment j'y réponds ? En suivant quelle trajectoire ? Cela permettant de donner de la lisibilité. »* (Mme B, directeur adjoint CHU)

Fort de la connaissance de leurs établissements et de leurs territoires, ces directeurs définissent une vision stratégique pour leurs établissements au sein du territoire de santé.

« *Avoir une vision n'est pas donné à tout le monde. Les directeurs audacieux [...] possèdent cette capacité à être dans la prospective, imaginer un futur possible [...] pour procurer un service de qualité au plus proche du besoin des usagers.* »⁶⁷

Cela est en faveur de compétences supplémentaires développées par le directeur. « *L'EHPAD était au départ le corps du métier. Par la diversification de son offre, les projets développés en partenariat, c'est un nouveau métier s'appuyant sur une nouvelle vision. L'EHPAD est devenu le support des autres activités auxiliaires qui l'alimentent. Lorsqu'il crée ces activités externes, le directeur change de métier, de posture, puisqu'il s'adresse à un public différent.* » (M. C, directeur EHPAD Cas 3)

En somme, ces entretiens mettent en valeur que « *la compétence, c'est aussi savoir adopter en permanence de nouvelles techniques, les ajuster à la réalité du terrain, et tirer profit de ces expériences en les analysant avec recul. [...] Diriger, c'est décider, orienter, se projeter, avec le sentiment de peser sur des orientations qui auraient pu prendre d'autres voies. C'est aussi rassembler, mobiliser des professionnels sur des valeurs, une éthique commune, en vue de réaliser tel ou tel projet.* »⁶⁸

Les compétences identifiées par les directeurs rejoignent celles citées lors des entretiens auprès des autorités de tutelle : dynamisme et motivation de l'équipe de direction, solides capacités d'organisation, de gestion des ressources financières et humaines.

Chaque directeur exerce ainsi ses responsabilités vis à vis de l'institution, des professionnels et des usagers. Le directeur est devenu un manager qui sait mobiliser ses équipes, élaborer, gérer des projets transversaux et construire des partenariats. Il a un rôle pivot dans l'accompagnement du changement et l'accélération des mutations dans le secteur des EHPAD. Cependant, animer et piloter ces projets de diversification demandent des compétences particulières.

1.2 Manager en mode projet : une nouvelle façon de piloter et animer

L'analyse des services développés met en évidence des similitudes en faveur d'un management en mode projet.

La réponse à l'appel à projet a d'abord nécessité de constituer une équipe en charge du projet, ou comité de pilotage (COPIL). Les projets ont été présentés aux professionnels des établissements, afin qu'ils puissent y participer.

Un état des lieux partagé a été établi, une analyse du cahier des charges réalisée. Afin de s'y conformer, une organisation en termes de ressources humaines (recrutement, formation, etc.), financières, techniques et organisationnelles (aménagement de locaux, création ou adaptation de procédures et d'outils, etc.) a été réfléchi.

⁶⁷ HEINRY H., LE DEUN F., ANDRE J-M, 2016, *La fabrique du changement au quotidien : Paroles de directeurs*, Rennes : Presses de l'EHESP, p. 117.

⁶⁸ MIRAMON J.-M., 2015, *Être directeur d'établissement social et médico-social : la force de l'intime au cœur de l'exercice du pouvoir*, Paris : Seli Arslan, p 43-44.

Un calendrier de réponse dans le délai imparti par la procédure de l'appel à projet a été défini. Enfin, la réponse a été rédigée et une relecture croisée organisée.

Animer en mode projet demande donc de la méthodologie, une planification, des moyens, un suivi.

De plus, les autorisations délivrées sont assorties de conditions (5 cas), comme la formalisation d'outils : critères d'admission et de refus, projet de service, règlement de fonctionnement, protocole prévention de la maltraitance, plan de formation spécifique pour le service, mise en place d'outils comme des classeurs d'astreintes contenant des supports opérationnels (fiches d'intervention, plan, etc.).

En outre, la capacité du directeur à communiquer à l'interne et à l'externe apparaît comme un facteur de réussite du projet (5 cas). Les supports sont divers (brochure, réunion, site internet, etc.) afin de toucher un maximum de public, au sein des structures, quand il s'agit d'un nouveau service auquel peuvent avoir recours les personnes âgées et leurs familles (comme l'accueil de nuit, la plateforme de répit), mais aussi en dehors de l'établissement. La communication est alors à destination des personnes âgées du territoire, des communautés de communes, des professionnels libéraux, etc. Des difficultés sont parfois rencontrées comme la faible participation des professionnels libéraux aux réunions de présentation (Cas 2). Des outils de transmissions inter professionnels ont été créés. Il est à noter que la transmission d'informations est facilitée lorsque les services sont portés par une même structure. (Cas 2 et 3)

L'ensemble des projets a nécessité la formalisation d'engagements avec les partenaires. La conclusion de conventions de partenariat figurait d'ailleurs dans les cahiers des charges des cas 1-3-4-5. Ainsi, au sein de l'activité d'accueil de jour itinérant (Cas 2), les directeurs des quatre EHPAD se sont engagés à mettre à disposition leurs locaux et la sécurité d'un entourage médical et paramédical. Cela garantit par ailleurs la pérennité du projet en cas d'un changement de direction. Les conventions ont aussi intégré les mises à disposition de professionnels et les responsabilités inhérentes au transport par exemple. (Cas 4)

A travers les entretiens menés et le management en mode projet mis en place, transparait la notion de leadership. En effet, les directeurs ont été capables de fédérer un groupe pour atteindre un but commun : la mise place d'un nouveau service. Ils ont su mobiliser les équipes en interne mais aussi en externe.

1.3 Fédérer, développer le travail partenarial

Les cinq expériences s'appuient sur un riche partenariat, développé depuis de nombreuses années. Ces partenaires peuvent être d'autres services portés par la structure (MAIA, CLIC) (Cas 2-3) mais aussi extérieurs (5 cas/5) : professionnels libéraux, communauté de commune, etc.

Au fil des années, ce partenariat a institué une « *culture du travailler ensemble* ». Cela s'illustre par le pool inter établissement d'astreintes mutualisées d'infirmiers de nuit, où depuis 2012, des rencontres partenariales sont mises en place tous les trimestres, entre le centre hospitalier et les 6 EHPAD du territoire. Cela est également présent dans les territoires de la filière complète, de l'approche longitudinale et in situ.

La structuration de ce partenariat et sa mise en place en amont du projet est d'autant plus importante que son manque peut être un frein au développement de l'activité. C'est une difficulté citée par le directeur de la filière complète lors de la mise en place de la plateforme d'accompagnement de répit où contrairement aux autres projets, les partenaires avaient été moins mobilisés au préalable.

De plus, dans ces expériences, le directeur se situe à l'interface avec les élus, les usagers, les professionnels de la structure, les fournisseurs et partenaires extérieurs de son territoire. Il n'est donc plus seulement chargé de favoriser la régulation interne à la structure, mais aussi de prendre également en compte celle externe, incluant les partenaires. Dans ce cadre, le DESSMS a un rôle de traduction : il articule les différentes règles, attentes et prescriptions dans un ensemble cohérent. Cela va au-delà du sens d'une reformulation qui facilite la compréhension et l'appropriation par tous, et consiste à articuler des logiques parfois contradictoires.⁶⁹

Le directeur favorise ainsi le partage des interprétations avec les parties prenantes afin de créer du sens car chacune des parties a son propre système d'interprétations des événements. L'objectif est d'aboutir à des conceptions partagées de l'action à mettre en œuvre. Le rôle du DESSMS consiste alors à favoriser une jonction entre ces différents systèmes d'interprétation, comme l'illustre la réalisation du diagnostic partagé dans le cadre du CPOM. En effet, c'est cette solide analyse du territoire construite grâce aux représentations des différents partenaires, qui aboutit à un diagnostic partagé des forces et faiblesses. Elle a permis d'être force de proposition aux autorités de tarification et d'élaborer des solutions en parfaite adéquation avec les particularités et besoins du terrain, comme le montre l'accueil de jour itinérant de 4 places sur un territoire rural (Cas 2), la création de l'accueil de nuit (Cas 3), de l'astreinte mutualisée et de l'EMGIE.

Le directeur, en déployant un tissu relationnel important, possède donc une capacité supérieure à faire entendre sa voix lors des négociations avec les tutelles par exemple.

Le rôle de traduction suppose par ailleurs qu'il construise et entretienne de bonnes relations avec les parties prenantes, qui constituent une ressource stratégique. Cela demande du temps (5 Cas/5) et s'entretient en raison du « *turn over dans les partenaires qui impose de renouveler les contacts* ».

⁶⁹ DESMARAIS C., ABORD DE CHATILLON E, 2010, « Le rôle de traduction du manager. Entre allégeance et résistance », *Revue française de gestion*, n° 205, p. 71-88.

Enfin, une expérience de coopération réussie renforce les liens entre les établissements du territoire et incite à s'engager ensemble sur d'autres projets (5/5), à l'image des partenaires du dispositif IDE astreintes mutualisées, qui ont également mis en place une consultation buccodentaire.

Les entretiens ont ainsi mis en évidence que les relations avec les acteurs extérieurs à l'organisation revêtent une grande importance, pouvant être source de frein comme de levier. Afin de les favoriser, le directeur se doit donc de développer des compétences clés, telles que des capacités d'observation, d'écoute, d'interprétation et de dialogue.

A la fin de cette première partie, il apparaît que manager ces projets de diversification de l'offre demande de développer des compétences supplémentaires. Une majeure demeure la capacité d'anticipation qui permet de voir large et loin, en intégrant le temps, les résistances, les contraintes, les forces et opportunités.

2 Anticiper les évolutions à venir du secteur

Les conduites d'anticipation sont une nécessité pour le directeur, qui se projette dans l'avenir pour en maîtriser les risques. En effet, dans un environnement complexe et changeant, il convient d'anticiper les évolutions et chantiers à venir.

2.1 Dans un contexte réglementaire qui encourage la diversification de l'offre tout en la contraignant, instaurer une veille juridique afin de limiter les risques et saisir les opportunités

L'analyse inter-cas nous montre que la diversification de l'offre des EHPAD s'est appuyée sur les politiques publiques identifiées en Partie 1. Ainsi, le Plan Alzheimer 2008-2012 est cité pour sa mesure 1b, qui permet le déploiement de plateformes d'accompagnement et de répit en faveur des aidants familiaux s'occupant d'une personne âgée en perte d'autonomie ou atteinte de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Cette même mesure favorise également la modélisation de formules innovantes de répit. C'est dans ce cadre que la DGCS a autorisé à titre expérimental le service de répit à domicile du cas 2. Cependant en 2011, ce service a perduré grâce à la ténacité de l'association qui a sollicité les autorités de tarification.

Par ailleurs, ce Plan introduit une logique de parcours qui ambitionne d'« offrir une réponse graduée et adaptée à chaque situation », retrouvée dans la structuration progressive de la filière complète.

Cette vision transparaît au sein de l'article 48 de la LFSS 2012, qui favorise l'organisation de projets novateurs autour de la personne âgée en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Il déploie alors ce dispositif pour une expérimentation de 5 ans, portée et pilotée l'ARS. La LFSS 2017 le reconduit pour 2 ans.

Le Plan maladies neurodégénératives 2014-2019 (mesure 28) développe de nouvelles plateformes et les élargit au-delà de la maladie d'Alzheimer aux personnes touchées par la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques (INSTRUCTION N° DGCS/3A/2018/44 du 16 février 2018). Cette nouvelle mesure incite donc à une évolution des profils, qui nécessitera une formation complémentaire des professionnels en vue d'adapter l'accompagnement.

De plus, ces plans, le plan psychiatrie santé mentale 2005-2008, le virage ambulatoire de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), ont contribué à ce que les pathologies psychiatriques et cognitivo comportementales des sujets âgés soient des priorités du PRS et PRS2. Plus récemment, le Rapport Laforcade⁷⁰ renforce la création d'équipes mobiles de psychogériatrie.

Enfin, la modernisation de notre système de santé intègre la télémédecine. Si l'article 78 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires la définit, le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 précise les conditions de mise en œuvre, son déploiement régional étant piloté par les ARS.

Une veille législative, une étude du PRS et du PRIAC est donc nécessaire afin d'anticiper les évolutions à venir sur son territoire.

