



**PRENDRE LE VIRAGE NUMÉRIQUE :
UN LEVIER DE TRANSFORMATION STRATÉGIQUE
POUR L'EHPA MAISON DE LA PROVIDENCE**

**DU PAPIER AU NUMÉRIQUE, DÉPLOYER LE DUI POUR IMPULSER UNE
DYNAMIQUE DE CHANGEMENT DES PRATIQUES AU SERVICE DE
L'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS**

Martine RIVIÈRE

2024

cafedes

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à toute l'équipe de formateurs et aux différents professionnels de l'IRTS de la Réunion pour la qualité des interventions ainsi qu'à la Région Réunion pour le financement de cette formation.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance à tous ceux qui m'ont soutenue : ma famille, mes camarades de promotion, les directeurs et directrices qui ont accepté de m'accueillir dans leurs établissements et de partager leurs expériences durant les différentes périodes de stage.

Je remercie tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont exprimé leur soutien concernant ce projet de formation et de reconversion professionnelle.

Sommaire

Introduction	1
1 Le vieillissement de la population, un enjeu sociétal majeur qui fait évoluer les politiques sociales	5
1.1 Vieillir, une réalité inéluctable	5
1.2 Une population avec une espérance de vie plus longue	5
1.3 La prise en charge de la dépendance : un défi majeur pour les politiques publiques	6
1.3.1 La nécessité de compenser la dépendance et de préserver l'autonomie	7
1.3.2 Le bien-vieillir, un enjeu majeur de solidarité	7
1.3.3 L'accompagnement de la dépendance, un enjeu économique	8
1.4 Le défi de l'adaptation de la société au vieillissement	8
1.5 Le contexte réunionnais : une population ultramarine avec un état de santé dégradé et une perte d'autonomie précoce	10
1.6 Un enjeu économique pour le département	12
1.7 Une offre en équipement plus pauvre que le territoire national	13
1.8 Un système de santé plus juste et plus efficace	14
1.8.1 Vers une logique d'État plateforme	15
1.8.2 Un soutien financier inédit	15
1.8.3 Une nouvelle feuille de route pour mettre le numérique au service de la santé, de l'autonomie et de l'inclusion	15
1.8.4 Le DUI, cœur du programme ESSMS Numérique	16
1.9 L'île de la