Toutefois, si les lois et plans sus cités encouragent l'innovation d'autres cadres réglementaires sont des freins. Par exemple, le code du travail français qui garantit au salarié un nombre minimum d'heures de repos consécutives par jour, constitue un frein au dispositif du répit à domicile. Pour s'adapter, les directeurs l'ont mis en place sur une courte durée (Cas 1 et 3), ce qui diminue son efficacité. Le consensus semble se faire sur un idéal d'un seul intervenant sur une durée de 36 heures,⁷¹ ce que la législation actuelle ne permet pas. L'association l'ayant mis en place par tranches de 12 heures « *s'adapte au mieux pour les relayeurs, les aidants et les aidés* », ce qui signifie souvent aux marges du droit du travail, source d'une prise de risque. Cette structure a ainsi été gravement en difficultés suite à l'obligation de paiement des heures supplémentaires au lieu de leur récupération, faute d'accord d'entreprise. Par ailleurs, le financement du répit à domicile par l'APA et les mutuelles risque à terme de diminuer la dotation des autorités de tarification, ce qui incite à une vigilance accrue.

Dans ce domaine, l'article 29 du projet de loi « pour un Etat au service d'une société de confiance »⁷² prévoit une nouvelle expérimentation du répit à domicile sur plusieurs jours consécutifs, grâce à une dérogation au droit du travail, ce qui permettrait de lever un frein au développement de ce dispositif. Cependant, l'article 37 de la loi ASV portant sur

⁷⁰ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, 2016, *Rapport relatif à la santé mentale par M. LAFORCARDE*, 190 p.

⁷¹ HUIILLIER J., 2017, *Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante en répit*, 53 p.

⁷² Projet de loi n°424 pour un Etat au service d'une société de confiance enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 27 Novembre 2017.

l'expérimentation de prestations de suppléance à domicile du proche aidant avait été jugé prématuré et retiré du fait des contraintes du droit du travail et de son coût.

Ainsi de nombreux projets innovants sont en adéquation avec les enjeux actuels de la société et font l'objet d'évolutions législatives. Une veille juridique est d'autant plus importante qu'elles peuvent conduire aussi à la remise en question du service.

2.2 Relever le défi numérique : des technologies au service des résidents et des professionnels

La stratégie nationale de santé 2018-2020 invite l'innovation pour réussir la transition numérique du service de santé, qui inclut la télémédecine, les objets connectés et dispositifs médicaux connectés. Le Cas 5 nous montre que cela implique au préalable de garantir la sécurisation des données de santé et l'interopérabilité des acteurs. L'expérimentation décrite (intervention de l'EMGIE au sein de l'EHPAD) est prometteuse. Actuellement, la télémédecine n'y est pas utilisée en première intention mais davantage pour réévaluer un traitement, une prise en charge, « *C'est plus un outil de suivi, de réévaluation.* ». La première fois, l'équipe rencontre le résident et les professionnels au sein de l'EHPAD. Les représentations ont évolué puisque désormais les professionnels de l'équipe et des EHPAD expriment qu'il « *n'est pas un frein à la relation avec le patient.* ». Pour cela les équipes ont été formées et accompagnées.

Dans ces EHPAD, la télémédecine est également utilisée par l'équipe mobile de soins palliatifs. Mais pour sa réussite, la télémédecine s'inscrit dans un projet médical partagé. « *Sur le territoire, l'activité s'est développée rapidement car elle avait été pensée ensemble, entre EHPAD et centres hospitaliers (procédures de gestion et formations communes, création de concert du télédossier, préparation conjointe d'une communication vers les médecins traitants et les familles, etc.). Les difficultés ont été solutionnées par une réflexion commune ; il ne suffit pas de mettre à disposition du matériel. (Entretien auprès du Dr D. ARS)* ».

Dans un sens plus large, les applications du numérique peuvent être multiples : données de santé, gestion des bâtiments intelligents, maintien du lien social entre le résident et sa famille, etc. Pour les EHPAD, les enjeux sont nombreux :

- Amélioration des conditions de travail des professionnels par la domotique, qui permet la réduction des troubles musculosquelettiques, des accidents de travail ;
- Mise en place de formations par le e-learning et les MOOC (Massive Open Online Course) ;
- Amélioration du bâti (domotique, dispositif anti-chutes, etc.) ;
- Maintien du lien social entre le résident et sa famille, grâce à la fibre optique qui permet aux résidents d'avoir l'accès à internet ;

- Informatisation du dossier résident, tablettes tactiles pour enregistrer les données dès la sortie de la chambre et éviter les risques d'erreur ;
- Géolocalisation du résident.

Dans ce dernier exemple, si face à la déambulation ou à l'errance, les nouvelles technologies (bracelet, puces dans les vêtements) peuvent être une réponse appropriée à la sécurisation des déambulations et errances non surveillées avec le risque de chuter ou de se perdre, ces systèmes posent des problématiques éthiques : quel droit à la vie privée ? Tous les déplacements du résident sont-ils suivis ou le dispositif est activé uniquement en cas de perte ou de départ inopiné ? Il s'agit alors de parvenir à un équilibre entre le respect des libertés individuelles et le maintien de la sécurité de la personne. De plus, ces systèmes ne font pas disparaître le risque et peu ont fait la preuve de leur efficacité.⁷³ *« Cela nécessite donc de poursuivre la réflexion car si les possibilités technologiques sont quasi illimitées, une technologie efficace n'est pas synonyme d'une efficacité assurée. [...] La technologie n'est pas là pour remplacer l'aide humaine. Mais une valeur ajoutée à l'intervention humaine ».*⁷⁴

En termes d'innovation, il serait également envisageable de développer à partir de l'EHPAD la domotique à domicile, en soutien aux personnes âgées ayant fait le choix de vieillir chez eux. Un dispositif de téléalarme nocturne pourrait par exemple être renvoyé vers la ligne téléphonique de l'EHPAD.

Au préalable, cela nécessite de réfléchir en équipe, car la technologie ne peut constituer à elle seule un projet, elle doit répondre à un besoin identifié en amont. Ce projet requiert une organisation sécurisée et un dimensionnement des ressources nécessaires : au niveau humain, formation et accompagnement des professionnels, mais aussi autour des aspects matériels et techniques, ainsi qu'une expertise souvent absente en interne.

2.3 S'inscrire dans les mesures favorables à la diversification de l'offre des EHPAD et à la mise en place de services innovants

En 2018, sur les 378 établissements expérimentaux médico-sociaux autorisés, seuls 5% concernent le secteur de la personne âgée. Compte tenu du faible nombre d'établissements expérimentaux dans le champ de la personne âgée, les contrats pluriannuels ne sont donc pas porteurs de formules innovantes ou expérimentales au sens du Code de l'action sociale et de la famille. Néanmoins, il contribue directement ou indirectement à modifier certains paradigmes, induisant de réels changements, plus précisément dans sa dimension territoriale et la synergie avec les autres acteurs.⁷⁵ En

⁷³ Pr BLOCH, 5 avril 2018, Assises régionales du PMND de la région des Hauts de France.

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ WATREMETZ L., 2018, « Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des EHPAD ont rendez-vous avec l'innovation », Hospimedia [en ligne], [visité le 04.07.2018], disponible sur

2018, plusieurs ARS et conseils départementaux ont inscrit la thématique de l'innovation dans leurs CPOM avec les EHPAD.

En outre, la stratégie nationale de santé⁷⁶ va dans ce sens et encourage au décloisonnement. Elle fixe ainsi comme priorité la prévention à domicile comme en établissement, la diffusion d'une culture gériatrique auprès de tous les personnels prenant en soins la personne âgée, le soutien aux aidants, la généralisation de l'accès à la médecine ainsi que l'amélioration de la qualité des soins et de l'accompagnement en établissement. Ainsi l'Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ouvre la possibilité d'expérimenter dans les secteurs sanitaire, social et médico-social des organisations innovantes qui facilitent l'accès aux soins ou fluidifient le parcours dans un continuum. Cette même loi encourage le dispositif d'astreintes mutualisées d'infirmiers de nuit en EHPAD.

De plus, en termes de financement de l'innovation, les possibilités sont désormais plus nombreuses : financements complémentaires dans le cadre du CPOM, crédits non reconductibles, dont la circulaire de campagne 2018 indique qu'elle concerne l'innovation, le fonds d'intervention régional, des financements spécifiques de la conférence des financeurs, voire des financements privés.

En somme, ces mesures encouragent l'innovation dont la diversification de l'offre en EHPAD. Cependant, l'innovation et la diversification de l'activité sont-elles un levier de performance ?

3 Au-delà de la l'innovation et de diversification de l'offre, rechercher la performance

Dans un contexte où l'ONDAM médico-social tend à croître moins fortement, le CPOM inaugure donc une nouvelle gouvernance et de pilotage, où l'amélioration de la qualité de l'accompagnement s'accompagne d'une amélioration de l'efficience de la dépense. Il s'agit alors de développer la performance telle qu'elle est promue par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), dont l'équité de la contribution financière, la réactivité aux attentes de la population, et la réduction des inégalités de santé constituent les critères les plus importants⁷⁷. Mais, comment se traduit cette approche dans le secteur médicosocial ? Au regard du Cas 3, le concept de Responsabilité Sociale des Etablissements (RSE) représente-t-il un levier de performance ? Enfin, le directeur peut-il viser la performance par un management qui associe les professionnels ?

internet :http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180625-politique-de-sante-les-contrats-pluriannuels-d-objectifs?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget

⁷⁶ Feuille de route du Plan Grand Age et autonomie dévoilé le 30 mai 2018 par A Buzyn.

⁷⁷ OMS - Rapport : la Santé dans le Monde 2000.

3.1 Piloter la performance dans le secteur médicosocial

Dans le cadre des politiques influencées par le New Public Management (NMP), les établissements se sont inscrits dans une logique de mesure et d'amélioration de la performance. La performance des services publics en lien avec leurs valeurs est multidimensionnelle et regroupe les outputs (quantité et qualité), l'efficacité, les outcomes (l'équité, l'impact sociétal, etc.) et la satisfaction des individus (usagers, citoyens, salariés). L'efficacité renvoie à l'optimisation des moyens, à la bonne gestion des ressources, au rapport output/coût.⁷⁸ La loi du 2 janvier 2002 rend obligatoire la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux. De plus, si la loi 2002-2 permet le pilotage de la performance, la loi ASV permet par la généralisation du CPOM et la nouvelle logique de tarification, sa mise en œuvre.

La diffusion des préceptes s'est poursuivie, depuis 2015, à travers le tableau de bord médico-social de la performance par l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance). Celui-ci se structure en quatre axes : les prestations de soins et d'accompagnement, les ressources humaines et matérielles, les finances et budget, les objectifs (politique qualité et système d'information). La performance combine donc ici des objectifs de qualité des organisations et du service rendu aux personnes mais aussi d'efficacité dans le pilotage et le management des structures, l'efficacité ne se limitant pas à l'aspect strictement financier ou budgétaire.⁷⁹

Ce pilotage de la performance et ces objectifs sont inscrits dans les CPOM. Cependant les établissements étudiés n'en bénéficient pas encore. Celui du Cas 1 est programmé pour 2019. L'ANAP identifie les points clés pour sa préparation, dont l'association des acteurs du territoire. Il convient donc au préalable de les identifier et les mobiliser. D'après l'ANAP, le CPOM véhicule un changement de culture impliquant un travail partenarial renforcé, la mobilisation des professionnels et des usagers, autour d'objectifs partagés autour notamment de l'amélioration du parcours et de l'accompagnement des personnes âgées du territoire. Or l'analyse des cinq expériences nous montre que ces établissements disposent déjà d'une approche transversale et globale de l'offre du territoire, qui constituera une base solide à l'écriture de leur CPOM.

Par ailleurs, l'approche de la performance par l'ANAP est large, reprenant ainsi les différents domaines cités dans le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux : « L'évaluation doit viser à la

⁷⁸ LUX G., 2016, « Les représentations de la performance des directeurs d'Établissements et Services Médico-Sociaux », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, n° 21, p.50.

⁷⁹ ANAP, Piloter la performance dans le secteur médico-social : Expérimentation d'un tableau de bord de pilotage, mars 2012, 54 p.

production de connaissance et d'analyse [...] ; elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits au regard d'objectifs et en référence aux finalités prioritairement définies pour l'action publique [...]. L'évaluation externe a pour objectifs de porter une appréciation sur les points suivants :

- l'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties [...] ;
- l'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place [...] ;
- l'appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs [...] ;
- les conditions d'efficience des actions et de réactualisation régulière de l'organisation ».

Cependant, l'approche de l'ANAP est restrictive car les ressources humaines sont étudiées uniquement sous un aspect financier et les indicateurs font référence à des caractéristiques salariales (taux ETP, rotation, absentéisme), sans couvrir la dimension de qualité de vie au travail et la satisfaction des professionnels. De même, on note l'absence d'une vision tournée vers le travail en réseau, ainsi que le défaut de questionnement de l'efficacité organisationnelle autour de la qualité des services fournies et de la satisfaction des usagers.⁸⁰ Une approche plus large de la performance, incluant l'ensemble de ces dimensions est-elle envisageable ?

3.2 Le management RSE, un levier de la performance pour innover au service des professionnels et des résidents

Le concept de Responsabilité Sociale des Etablissements (RSE)⁸¹ est mis en place par le directeur de la filière la plus complète. Cette vision vient enrichir le processus qualité naturellement tourné vers la personne accueillie, en s'adressant à l'ensemble des parties prenantes (organisations de tutelle, familles, professionnels, etc.). L'objectif est alors de répondre à leurs attentes en termes économiques, écologiques, sociaux et sociétaux sans se limiter aux personnes accueillies.

Pour certains auteurs, la mission même du secteur (prendre en charge des populations fragiles) et le statut des organisations (public à 31% et associatif à 59%⁸²) le tournent spontanément vers l'esprit du RSE.⁸³

⁸⁰ LUX G., 2016, « Les représentations de la performance des directeurs d'Etablissements et Services Médico-Sociaux », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, n° 21, p.53.

⁸¹ Au sens de la NF ISO 26000 relative à la responsabilité sociétale, la RSE est la responsabilité d'une organisation vis-à-vis des impacts de ses décisions et activités sur la société et sur l'environnement, se traduisant par un comportement éthique et transparent qui – contribue au développement durable, y compris à la santé et au bien-être de la société ; - prend en compte les attentes des parties prenantes ; - respecte les lois en vigueur et qui est en accord avec les normes internationales de comportement ; et qui est intégré dans l'ensemble de l'organisation et mis en œuvre dans ses relations.

⁸² KPMG, 2014.

Une étude⁸⁴ a identifié les freins et les leviers à la mise en place d'une stratégie RSE, par des entretiens auprès de 10 cadres et dirigeants d'organisations sociales et médicosociales (7 associatives et 3 publiques). Ainsi, l'engagement de la direction, les ressources internes (compétences, savoirs présents) favorisent l'entrée dans une approche RSE. A l'inverse, le manque de ressources en interne, de compétences, de temps, d'informations et de ressources financières freinent la démarche.

Alors, en tant que DESSMS, quelle plus-value apporte cette démarche ?

Pour le directeur de l'expérience 3, « *le RSE est un outil de management, au service d'une stratégie pro active. En référence à l'ISO 26000, elle touche l'ensemble des process : protection de l'environnement, réduction du gaspillage des ressources, mais aussi amélioration de la qualité des prestations et réponse aux attentes des parties prenantes dont les personnes accueillies, qualité de vie au travail, amélioration de l'image de l'établissement, responsabilité économique.* »

La qualité de vie au travail est en effet, un déterminant fort de la qualité d'accompagnement et a des conséquences à moyen et long termes sur la performance. Ce directeur a de ce fait mis en place de nombreuses actions en sa faveur (AFNOR), réduisant ainsi le taux d'absentéisme à 6%.

Cette approche transversale se traduit dans son engagement dans la démarche RSE : « *Depuis plusieurs années, l'EHPAD s'est engagé dans une politique d'amélioration de la qualité du service rendu, avec une volonté de proposer le bon service, à la bonne personne et au bon moment. En tant que Directeur, je me considère responsable de cette politique qualité, et j'ai toujours fait en sorte que la satisfaction des résidents accueillis et du personnel intervenant soit au cœur des projets et préoccupations de l'établissement. [...] C'est un état d'esprit et un engagement quotidien.* » Les autres directeurs interrogés partagent cette vision sans toutefois inscrire leur établissement dans une démarche RSE. Par ailleurs, il inscrit son engagement dans l'adaptation de l'offre de services aux besoins et attentes du territoire, au sein du processus RSE. « *L'offre de service et sa diversité est accompagnée d'un style de management qui a une grande influence. [...] Pour ce faire, je m'engage et l'équipe de direction à mes côtés à [...] rechercher les prestations ou services les plus adaptés aux besoins et attentes de la personne âgée et de ses proches, innover et expérimenter en proposant des offres de service qui se distinguent de l'EHPAD.* »

Il affirme ainsi sa vision et rejoint le pilotage stratégique développé dans la partie précédente, puis continue par le pilotage des ressources humaines, financières et de la qualité. « *J'affecte les moyens humains et matériels nécessaires à l'atteinte de nos*

⁸³ BERTENZENE S., VALAT D., 2016, « Changement et engagement dans une stratégie RSE le cas des établissements medico-sociaux français », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme et entreprise*, n°21, p5.

⁸⁴ Ibid p. 6-9.

objectifs qualité, dans la limite de nos disponibilités. J'encourage et permets aux salariés d'entreprendre et d'emprunter le chemin de l'apprentissage à tous les âges. Nous favorisons des conditions de travail, prévenons la pénibilité [...]. Nous recueillons, mesurons, analysons nos résultats afin d'enclencher une politique d'amélioration permanente dans les services que nous proposons. »

Il a saisi l'opportunité du renouvellement de la convention tripartite pour se repositionner son offre, en vue de l'adapter aux besoins de son territoire. « *Le renouvellement de la convention tripartite, a permis de confirmer que nous avons atteint les objectifs fixés et que nous sommes prêts à nous repositionner pour relever de nouveaux défis et plus particulièrement celui de l'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. [...]. Cette diversification de l'offre de service permet de sortir d'un système trop binaire (tout domicile ou tout établissement) et d'offrir à la personne une possibilité de choisir des solutions alternatives qui peuvent être plus adaptées. »*

Ce directeur traduit ainsi la transversalité de la démarche RSE, qui recherche une qualité de service rendu, une adaptation de l'offre aux besoins de la personne âgée en associant les partenaires du territoire, mais aussi une qualité de vie au travail. En somme, adopter une démarche de RSE, c'est intégrer les préoccupations sociales, environnementales et économiques dans ses activités, au-delà des exigences légales.

Conduire cette stratégie RSE a ici permis d'enclencher un cercle vertueux, de manager le changement et de se montrer innovant.

3.3 Viser la performance par un management qui associe les professionnels

Les expériences explorées possèdent les caractéristiques des organisations apprenantes ou agiles, qui s'avèrent plus aptes que d'autres à s'adapter au changement. Elles se caractérisent par leurs capacités à analyser, à prendre en compte les besoins, les contraintes et les évolutions de leurs écosystèmes, en s'appuyant notamment sur leur fonctionnement collaboratif et leur capacité à s'intégrer dans l'environnement. « *Plus le cadre est contraint, plus il est nécessaire d'être intégré à son environnement pour le comprendre et être en mesure de l'influencer. »*⁸⁵

Les expériences 1, 2, 3, 4 et 5 repensent la place du service ou établissement dans un cadre plus large, encouragent les professionnels à partager leurs expertises en interne et en externe, incitent les échanges avec les partenaires, les autorités de tutelles. Cela permet d'élargir sa vision, d'identifier des opportunités de développement, faire émerger de nouveaux projets.

⁸⁵ ENGELHARD J.-M., 2018, « Des pistes pour devenir une organisation agile », *Directions*, n°164 p 38.

Cette démarche en mode projet se caractérise également par une co-conception avec les équipes concernées, qui favorise l'intelligence collective. Le cas 2 illustre ce management : « *nous privilégions l'expression des idées de chaque agent pour mettre en place des actions innovantes. Nous avons une souplesse de fonctionnement : nous réfléchissons ensemble, chacun est un collaborateur. En juin 2016, notre association de 18 salariés a fusionné avec une de 120 salariés. Notre dynamisme et nos capacités d'innovation ont été reconnus.* » Le fonctionnement est ainsi collaboratif dans les différents projets de l'établissement, les professionnels sont impliqués dans les différents groupes de travail (projet de service, etc.). Les expériences 2 et 3 nous montrent qu'une réflexion en équipe pluridisciplinaire favorise les échanges, l'appropriation des objectifs par les différents acteurs et suscite ainsi l'innovation.

Cela constitue une innovation managériale. Le rôle du directeur est de valoriser le potentiel d'innovation détenu par tous les professionnels. Pour cela, il développe de nouveaux savoirs être : capacités à susciter, à valoriser, à déléguer, à outiller et fédérer. Il manage alors le sens, la motivation et la reconnaissance.

Cependant, la co-construction n'est pas une codécision. Si les décisions sont coconstruites, ce mode de fonctionnement nécessite un cadre sécurisé, bien défini. En effet, si le travail d'élaboration est en commun, ce sont les instances de décision qui décident in fine. L'enjeu est d'associer les professionnels dans un cadre partagé. Les organisations agiles les plus abouties intègrent les partenaires et les usagers à la démarche.

En conclusion de cette troisième partie, il apparaît que la diversification de l'offre de service en EHPAD repose pour partie sur la posture du directeur, mais qui doit travailler en équipe avec le médecin coordonnateur et l'IDEC. Pour cela des compétences complémentaires sont nécessaires dont des capacités d'innovation, d'adaptation, d'analyse, d'organisation, un management collaboratif. Il doit être capable de manager en mode projet, de fédérer les équipes et développer des partenariats.

De plus, les conduites d'anticipation sont essentielles, afin d'appréhender les changements et chantiers à venir. Le DESSMS contrôle ainsi les risques et saisit les opportunités. Cela lui permet de garantir une pérennité économique et qualité de vie au travail pour les personnels de son établissement, tout en répondant aux attentes et besoins des personnes âgées de son territoire.

Conclusion

Sous les effets des grands plans de santé publique (Plan Vieillesse et solidarité, Plan Solidarité Grand Âge, Plans Alzheimer), l'offre des EHPAD a évolué. Elle s'est médicalisée, se spécialisant dans la prise en charge de la grande dépendance et des troubles cognitifs. Ces plans incitent désormais à une diversification de leurs services.

Ces évolutions réglementaires sont corrélées à l'évolution des besoins de la population. En effet, dans un contexte de vieillissement de la population et sous l'effet de ces politiques, les personnes âgées entrent en EHPAD à des âges de plus en plus élevés et plus dépendantes.

Sur les territoires, de nouveaux besoins émergent comme ceux des aidants. En parallèle, la situation de nombreux EHPAD est tendue à cause de contraintes budgétaires et de difficultés de travail des personnels.

Ces structures peuvent offrir de nouveaux services en réponse aux besoins et attentes des personnes âgées du territoire et à leurs proches aidants familiaux ou professionnels, tout en continuant d'accueillir des personnes âgées très dépendantes, en utilisant des expertises et services d'autres partenaires (HAD, équipes mobiles, filières gériatriques hospitalières). Aujourd'hui, les EHPAD ne peuvent plus rester isolés : ils ont besoin d'accéder à des soins plus spécialisés, grâce à leurs partenaires sanitaires et de partager leurs propres expertises aux partenaires médico-sociaux.

Les expériences étudiées au sein des EHPAD sont complémentaires : approche transversale d'une plateforme d'accompagnement et de répit, approche in situ au plus près du domicile d'un accueil de jour itinérant et de répit à domicile, une filière complète d'accompagnement disposant d'un panel d'activités 24h/24, une mutualisation d'astreintes infirmières de nuit entre établissements et l'intervention d'une équipe mobile gériatrique territoriale s'appuyant sur la télémédecine.

L'analyse inter-cas nous montre que la diversification de l'offre apporte une réponse graduée aux besoins tout d'abord de la personne accompagnée, mais aussi du proche aidant familial et professionnel. Par ailleurs, ces expériences favorisent une continuité du parcours d'accompagnement. En s'appuyant sur leurs expertises de gestion des ressources financières, humaines, logistiques et administratives, leurs habitudes de travail partenarial, ces structures offrent de nouveaux services aux personnes âgées vivant à domicile et à leurs aidants, tout en continuant d'accueillir des personnes âgées très dépendantes. Les EHPAD ont donc la légitimité pour se repositionner sur les territoires, innover en développant une stratégie d'adaptation de l'offre de services.

La diversification de l'activité s'est mise en place selon un management en mode projet qui nécessite un pilotage stratégique mais aussi des ressources humaines, financières et de la qualité. Au sein de l'établissement, elle a été en faveur d'une montée en

compétences des équipes. Une mutualisation des ressources humaines est possible entre les différents services développés, dans le respect des spécificités de chacun d'entre eux.

Toutefois, des freins sont identifiés et des éléments de vigilance existent. Concernant les ressources humaines notamment, il convient d'instaurer un accompagnement métier ainsi qu'une professionnalisation. De plus, si la diversification de l'offre est en faveur d'une filière d'accompagnement et d'une attractivité, la stabilité financière repose sur les activités d'hébergement. Enfin, ces services disposent en partie d'autorisations expérimentales, ce qui constitue une véritable menace quant à la pérennité du projet, notamment au niveau des ressources engagées tant financières qu'humaines.

Des aménagements du droit sont souhaités afin d'encourager sans contraindre l'innovation, notamment en ce qui concerne le temps de travail du répit à domicile.

Par ailleurs, l'étanchéité des modes de financement actuels favorise un cloisonnement entre le domicile et l'EHPAD. Une fongibilité des enveloppes, un financement complémentaire des actions préventives encourageraient une évolution de l'offre de l'EHPAD en faveur du domicile.

De plus, la réussite de ce projet repose pour partie sur la posture du directeur. Pour cela, développer les compétences à innover est nécessaire, notamment des capacités d'adaptation, d'analyse, d'organisation et d'anticipation.

Pour conclure, au regard de cette analyse, il n'existe donc pas une diversification unique de l'offre de l'EHPAD mais des expériences complémentaires, résultant de la diversité des besoins et ressources de chaque territoire. Le projet est à construire avec l'ensemble des parties prenantes : professionnels, résidents, familles et les partenaires. Chaque cas dispose d'éléments d'opportunité et de vigilances. Le service le plus adapté est celui qui répond aux besoins du territoire, tout en se montrant performant.

S'ouvrir sur l'extérieur apparaît comme une solution face au sentiment de solitude souvent évoqué par le directeur d'EHPAD. En effet, cela permet d'enrichir sa vision, son partenariat, de mutualiser des ressources. Dans mes nouvelles fonctions, j'aurai à faire naître, à susciter des accompagnements davantage tournés vers les usagers, adaptés aux besoins du territoire. Cela impliquera de mobiliser, motiver les agents en interne mais aussi de travailler conjointement avec les partenaires du territoire, en s'appuyant sur le médecin coordonnateur et l'IDEC.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal officiel du 1 juillet 1975, [visité le 06.06.2018] disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699217&dateTexte=20001222>

MINISTERE CHARGE DES PERSONNES AGEES, Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance [en ligne]. Journal officiel n° 21 du 25 janvier 1997, [visité le 09.07.2018] disponible sur internet :

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

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, 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, du 21 juillet 2001, [visité le 09/07/2018], disponible sur internet :

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

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel n°2 du 3 janvier 2002 [visité le 5.05.2018] disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, **Loi** 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°0167 du 22 juillet 2009. [visité le 09/07/2018], disponible sur internet :

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

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Décret du 26 avril 1999 n°99-316 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD, Journal officiel n°98 du 27 avril 1999. [visité le 09/07/2018], disponible sur internet :

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

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010, relatif à la télémédecine, Journal officiel, n°0245 du 21 octobre 2010. [visité le 09.07.2018], disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&categorieLien=id>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement [en ligne], Journal officiel, n°0301 du 29 décembre 2015 [visité le 06.06.2018] disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal officiel n° 0298 du 23 décembre 2016. [visité le 09.07.2018], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/21/AFSA1616908D/jo/texte>

Plans :

Plan Vieillesse et solidarités 2004-2007

Plan Solidarité Grand Âge 2007-2012

Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019

Rapports:

ANAP, 2012, *Piloter la performance dans le secteur médico-social : Expérimentation d'un tableau de bord de pilotage*, 54 p.

ANESM, 2015, *Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile*, 132 p.

BONNE B., 2018, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, sur la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, n°341, 7 mars, en ligne : www.senat.fr/rap/r17-341/r17-3411.pdf

ENEIS Conseil, 2011, *Etude en vue de la modélisation de formules de répit et d'accompagnement particulières pour les malades d'Alzheimer*, 20 p.

HUILLIER J., 2017, *Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante en répit*, 53 p.

IBORRA M., FIAT C., 2018, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales en conclusion de la mission sur les EHPAD* [en ligne], n°769, [visité le 09.07.2018], disponible sur internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0769.asp>

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 2018, *Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les EHPAD*, Rapport établi par P. RICORDEAU [en ligne], n°20186023R, [visité le 22.07.2018], disponible sur internet : www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-023R.pdf

MARQUIER R, VROYLANDT T, TOLDRE C, et al., 2016, « *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés* », n°5, DREES, septembre, 32p.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, 2016, *Rapport relatif à la santé mentale par M. LAFORCARDE*, 190 p.

MULLER M., 2017, n°1015, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Etudes et Résultats, n°1015, DREES, juillet, 8 p.

PREVOT J., 2009, « Les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », Etudes et Résultats, n°699, DREES, août, 8 p.

RESEAU KPMG, 2015, *EHPAD : Vers de nouveaux modèles*, 60p.

SOULLIER, N., 2012, « Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie », Etudes et Résultats n°799, DREES, mars, 8 p.

VOLANT S., 2014, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », Etude et Résultats, DREES, février, 6 p.

Ouvrages :

ENNUYER B., 2014, *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation*, DUNOD, 2^{ème} édition, Santé Social, 320 p.

HEINRY H., LE DEUN F., ANDRE J-M, 2016, *La fabrique du changement au quotidien : Paroles de directeurs*, Presses de l'EHESP, 242 p.

LOUBAT J.-R., HARDY J.P. et M A. BLOCH, 2016, *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*, DUNOD, 376 p.

MIRAMON J.-M., 2015, *Être directeur d'établissement social et médico-social : la force de l'intime au cœur de l'exercice du pouvoir*, Seli Arslan, 126 p.

Articles de périodique :

ARNAIZ-MAUME F, 2018, « L'avenir est aux hébergements mixtes », *Actualités Sociales Hebdomadaires* n°3051, p.6-9

BERTENZENE S., VALAT D., 2016, « Changement et engagement dans une stratégie RSE le cas des établissements medico-sociaux français », *RIMHE : revue Interdisciplinaire Management, Homme et entreprise*, n°21, p.3-23.

BRAMI G., 2013, « Le paradoxe de l'évolution des EHPAD », *EMPAN*, n°91, p. 56-61

DESMARAIS C., ABORD DE CHATILLON E, 2010, « Le rôle de traduction du manager. Entre allégeance et résistance », *Revue française de gestion*, n° 205, p. 71-88.

ENGELHARD J.-M., 2018, « Des pistes pour devenir une organisation agile », *Directions*, n°164 p 38

FONTAINE R., 2009, « Aider un parent âgé se fait-il au détriment de l'emploi ? », *Retraite et Société*, n°58, p 31-61

GUILLIER A., 2018, « EHPAD : des pistes pour sortir d'une crise qui s'enracine », *Travail Social Actualités*, n°89, p. 10-12

HELFTER C., BLOCH M.-A., 2016, « Plateformes de services : une (r)évolution des postures et des pratiques », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2983, pp.20-23

JARRY C., ARNAIZ-MAUME F, BLONDELET J., et al., 2018, « Les EHPAD en fin de vie », *Actualités Sociales Hebdomadaires* n°3051, p.6-9

LUX G., 2016, « Les représentations de la performance des directeurs d'Etablissements et Services Médico-Sociaux », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, n° 21, p. 46-68

MORIN L., 2015, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France métropolitaine en 2014 », *la Revue de Gériatrie*, tome 40, n°9, p 529-538

ORY M.G. and al, 1999, « Prevalence and impact of caregiving : a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers », *The Gerontologist*, vol.39, n°2, p. 177-185

RANDON S., BARET C., PRIOULT C., 2011, « La prévention de l'absentéisme de personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale », *Management et Avenir*, n°49, p. 133-149

Articles sur site internet :

BESNIER C. 2018, « L'Ehpad de demain, fournisseur de ressources sur son territoire » *La news letter de Gerontonews.com* [en ligne], [visité le 24 mars 2018], disponible sur internet : https://www.gerontonews.com/l-Ehpad-de-demain-fournisseur-de-ressources-sur-son-territoire-NS_CZ1P5ZZJC.html

CNSA, « Création des places ESMS : bilans et procédure d'appel à projet », [mis à jour le 18 mai 2018], disponible sur internet : <https://www.cnsa.fr/print/accompagnement-en-etablissement-et-service/loffre-medico-sociale/les-creations-de-places>

LESPEZ V., 2018, « Financer l'innovation : entre la loi et la pratique », *Gerontonews* [en ligne], [visité le 03.07.2018], disponible sur internet : <https://www.gerontonews.com/story.php?story=CZ6PB8GAK>

WATREMETZ L., 2018, « Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des EHPAD ont rendez-vous avec l'innovation », *Hospimedia* [en ligne], [visité le 04.07.2018], disponible sur internet : http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180625-politique-de-sante-les-contrats-pluriannuels-dobjectifs?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget

Mémoire :

LE MARCHAND L., 2016, La personnalisation de l'accompagnement de la personne âgée : projet personnalisé et soutien du parcours dans un contexte de plateforme de services médico-sociaux, Formation DESSMS : EHESP, 56 pages.

Conférences :

GRARD E., LELIEVRE A, PIGALE H., « Directeur d'ESSMS : manager au quotidien et construire l'avenir dans une logique territoriale », in ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE, 30 mars 2018, Rennes

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien	p II
Annexe 2 : Fiche de synthèse du Cas 1	p IV
Annexe 3 : Fiche de synthèse du Cas 2	p VI
Annexe 4 : Fiche de synthèse du Cas 3	p VIII
Annexe 5 : Fiche de synthèse du Cas 4	p X
Annexe 6 : Fiche de synthèse du Cas 5	p XII
Annexe 7 : Tableau d'analyse Intercas	p XIV

Annexe 1 : Grille d'entretien

Je suis élève directrice des établissements sanitaire, social et médicosocial. Dans le cadre du mémoire, j'étudie la diversification des missions et des services des EHPAD. Je souhaite réaliser un diagnostic des expériences innovantes existantes.

Descriptif du service

Quelle offre avez-vous mise en place ?

Quelles sont vos missions ?

Territoire d'intervention, profil des personnes prises en charge ?

Quelle conduite de projet a été mise en place ?

Qui porte le projet ?

Conduite du projet à la création ? Histoire du projet ?

Initiative de l'EHPAD : évaluation d'un besoin par l'acteur seul ou avec les partenaires et remontée vers les financeurs ?

Projet impulsé par une autorité de tutelle ?

La mise en place du projet a-t-elle nécessité la création d'outils ?

Evolution de la conduite de projet au fur et à mesure de la mise en place ? Diversification progressive de l'offre de services ?

Quel est le portage institutionnel et quelle entrée dans l'innovation ?

Politique publique sur laquelle s'appuie le projet ?

Appel à projet ? PAERPA ? Expérimentation ?

Quelle contractualisation a été mise en place ?

Avec qui ? ARS, cd, CNSA

Un CPOM regroupant l'ensemble de vos services a-t-il été mis en place ?

Ce projet a-t-il nécessité un aménagement au regard de la législation ?

Dérogation du droit du travail ?

Quels sont vos modes de financement ?

FIR ? Dotation annuelle ?

Participation des usagers ? Reste à charge après intervention de la mutuelle ?

Pérennité des financements ?

Difficultés rencontrées ? Réajustements effectués ?

Concernant les ressources humaines :

Efficiences de l'existant ou nouveau recrutement ?

Quel management de proximité a été mis en place ?

Quels sont les enjeux autour du référentiel métier ?

Travail individuel/ Travail collectif

Fiche de poste à construire

Formation à créer

Quelle évaluation a-t-elle été mise en place ?

Prévue en amont du projet ?

Quels indicateurs développés dans le rapport d'activités ?

Moyens de recueil de la satisfaction des résidents ?

Le projet a-t-il atteint le public visé ?

Comment s'inscrit l'activité au sein du territoire ?

Quels sont les liens développés avec les autres acteurs qui gravitent autour de la personne âgée ?

Cela a-t-il nécessité de mettre en place une coordination avec les autres acteurs du territoire ?

Création d'outils de communication ? Temps d'échanges formalisés ?

Quel sont les éléments d'opportunité de ce projet ?

D'après vous, quels sont les éléments de vigilance pour la mise en place de cette activité ?

Avez-vous des éléments à ajouter ?

Merci pour votre participation

ANNEXE 2 : Cas 1 : Plateforme d'accompagnement et de répit APPROCHE LONGITUDINALE Accompagnement de l'aidant et de l'aidé, tout au long de leur parcours, du domicile à l'EHPAD + Formation des aidants familiaux et professionnels
Qui porte le projet ?
EHPAD du Centre Hospitalier T.
DESRIPTIF
<p>Visé à offrir sur chaque territoire une palette diversifiée d'actions de soutien et de répit correspondant aux besoins des aidants. Mobilisation aux 4 étapes du parcours de l'aidant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Annonce de la maladie de l'aidé • Accompagnement à domicile • Entrée en EHPAD de l'aidé • Perte de l'aidé <p><u>Accompagnement individuel de l'aidant</u> Cet accompagnement individuel diminue la culpabilité, l'angoisse de séparation. Il met en valeur la continuité de leur rôle, même à l'entrée en établissement de l'aidé.</p> <p><u>Travail sur la séparation</u> à travers la mise en place de l'accueil de jour ou d'hébergement temporaire au sein de l'EHPAD, en vue de préparer l'institutionnalisation</p> <p><u>Accompagnement lors de l'entrée en EHPAD :</u></p> <p>Permet d'accompagner des aidants déjà connus mais aussi des aidants non connus dont l'aidé vient d'entrer en EHPAD. Importance de leur mobilisation à ce moment-là. « <i>Les aidants sont en réelle souffrance : ils sont déçus du décalage de prise en charge qu'ils avaient idéalisée, éprouvent un sentiment de culpabilité. Nous leur expliquons le fonctionnement de l'EHPAD, comment ils peuvent s'impliquer dans le projet de vie, le conseil de vie sociale afin qu'ils y trouvent leur place</i> ». L'entrée en institution est facilitée si l'aidé a déjà fréquenté l'accueil de jour ou bénéficié d'un hébergement temporaire.</p> <p><u>-Intervention également auprès du personnel de l'EHPAD</u> qui a également besoin d'être formé sur le vécu de l'aidant car il peut aussi mal vivre la situation.</p> <p><u>Perte de l'aidé :</u> Poursuite de l'accompagnement jusque 6 mois après le décès</p> <p><u>Depuis 2017 : Intégré au programme INTERREG V porté par l'ARS et l'AVIQ (Belgique)</u> entre les Hauts de France, les régions de Wallonie et Vlaanderen. Il vise en matière d'aide aux aidants de personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie, à développer une offre de services et créer un réseau franco-belges spécialisés dans l'aide aux aidants.</p> <p>Dans les Hauts de France, l'ensemble des professionnels des plateformes d'accompagnement et de répit ont été formés. Le concept est celui de « Train the trainer » : ils deviennent ensuite à leur tour formateurs vers les professionnels du domicile. Ces professionnels constituent un pool d'« alerteurs » pour interpeler les professionnels des plateformes qui pourront proposer aux aidants un accompagnement.</p> <p>Monsieur B est donc en train de former les professionnels des 8 SAAD de son territoire.</p> <p>Après une formation à l'ARS, M. B effectue également du soutien psychoéducatif individualisé (counseling). Ce programme s'appuie sur des travaux de recherche de l'Université de Liège. Son contenu est validé scientifiquement : il est prouvé qu'au bout de treize séances, l'aidé reste neuf mois de plus au domicile, en plus du bénéfice social pour l'aidant. (Etude du Professeur A)</p>
Politiques publiques en soutien du projet
<p>-Le Plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 1b) A permis le déploiement de plateformes d'accompagnement et de répit en faveur des aidants familiaux s'occupant d'une personne âgée en perte d'autonomie ou atteinte de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.</p> <p>-Plan maladies neurodégénératives (PMND) 2014-2019 (mesure 28)</p> <p>Création de nouvelles plateformes et élargissement de leur activité au-delà de la maladie d'Alzheimer aux personnes touchées par la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques (INSTRUCTION N° DGCS/3A/2018/44 du 16 février 2018)</p>

Conduite de projet
<p>-Réponse à l'appel à projet de l'ARS par le CH</p> <p>Conditions posées par le cahier des charges : PFR portée par un accueil de jour, d'une capacité d'au moins 10 places installées, autonome ou adossé à un EHPAD</p> <p>-Ouverture en mars 2012 et structuration progressive des activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des entretiens individuels, d'accompagnement individualisé; • Des activités collectives de soutien et d'information, à travers des groupes de soutien collectif (ateliers trucs et astuces, café des aidants...); • Des activités de répit, de loisirs et de vie sociale avec des ateliers destinés aux aidants ou aux couples aidant/aidé (gym douce, chorale, atelier cuisine...). Certains ateliers ont lieu dans les locaux de l'EHPAD, afin d'y rentrer par le biais du plaisir ; • La formation des aidants ; • Mise en place de moments de répit : accueil de jour (réunion de présentation de l'accueil de jour a réuni 30 personnes en 2017), hébergement temporaire
Aménagement du droit
Pas d'aménagement du droit nécessaire car le répit à domicile est de courte durée
Financement
100 000€/ an. Cette enveloppe n'a pas évolué depuis 2012. Or 42 aidants étaient suivis en 2012 pour 316 aidants en 2017, et le GVT ont augmenté.
Ressources Humaines
<p>-1ETP coordonnateur PFR + 0,6 IDE +Vacations d'un psychologue libéral</p> <p>-Supervision des pratiques par la neuropsychologue de la consultation mémoire : mutualisation des ressources de l'établissement : « <i>se nourrit des richesses du CH</i> »</p> <p>-Permet mobilité des professionnels à l'interne (IDE travaillait à l'EHPAD auparavant)</p> <p>- 0,4 ETP de l'IDE auprès du réseau gériatrique ce qui facilite le partenariat</p> <p>-Professionnalisation des professionnels/ formations complémentaires organisées par ARS</p> <p>-Rencontres tous les 6 mois des PFR de la région à l'ARS</p>
Evaluation
<p>Logiciel de suivi de l'activité</p> <p>Rapport d'activité annuelle selon les indicateurs définis dans le cahier des charges (profil aidant, aidé, personnel dédié, etc.)</p>
Positionnement avec les autres acteurs gravitant autour de la personne âgée
<p>Partenariat primordial sous forme de conventions (figurait au cahier des charges) avec les acteurs gérontologiques du territoire, les SSIAD, les professionnels libéraux (médecin, IDE...)</p> <p>Articulation avec la maison de l'autonomie portée par le conseil départemental</p>
Eléments d'opportunités
<p>-Accompagnement personnalisé de l'aidant et de l'aidé dans la continuité</p> <p>-Sert à alimenter l'accueil de jour et l'hébergement temporaire de l'EHPAD</p> <p>-Plus-value pour l'EHPAD et le CH, qui orientent également les aidants vers la PFR</p> <p>-Mutualisations de ressources humaines et montée en compétences</p> <p>-Expertise gériatrique de la PFR reconnue par les partenaires</p> <p>-Intervient au domicile et lors de permanences sur tout le territoire→ maillage territorial</p> <p>-Facilite la communication entre l'aidant, l'aidé et les professionnels de l'EHPAD</p>
Points de vigilance
<p>-La PFR est territoriale : n'est pas exclusive au CH, ne sert pas qu'à alimenter l'EHPAD à laquelle elle est rattachée. Liberté du résident de choisir son EHPAD</p> <p>-Soutenabilité financière : absence d'évolution de la dotation annuelle malgré l'augmentation de l'activité et l'évolution charges (GVT)</p>

Annexe 3 : Cas 2 : APPROCHE IN SITU : Accompagnement au plus près du lieu de vie Accueil de jour itinérant, Répit à domicile
Porteur du projet
L'association A. porte un SAVS SAMSAH, un CLIC, un service itinérant d'accueil de jour, une plateforme d'accompagnement et de répit (PFR) et un service de répit à domicile.
Descriptif
<u>Accueil de jour itinérant</u> : Accompagnement à la journée de 4 personnes souffrant de troubles liés à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées en lien avec quatre EHPAD du territoire (privé ou public). Un chauffeur accompagnateur assure les déplacements entre le domicile et l'EHPAD. <u>Service de répit à domicile</u> : Au domicile de l'aidant, intervention d'un professionnel par tranche de 12h sur une période limitée à 4 jours et 3 nuits, en l'absence du proche de la personne âgée de plus de 60 ans, en perte d'autonomie ou souffrant de pathologies type Alzheimer, Parkinson. <u>Principaux objectifs</u> : 1er test de séparation avec l'aidé, répit à l'aidant sur une période courte (repos, vie sociale), maintien de capacités, stimulations, accompagnement de l'aidé
Politiques publiques en soutien du projet
Mesure 1 b du Plan Alzheimer 2008-2012 (modélisation de formules innovantes de répit) <u>Répit à domicile</u> : Permis à titre expérimental par la DGCS, de mars 2010 à mars 2011, dans le cadre de l'expérimentation de 17 formules innovantes du plan national Alzheimer 2008-2012 <u>Evolution à venir ?</u> Art 29 projet de loi du 27/11/2017, pour une société de confiance
Conduite de projet
-Les acteurs gérontologiques du territoire sont « <i>forces de proposition concernant les problématiques du territoire. Territoire rural, éloignement géographique et besoins limités</i> » -2007-2008 : demande remontée au CROSM. Puis inscrit au SROMS et au PRIAC -Autorisation portée par association B. (18 salariés). En juin 2016, fusion avec association A. de 120 salariés. « <i>Reconnaissance du dynamisme et de l'innovation de l'association B.</i> » - Pas de CPOM car autorisation à titre expérimentale <u>Accueil de jour</u> : Obtention d'une première autorisation à titre expérimental en 2010 pour 3 ans puis une seconde en 2013 pour 5 ans (Art L 313-7 CASF). Assortie de conditions qui ont été mises en place (outils loi 2002, évaluation, formation des professionnels) -Conventions très claires sur les engagements de chacun : Les 4 EHPAD partenaires mettent à disposition leurs locaux et la sécurité d'un entourage médical et paramédical. Le médecin coordinateur de l'EHPAD effectue le bilan préalable à l'admission. <u>Répit à domicile</u> : Autorisé à titre expérimental par la DGCS en 2010 Autorisation du 24 juillet 2014 pour 5 ans (Art L 313-7 CASF), assortie de conditions (outils loi 2002, évaluation, formation des professionnels) Cible : Prestations centrées sur aidants isolés, aidant dont la charge d'aide est importante, les ménages modestes sur un territoire d'intervention défini
Aménagement du droit
<u>Répit à domicile</u> : La dérogation au droit du travail concernant les 12 heures de travail consécutives n'est plus nécessaire si un accord prévoyant le temps partiel modulable est conclu au sein de la convention collective. Le recours au temps partiel modulable est impératif car suite au contrôle de l'inspection du travail début 2016, il a été réclamé au service de rémunérer les heures supplémentaires (ces heures étaient récupérées)
Financement
<u>Accueil de jour</u> : Dotation annuelle de 67 074 €/an dont 46 219€/ARS et 20 855€/conseil départemental. Problématique de la baisse de la dotation du cd Participation résident : 33€/ jour (transport et repas). N'est pas un frein à l'accueil car est prise en charge par l'APA pour 80% des personnes accueillies. <u>Répit à domicile</u> : ARS : 96 000€/an, soit 36 périodes de répit/an. Pourra évoluer selon les dispositions loi ASV Art L 232-3-2 et décret du 26 février 2016 : financement par APA du répit à domicile et en raison du financement du répit à domicile par de nombreuses mutuelles.

En conséquent à l'avenir, probable baisse des financements ARS
Ressources Humaines
<p>-Mutualisation RH entre accueil de jour et service de répit à domicile. L'ergothérapeute coordonne ces deux services et effectue le management de proximité.</p> <p><u>Accueil de jour</u> : 2,38 ETP répartis en 0,1 ETP pour l'IDEC chef de service, 0,6 ETP pour l'ergothérapeute, 1 ETP AMP + 0,68 ETP chauffeur</p> <p><u>Répit à domicile</u> : 2,23 ETP répartis en 0,1 ETP pour l'IDEC chef de service, 0,4 ETP pour l'ergothérapeute et 0,68 ETP AMP + 0,8 ETP AMP + 0,25 ETP en contrat avenir. Effectif initialement prévu de 2 ETP et un personnel de renfort de 0,25 ETP mais le service considère indispensable de disposer d'une équipe de 3 AMP. Cet été, le service a dû faire appel à des AMP en CDD/ nombreuses demandes de répit.</p> <p>-Les professionnels ont suivi une formation ASG et à la prévention de la maltraitance.</p> <p>-Management participatif de l'association : privilégie l'expression des idées de chaque agent pour mise en place des actions innovantes.</p>
Evaluation
<p>Autorisations assorties d'une obligation d'évaluation de l'activité et de la qualité des prestations</p> <p>- <u>Accueil de jour</u> : Objectifs atteints concernant l'activité et le public ciblé : taux d'occupation de plus de 100%. Association ne souhaite pas d'augmentation du nombre de places mais une réflexion autour du profil des personnes accueillies (de plus en plus de malades jeunes ou atteints de la maladie de Parkinson) qui nécessitent un accompagnement différent.</p> <p>-<u>Répit à domicile</u> : Rencontre en octobre 2017 avec l'ARS en vue de préparer l'évaluation finale (fin de l'autorisation en 2019). Il n'y avait pas eu de visite de mise en œuvre après l'autorisation en 2014. Réajustements nécessaires car indicateurs d'évaluation insuffisamment développés : nécessité d'évaluer l'impact de la prestation auprès des aidants à travers des entretiens individuels (seront menés par un étudiant psychologue Master 2).</p>
Positionnement avec les autres acteurs gravitant autour de la personne âgée
<p>Riche partenariat formalisé avec des conventions (figurait au cahier des charges), avec acteurs gérontologiques du territoire, le SSIAD, les professionnels libéraux</p> <p>La coordination est facilitée par le CLIC, porté par la même association</p> <p>La communication avec les partenaires extérieurs est très importante. Elle doit être renouvelée du fait du turn over important des équipes chez les partenaires. En 2016, peu de succès de la réunion de présentation du service avec professionnels libéraux.</p>
Eléments d'opportunités
<p>-Porter plusieurs services facilite la communication, la mutualisation de personnel et la continuité de l'accompagnement de l'aidant et de l'aidé. Expérience de coopération réussie entre professionnels du territoire, renforce les liens entre les établissements</p> <p>-Accueil de jour : plus-value pour l'EHPAD : AMP apporte son dynamisme, contribue à l'ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur (// nouveau regard sur l'EHPAD).</p> <p>-Sorte de « filière » : répit à domicile et accueil de jour itinérant sont des portes d'entrée vers les autres services (hébergement temporaire, accueil de jour)</p>
Points de vigilance
<p>-<u>Expérimentation depuis 8 ans</u> : Quelle pérennité ? source d'incertitude pour l'avenir : « <i>sorte de pari sur l'avenir car professionnels embauchés en CDI</i> »</p> <p>-Point crucial de l'évaluation pour le renouvellement de l'autorisation : nécessite de l'anticipation</p> <p>-Quid si changement de direction de l'EHPAD ? Nécessite des conventions très claires sur les engagements de chacun</p> <p>- Veille juridique concernant les avancées législatives concernant le répit à domicile. Evolution probable de financement : nécessite une veille informationnelle et anticipation</p> <p>-Nécessité de formations complémentaires en lien avec l'évolution des profils</p>

Annexe 4 : Cas 3 : FILIERE COMPLETE
Hébergement classique+ temporaire+ accueil de jour+ UHR+ PFR+ Accueil de nuit+ MAIA+ répit à domicile
Porteur du projet
Etablissement privé à but non lucratif. Dépend d'un réseau d'EHPAD regroupés au sein d'une Fédération. Géré et administré par un Conseil d'Administration issu de l'association « S M. – L. M. »
DESCRIPTIF
<ul style="list-style-type: none"> - Hébergement classique 237 places et PASA 12-14 places - Hébergement temporaire - Accueil de jour 10 places - UHR - Accueil de nuit de 6 places : 3 externes+ 3 internes (résidents déambulant) - Consultation mémoire - MAIA - Plateforme d'activité et de répit (soutien, accompagnement aidant, répit à domicile par demi-journées)
Politiques publiques en soutien du projet
<ul style="list-style-type: none"> - Plan Alzheimer 2008-2012 : Logique de parcours « offrir une réponse graduée et adaptée à chaque situation » -La mesure 32 du Plan maladies neurodégénératives (PMND) 2014-2019 vise à développer l'offre médico-sociale sur la base d'une gamme de services intégrés portés par des appels à projets transversaux.
Conduite de projet
<ul style="list-style-type: none"> - A partir de l'activité initiale de l'EHPAD, développement successif d'autres services <i>« EHPAD était au départ le corps de métier, est devenu le support des autres activités car il est alimenté par les activités auxiliaires »</i> - Prise de poste en 2004, sur un EHPAD avec hébergement classique et hébergement temporaire -Suite à l'évaluation des besoins du territoire rural de la D. (vieillesse de la population) : mise en place d'une consultation mémoire en lien avec le CH de B. et un EPSM. A l'époque, ARH : cloisonnement sanitaire et médicosocial → projet porté par CH et convention entre CH et EHPAD qui est co acteur du projet. Consultation mémoire a lieu au sein de l'EHPAD -Dossier CROSS pour la création de l'accueil de jour -PASA créé avec financements CNSA -Réponse appel à projet ARS pour la plateforme d'accompagnement et de répit. Réponse appel à projet pour EHPAD centre de ressources : a permis mise en place de répit à domicile et d'un accueil de nuit - Réponse appel à projet pour la MAIA - Réponse appel à projet pour l'UHR <p>FOCUS Accueil de nuit :</p> <ul style="list-style-type: none"> -création UHR en redéploiement → opportunité service libéré -A nécessité des travaux importants d'adaptation des chambres, d'une zone d'activité, d'un office en vue de l'adaptation des locaux pour l'accueil de nuit -A nécessité une professionnalisation des ressources humaines : 4 ETP (4 AMP formées ASG) + mutualisation de l'encadrement par le responsable du Pôle ressources Personnes âgées + intervention ponctuelle ergothérapeute, psychomotricien (selon les nuits, 1 à 2 professionnels, peut faire appel aux autres professionnels de l'établissement)
Aménagement du droit
Pas d'aménagement du droit nécessaire car répit à domicile a lieu par demi-journées
Financement
<p>Convention tripartite. CPOM prévu en 2023</p> <ul style="list-style-type: none"> -Stabilité financière repose sur l'activité classique de l'EHPAD (hébergement permanent, recettes : 13 millions ; ensemble des autres activités : 1 million)

Ressources Humaines
<p>-Engagement dans la professionnalisation des salariés. « <i>La formation permet l'implantation d'une véritable culture gérontologique au sein des établissements</i> »</p> <p>Etude promotionnelles du psychologue qui est devenu responsable du Pôle</p> <p>-Mutualisation de certains postes (ex : psychologue, responsable du Pôle)</p> <p>-Mutation de personnel en interne</p> <p>-Engagement de l'établissement dans la démarche SQVT et dans le développement durable (RSE)</p>
Evaluation
<p>En lien avec indicateurs de l'ANESM</p> <p>-Nécessité de définir des indicateurs clés (maximum 10) afin de disposer d'un rapport d'activité concis et pertinent (max 6 pages/structure)</p> <p>Exemple pour l'accueil de jour : taux occupation, fréquence, nombre de personnes transportées, désistement, durée d'accueil, profils personnes accueillies (orientations, autres prestations dont bénéficient les personnes accueillies)</p> <p>-Importance de la mesure de l'efficience : réponse aux besoins et rentabilité/argent public</p>
Positionnement avec les autres acteurs gravitant autour de la personne âgée
<p>Communication avec les partenaires extérieurs très importante</p> <p>-Conventions avec CH de Bergerac (ex : formations), HAD, SSIAD</p> <p>-Mairie (/salle accueil de jour itinérant)</p> <p>-Agglomération (/mise à disposition d'un bus adapté)</p>
Eléments d'opportunités
<p>-Continuité de l'accompagnement de l'aidant et de l'aidé : formule complète avec plusieurs options. Facilite la communication, mutualisation de personnel a minima</p> <p>-Opportunités de l'accueil de nuit : permet de soulager l'aidant, prépare à l'entrée en EHPAD. Est aussi une solution pour les résidents qui déambulent la nuit</p> <p>-Nécessité d'inclure le transport dans la prestation accueil de jour et de nuit</p> <p>-Importance de s'appuyer sur le réseau, les partenaires du territoire</p>
Points de vigilance
<p>-Lorsqu'il développe ces activités, le directeur change de métier</p> <p>-Le seuil de rentabilité économique est différent selon les activités : « <i>quelques chambres de vide à l'EHPAD est critique. Ce n'est pas le cas pour l'accueil de jour où des places disponibles ne mettent en péril l'activité. Dans ces services, il est préférable de privilégier un accueil de qualité par l'adéquation du profil de la personne à la prestation plutôt que de rechercher un taux d'occupation de 100%</i> »</p> <p>-Nécessité d'un bon dimensionnement des services (<i>Un accueil de jour à 15, qui sert de PASA est inutile...</i>)</p> <p>-Ne pas se laisser enfermer dans la tentation de l'effet filière : travail avec les autres EHPAD du territoire vers qui peut être orienté le résident qui a bénéficié de certains services : respect du libre choix de l'utilisateur</p> <p>-Nécessité d'impliquer les partenaires, les acteurs du territoire, dès l'élaboration du dossier de réponse à l'appel à projet « <i>PFR a eu du mal à se mettre en route faute d'association initiale des partenaires</i> »</p> <p>- <u>RH</u> : Muscler, structurer ces services innovants par des formations.</p> <p>Ne pas faire circuler le personnel en interne (1 j en accueil de jour, puis à domicile) car les métiers, les compétences sont différents</p>

Annexe 5 : Cas 4 : Pool inter-établissement
Dispositif d'astreintes infirmières mutualisées de nuit en EHPAD
Porteur du projet
CH J. porte le projet
DESRIPTIF
Mise en place d'astreintes mutualisées entre le CH J. et 6 EHPAD, soit 452 places EHPAD Astreinte de 21h à 7h, 365j/365 Attention : ne se substitue ni au 15, ni à l'HAD : n'intervient pas pour un soin programmé mais pour évaluer une situation
Politiques publiques en soutien du projet
-LFSS 2018 : enveloppe de 10 millions€ pour élargir l'expérimentation dispositif IDE de nuit en EHPAD. S'inscrit dans les préconisations de la mission « flash » de la commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale du 13 septembre 2017
Conduite de projet
-Depuis 2012, « <i>culture du travailler ensemble</i> » entre CH J. et les EHPAD du territoire : réunions tous les trimestres (autres projets portés ensemble : soins bucco-dentaires, chutes, etc.) -Identification du besoin d'un pool inter établissement IDE de nuit, par les établissements médicosociaux du territoire -Appel à projet ARS B. suite à l'expérimentation ARS P. - Création d'un COPIL conduite de projet - Réponse à l'appel à projet par CH J. en 2014, astreintes mises en place au 1 ^{er} avril 2015 -Au préalable du lancement du dispositif : visite des EHPAD par les infirmiers, présentation du dispositif aux équipes, mise en place d'une solide organisation : <ul style="list-style-type: none"> • Formalisation de procédures : celles de déclenchement du dispositif, des cas dans lesquels recourir à l'IDE de nuit, des cas d'exclusion • Mise en place d'outils communs : classeur d'astreintes (plan, codes établissement, accès informatiques), de supports opérationnels (fiches d'intervention, récapitulatif mensuel de déplacements). • Installation d'une ligne téléphonique dédiée à l'astreinte. A chaque prise de poste, contact téléphonique de l'IDE avec les professionnels des EHPAD. Le cahier des charges fixe également le territoire d'intervention. (30km)
Aménagement du droit
Pas d'aménagement du droit nécessaire
Financement
80 000€ sur les 3 ans Finance les astreintes + temps de coordination par CH J. Convention de mise à disposition de l'IDE de l'EHPAD au CH J. dans le cadre de l'activité pour astreinte (rémunérée par CH J.)
Ressources Humaines
Ce projet mobilise 12 IDE issus du CH J. et 6 EHPAD sur base du volontariat, soit 3 astreintes/mois/ IDE, ce qui correspond à 2,5 ETP. -Contrainte pour l'établissement employeur de l'IDE : obligation d'un jour de repos après l'astreinte -Management de proximité par le cadre supérieur de santé de l'établissement porteur.

Réunit les IDE tous les 3 mois : « *cela est très important pour construire les liens entre les professionnels et les établissements* »

- L'IDE d'astreinte de l'établissement porteur ou mis à sa disposition par l'EHPAD est couvert par l'assurance responsabilité civile de l'établissement porteur.
- Pas de formations complémentaires des IDE car l'activité ne porte pas sur les urgences vitales. Tous les IDE exercent en EHPAD. L'astreinte est une forme de continuité de la pratique infirmière en EHPAD.

Evaluation

Le cahier des charges fixe les indicateurs d'évaluation de l'activité :

- Nombre d'appels avec/sans déplacement
- Nombre de conseils téléphoniques
- Nombre d'hospitalisations évitées : en 2015, 23, en 2016, 29
- Motif de l'appel : le plus souvent chute, patient agressif, situation à vertu palliative

Pas de valeur cible fixée dans le cahier des charges

Efficiéce de l'activité : « une hospitalisation évitée équivaut à 1 mois de financement du dispositif. »

Positionnement avec les autres acteurs gravitant autour de la personne âgée

- Présentation du dispositif aux CH
- Dispositif qui commence à être connu par les CH alentours et le SAMU qui s'appuie sur ce dispositif pour éviter l'hospitalisation

Eléments d'opportunités

- Réponse aux besoins des établissements.
 - Augmente l'offre de soins de l'EHPAD la nuit
 - Continuité de l'accompagnement paramédical pour le résident
 - Expertise gériatrique la nuit, évite l'hospitalisation
- RH :**
- Mutualisation des ressources IDE sur le territoire sur la base du volontariat : toutes les nuits ont été couvertes depuis le lancement du dispositif
 - Qualité de vie au travail : sécurisation de l'équipe de nuit
 - Renforce les liens entre les établissements du territoire : expérience de coopération réussie entre les établissements sanitaires et médicosociaux
 - Développe les connaissances entre les établissements et les échanges de pratiques. Montée en compétences des professionnels
- Financiers :**
- La rémunération par astreintes est plus avantageuse que la garde car seuls le temps de travail effectif et les déplacements sont pris en compte

Points de vigilance

- Pérennité du projet : quid du dispositif et de son financement à la fin de l'expérimentation ?
- Nécessité de bonnes relations entre les établissements qui se partagent l'IDE
- Nécessité de conventions précises qui sécurisent les interventions
- Méconnaissance des équipes de l'IDE qui pourrait freiner l'utilisation du dispositif
- Périmètre d'intervention : 30 min maximum en voiture par groupement de mutualisation

<p>Annexe 6 : Cas 5 : Equipe mobile Gériatrique Inter EHPAD (EMGIE) sur un territoire PAERPA</p> <p>Télé médecine + soutien et formation des professionnels des EHPAD</p>
<p>Porteur du projet</p>
<p>-EMGIE est porté par le Centre Hospitalier de V. -Projet PAERPA (faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie), porté par GCS filière gériatrique du Territoire V.</p>
<p>DESRIPTIF</p>
<p>Le PAERPA est un dispositif expérimental développé depuis janvier 2014 Le projet de télé médecine est développé entre 8 EHPAD (607 résidents) et 2 CH. La téléconsultation est utilisée en psychogériatrie pour une évaluation des troubles cognitifs, de comportement ou psychiatriques, des résidents dans un cadre programmé (hors urgence) sans prise en charge au long cours. La téléconsultation n'est pas utilisée en première intention mais davantage pour réévaluer un traitement, une prise en charge, « <i>C'est plus un outil de suivi, de réévaluation.</i> ». La première fois, l'équipe rencontre le résident et les professionnels au sein de l'EHPAD. L'EMGIE élabore des préconisations au médecin traitant en vue de réajustements thérapeutiques, de réorientations. Elle conseille et accompagne les professionnels souvent démunis face aux troubles du comportement (agressivité, anxiété) Depuis 2017, l'EMGIE forme les professionnels des EHPAD à la prévention du suicide du sujet âgé.</p>
<p>Politiques publiques en soutien du projet</p>
<p><u>PAERPA</u> : Art. 48 de la LFSS 2012, favorise l'organisation de projets novateurs autour de la personne âgée en risque de perte d'autonomie. Expérimentation de 5 ans LFSS 2017 : reconduction pour 2 ans du dispositif ARS porte et pilote le dispositif PAERPA <u>Pour la psychogériatrie</u> : -Plan psychiatrie santé mentale 2005-2008 : renforce les réponses psychiatriques dans une logique de proximité des soins dans le cadre de la psychiatrie de liaison -Virage ambulatoire de l'ONDAM -Rapport Laforcade : renforce la création d'équipes mobiles de psychogériatrie : suivi et lien entre les partenaires d'un territoire de santé dans une logique de parcours de vie - Plan Maladie Neuro Dégénérative -Pathologies psychiatriques et cognitivo comportementales des sujets âgés = priorité PRS et PRS 2 <u>Télé médecine</u> : Art 78 loi HPST du 21 juillet 2009 définit la télé médecine Décret du 19 octobre 2010 sur les conditions de mise en œuvre</p>
<p>Conduite de projet</p>
<p>-Diagnostic de territoire partagé, nourri par les partenaires. Volonté de travailler ensemble et de déployer une action synergétique pour mieux répondre aux besoins identifiés de la population. A abouti à la création en avril 2011 du GCS filière gériatrique de Territoire -<u>Dispositif PAERPA</u> s'inscrit au sein du programme national. A été vu comme une opportunité de promouvoir une approche globale articulant préventif et curatif -GCS pilote général du dispositif d'appui territorial/coordination territoriale d'appui</p>

<ul style="list-style-type: none"> -Convention constitutive -Mise en place progressive : déploiement des instances d'animation et de pilotage -<u>Le déploiement de la télémédecine</u> fait partie du développement d'outils partagés sur le territoire. -<u>Pour la création de l'EMGIE</u> (9 sur la région), il n'y a pas eu d'appel à projet : les acteurs ont été choisis en fonction des dynamiques, des richesses existant sur ces territoires ; le cadre d'intervention a été écrit avec ces équipes.
Aménagement du droit
Pas de nécessité
Financement
Télémédecine : 22 000€ sur 3 ans, hors investissement pris en charge par le GCS
Ressources Humaines
<ul style="list-style-type: none"> -EMGIE composée de 0,8 ETP IDE+ 0,2ETP psychogériatre+ 0,5 ETP gériatre -Concernant la télémédecine, il a fallu un temps de formation et d'appropriation afin de surmonter les obstacles techniques. Les représentations ont évolué, puisque désormais les professionnels de l'équipe et des EHPAD expriment qu'elle « <i>n'est pas un frein à la relation avec le patient.</i> ».
Evaluation
<ul style="list-style-type: none"> -Evaluation médico-économique par Université de Lille 2 en cours -L'intervention de l'EMGIE au sein de l'EHPAD réduit le nombre d'hospitalisation.
Positionnement avec les autres acteurs gravitant autour de la personne âgée
<ul style="list-style-type: none"> -Le dispositif s'appuie sur la mobilisation des établissements des santé, les établissements médicosociaux et les professionnels du domicile (médecins, IDE et pharmaciens, SSIAD). -Mise en place d'animateurs territoriaux dans le cadre du PAERPA
Eléments d'opportunités de l'EMGIE et la télémédecine
<ul style="list-style-type: none"> -Réponse aux besoins des établissements -Continuité de l'accompagnement pour le résident -Expertise gériatrique au lit du résident : agit en prévention, évite l'hospitalisation -<u>RH</u> : - Qualité de vie au travail : sécurisation des équipes des EHPAD -Renforce les liens entre les établissements du territoire : expérience de coopération réussie entre établissements sanitaire et médicosocial -Accompagnement, formation des professionnels qui montent en compétences -<u>Financiers</u> : Mutualisation de ressources, diminue les déplacements et optimise le temps médical <u>Périmètre de la télémédecine au sein de cette EHPAD</u> : La télémédecine est également utilisée par l'équipe mobile de soins palliatifs
Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> -Pérennité du projet : quid du dispositif et de son financement à la fin de l'expérimentation PAERPA - <u>Télémédecine</u> n'est qu'un outil pour répondre aux besoins des résidents. Nécessite de surmonter les obstacles techniques du départ, s'approprier le logiciel. Nouvelle relation avec le patient « <i>C'est un apprentissage de ne pas avoir l'aspect tactile.</i> » - Turn over des équipes des EHPAD : méconnaissance du dispositif qui pourrait freiner son utilisation

Annexe 7 : Tableau d'analyse inter cas

Services développés	Cas 1 Plateforme d'accompagnement et de répit	Cas 2 Accueil de jour itinérant Répit à domicile	Cas 3 Hébergement classique+ temporaire+ accueil de jour+ UHR+ PFR+ Accueil de nuit+ MAIA+ répit à domicile	Cas 4 Dispositif d'astreintes IDE mutualisées de nuit en EHPAD	Cas 5 Equipe mobile gériatrique inter-EHPAD
Descriptif	Offre sur un territoire une palette diversifiée d'actions de soutien et de répit correspondant aux besoins des aidants en lien avec la personne aidée Accompagnement proposé tout au long des 4 phases de parcours de l'aidant : dès l'annonce de la maladie de l'aidé, mise en place de répit à domicile, entrée en EHPAD de l'aidé, perte de l'aidé	<u>Accueil de jour itinérant</u> : Accompagnement de 4 personnes souffrant de troubles liés à la maladie d'Alzheimer ou apparentées en lien avec 4 EHPAD du territoire (privé ou public) <u>Service de répit à domicile</u> : Intervention d'un professionnel par tranche de 12h sur une période limitée à 4 jours et 3 nuits, en l'absence du proche de la personne âgée de plus de 60 ans, en perte d'autonomie ou souffrant d'Alzheimer, Parkinson	-Hébergement classique : 237 places -Accueil de jour : 10 places -Accueil de nuit : 6 places (3 en interne (résidents qui déambulent au sein de l'EHPAD) + 3 en externe) -Absence d'UVA, car transformée en UHR pour une adaptation au profil des résidents après accord des tutelles	Depuis 2015, Mise en place d'astreintes mutualisées entre le CH de J. et 6 EHPAD soit 452 places d'EHPAD Astreinte de 21h à 7h, 365j/365	Dispositif expérimental développé depuis janvier 2014. Projet de télémédecine développé entre 8 EHPAD (607 résidents) et 2 CH La téléconsultation est utilisée en psychogériatrie pour une évaluation des troubles cognitifs, de comportement ou psychiatriques, des résidents dans un cadre programmé (hors urgence) sans prise en charge au long cours

Entrée dans l'innovation	APPROCHE LONGITUDINALE : accompagnement du couple aidant aidé tout au long du parcours du domicile à l'EHPAD : Depuis 2017, formation des aidants professionnels	APPROCHE IN SITU : au plus près des lieux de vie Réponse sur mesure à la problématique du territoire : rural, isolé et besoin limité	FILIERE COMPLETE : A partir de l'activité initiale de l'EHPAD, diversification progressive de l'offre (24h/24) par des réponses successives à des appels à projet	POOL INTER ETABLISSEMENT complète offre de nuit Mutualisation de moyens à l'échelle du territoire	Evaluation psychogériatrique en EHPAD qui s'appuie sur la télémédecine + soutien et formation des professionnels des EHPAD
Porteur	Accueil de jour EHPAD CH T.	Structure associative privée non lucrative	EHPAD associatif privée non lucrative	CH J.	Paerpa porté par GCS filière gériatrique du Territoire
Composition de l'équipe	1 ETP coordonnateur +0,6 ETP IDE (autre0,4 à l'équipe mobile gériatrie) + vacations psychologue	Mutualisation entre ces 2 services : siège administratif, management de proximité par l'ergothérapeute, IDEC chef de service du département autonomie. <u>Accueil de jour</u> 2,38 ETP = 0,1 ETP IDEC, 0,6 ETP ergo, 1 ETP AMP et 0,68 ETP chauffeur. <u>Répit à domicile</u> : 2,23 ETP =0,1 ETP IDEC, 0,4 ETP ergo et 2,25 ETP AMP	<u>Accueil de nuit</u> : 4 ETP d'AMP+ ponctuellement : ergothérapeute et psychomotricien. Mutualisation des professionnels de l'encadrement. « Selon le taux d'occupation, 1 à 2 professionnels sont mobilisés par nuit. Mutualisation avec les autres agents de l'établissement. »	Mobilise 12 IDE issus du CH de J. et des 6 EHPAD sur la base du volontariat soit 3 astreintes/mois/IDE, soit 2,5 ETP + cadre supérieur du CH de J qui coordonne	EMGIE se compose de 0,8 ETP IDE, 0,2 ETP de psychogériatre et 0,5 ETP gériatre.

Services développés	Plateforme d'accompagnement et de répit	Accueil de jour itinérant Répit à domicile	Filière la plus complète	Dispositif d'astreintes mutualisées de nuit en EHPAD	Equipe mobile gériatrique inter-EHPAD
Conduite de projet	Réponse à l'appel à projet ARS en 2011 en s'appuyant sur les compétences de l'EHPAD	-Culture de travailler ensemble -Besoins gérontologiques identifiés sur le territoire : « <i>acteurs gérontologiques du territoire : force de proposition</i> ». Ont nourri les échanges avec les tutelles et motivé la réponse aux appels à projets successifs de l'ARS Autorisations à titre expérimental assortie de conditions pour 5 ans (Art L 313-7 CASF).	-Solide réseau partenarial -Diagnostic partagé autour des besoins identifiés sur le territoire Ont nourri les échanges avec les tutelles et motivé la réponse aux appels à projets successifs de l'ARS	-Depuis 2012, culture de travailler ensemble sur le territoire entre CH et 6 EHPAD. Réunions tous les trimestres -Besoin identifié par les établissements du territoire -Création COPIL -Réponse à appel à projet lancé par l'ARS B. en 2014 -Au préalable, mise en place de procédures et d'outils communs	-Diagnostic de territoire partagé Volonté de travailler ensemble et de déployer une action synergétique pour mieux répondre aux besoins identifiés de la population. A abouti à la création en avril 2011 du GCS filière gériatrique du Territoire -Pas d'appel à projet pour la création de l'EMGIE (9 sur la région) : les acteurs ont été choisis par l'ARS selon les richesses des territoires ; le cadre d'intervention a été écrit avec elles
POLITIQUES PUBLIQUES en SOUTIEN DU PROJET	Plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 1b) : -Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019 (mesure 28) -Programme INTERREG V	Plan Alzheimer 2008-2012 -Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019 -	Plan Alzheimer 2008-2012 -Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019 -	-LFSS 2018 -S'inscrit dans préconisations mission flash de la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale	<u>PAERPA</u> : Art. 48 de la LFSS 2012 LFSS 2017 reconduction pour 2 ans le dispositif <u>Télé médecine</u> : Art 78 loi HPST du 21 juillet 2009 + Décret du 19 oct. 2010

Aménagement du droit	Pas nécessaire (<u>répit</u> à domicile a lieu par demi-journées)	Dérogation au temps de travail pour le répit à domicile	Pas nécessaire (répit à domicile a lieu par demi-journées)	Pas nécessaire	Pas nécessaire	
Ressources Financières mobilisées	100 000€/an Couvre les frais de personnel et de fonctionnement	<u>Accueil de jour</u> : Dotation annuelle de 67 074€/an dont 46 219 € par ARS et 20 855 € par cd Participation résident : 33€/ jour (transport et repas). N'est pas un frein à l'accueil car prise en charge par l'APA pour 80% des personnes accueillies <u>Répit à domicile</u> : budget de 96 000€ finance 36 répits/an.	Convention tripartite CPOM prévu en 2023 Stabilité financière repose sur activité classique de l'EHPAD (13 millions, ensemble autres activités 1 million)	80 000€ sur 3 ans Finance les astreintes et le temps de coordination Convention de mise à disposition de l'IDE de l'EHPAD au CH de J. dans le cadre de l'activité pour l'astreinte	L'équipe mobile de gériatrique fonctionne avec une enveloppe annuelle de 60 000€ (FIR sanitaire). <u>Télé médecine</u> : 22 000€ sur les 3 ans, hors investissement pris en charge par le GCS	
RH	Mobilisation de ressources en interne	IDE exerçait dans un autre service. Supervision par psychologue de l'établissement	X	X	X	
	Professionnalisation : Montée en compétences des professionnels	DU du coordonnateur « La place de l'alliance thérapeutique dans l'aide aux aidants »	X	« <i>Formation permet l'implantation d'une véritable culture gérontologique</i> »	X Par partage de bonnes pratiques	Formation à l'utilisation de la télé médecine DU en psychogériatrie
	Promotions internes			Etudes promotionnelles de la psychologue. Est devenue responsable		
	Management de proximité	X	X par IDEC et ergothérapeute	X par responsable	X par cadre supérieur de santé du CH J.	
	Mutualisation de certains postes	X IDE temps mutualisé avec le réseau gériatrique	X IDEC chef de service, ergothérapeute	Responsable sur ensemble des services	Mutualisation IDE	Mutualisation des ressources médicales
RH	Engagement de l'établissement dans un management participatif		Management participatif au sein de l'association : privilège expression des idées de chacun pour mise en place d'actions innovantes « <i>nous réfléchissons ensemble, chacun collabore</i> »	X Également dans un management responsable (RSE)		
	Contraintes		Accords d'entreprises/12h		Obligation repos après astreinte	

Services développés		Plateforme d'accompagnement et de répit	Accueil de jour itinérant Répit à domicile	Filière la plus complète	Dispositif d'astreintes mutualisées de nuit en EHPAD	Equipe mobile de gériatrie inter-EHPAD
Positionnement /autres acteurs	Partenariat riche et diversifié	X avec acteurs gérontologiques du territoire (EHPAD, libéraux, maison de l'autonomie)	X	Mairie, Agglomération : mise à disposition de salles, de bus adapté	X	X Dispositif PAERPA s'appuie sur mobilisation de tous les acteurs dont ceux du domicile
	Conventions de partenariat	X figurait au cahier des charges	X Conventions entre EHPAD : mise à disposition de locaux, sécurité d'un entourage médical et paramédical	X (exemple pour la formation)	X	Mise en place progressive : convention constitutive instances d'animation et de pilotage
Evaluation		Définie dans le cahier des charges	-Autorisation assortie obligation évaluation de l'activité (rapport d'activités annuel) et de la qualité des prestations -Insuffisamment développée	Primordiale Développement de 10 indicateurs principaux par activité	Cahier des charges assorti d'indicateurs d'évaluation de l'activité	Evaluation médico-économique par Université de L. en cours
Eléments opportunités	Continuité de l'accompagnement	X aux 4 phases du parcours du couple aidant-aidé	Offre de services gradués selon les besoins et attentes	Offre de services gradués selon les besoins et attentes des personnes	X augmente l'offre de soins de l'EHPAD la nuit	Expertise psychogériatrique au lit du résident
	Filière de PEC	X Sert à alimenter l'accueil temporaire	X	X		Permet d'agir en prévention, évite l'hospitalisation
	Personnalisation de l'accompagnement	X	X Car formule complète avec plusieurs options	X Car formule complète avec plusieurs options	Expertise gériatrique la nuit	Expertise gériatrique
	Facilite la communication	X Entre l'aidant, l'aidé et professionnels EHPAD	X entre les différents services portés par l'établissement	X entre les différents services portés par l'établissement	X entre les EHPAD du territoire	X
Eléments d'opportunité	Mutualisation de personnel	X	<u>avec</u> service de répit à domicile	A minima	X entre EHPAD du territoire	Médicales et paramédicales
	Rayonnement territorial	X Expertise gériatrique reconnu par les partenaires	X	X	X	X
	Réponse aux besoins du territoire et de la structure					Réponse aux besoins des établissements
	Appui sur le réseau, les partenaires du territoire	X	X	X	X	X
	Qualité de vie au travail		X	Norme AFNOR	X Sécurisation de l'équipe de nuit	Sécurisation des équipes
	Financière	X	X	Stabilité financière repose sur l'hébergement classique de l'EHPAD	X Mutualisation de ressources	Mutualisation de ressources, diminue les déplacements et optimise le temps médical
Expérience de coopération réussie avec les établissements du territoire	X Orientation des aidants vers PFR	X X Plus-value également pour l'EHPAD qui met à disposition ses locaux : (AMP apporte son dynamisme, l'ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur (// nouveau regard sur l'EHPAD	X	X	X Dispositif qui commence à être connu par les CH alentours et SAMU : s'appuient sur ce dispositif pour éviter l'hospitalisation X	Sécurisation des équipes des EHPAD

Services développés		Plateforme d'accompagnement et de répit	Accueil de jour itinérant Répit à domicile	Filière la plus complète	Dispositif d'astreintes mutualisées de nuit en EHPAD	Equipe mobile de gériatrie inter-EHPAD
Eléments de vigilance	Compétences à innover à développer		X	« Lorsqu'il crée ses activités, le directeur change de métier »		Nécessité de surmonter les obstacles techniques, s'approprier le logiciel
	Formations	Formations complémentaires des professionnels	En lien avec l'évolution des profils des résidents	« Muscler, structurer ces services par des formations. »	« non nécessaires car astreinte continuité de pratique »	X DU de psychogériatrie
	Mobilité du personnel en interne			« Ne pas effectuer une sur mobilité des professionnels en interne car les métiers sont différents. »		Turn over des équipes des EHPAD : méconnaissance du dispositif qui pourrait freiner son utilisation
	Soutenabilité financière	X Enveloppe qui n'a pas évolué depuis la création, malgré l'augmentation de l'activité	Problématique de la baisse de la dotation du cd/accueil de jour	Seuil de rentabilité économique différente selon activité		Enveloppe fermée
	Non exclusivité Action territoriale	X PFR est territoriale : n'est pas exclusive à l'EHPAD du CH, ne sert pas qu'à alimenter EHPAD à laquelle elle est rattachée	Ne pas se laisser enfermer dans sa propre filière. Travail avec les autres EHPAD vers qui peut être orienté la personne âgée	Ne pas s'enfermer dans sa propre filière. Travail avec les autres EHPAD vers qui peut être orienté le bénéficiaire de l'accueil de nuit par exemple	Action territoriale	Action territoriale
	Partenariat		Quid si changement de direction de l'EHPAD : conventions sur engagement de chacun	Les impliquer dès la réponse à l'appel à projet (« PFR a eu du mal à se mettre en route faute de leur association initiale »)	Nécessité de bonnes relations entre établissements qui se partagent l'IDE	
	Pérennité du projet		X Expérimentation depuis 8 ans. « sorte de pari sur l'avenir car professionnels embauchés en CDI »		Quid du dispositif et de son financement à la fin de l'expérimentation	Quid du dispositif et de son financement à la fin de l'expérimentation PAERPA
	Périmètre d'intervention	Fixé dans le cahier des charges			30 minutes max en voiture	Territoire PAERPA.

VINCENT

Claire

Décembre 2018

**Directeur d'établissements sanitaires,
sociaux et médico-sociaux
Promotion 2017-2018**

**Manager la diversification de l'offre en EHPAD, une
réponse aux besoins du territoire**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

L'analyse de cinq expériences de diversification de l'offre de l'EHPAD, en réponse aux besoins et attentes des personnes âgées du territoire, sert de support au présent travail.

Nous nous interrogeons sur la mise en place de services, en direction des personnes âgées vivant à domicile et de leurs proches aidants familiaux et professionnels, en continuant d'accueillir des résidents très dépendants. L'enjeu pour le directeur, est de répondre aux besoins de la population, tout en garantissant une efficacité économique et une qualité de vie au travail, au sein de son établissement.

Les entretiens mettent en évidence des éléments d'opportunité et de vigilance, qu'il convient d'anticiper. En s'appuyant sur leurs expertises, les EHPAD ont la légitimité pour se repositionner sur les territoires, innover en développant une stratégie de diversification, d'adaptation de l'offre de services. La réussite de ce projet repose pour partie sur la capacité du directeur à penser besoins, enjeux et opportunités, sa posture et sa capacité à fédérer autour du projet en interne ainsi qu'avec les partenaires du territoire.

Mots clés :

Diversification de l'offre, Territoire, Personnes âgées, Aidant, Projet, Management

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.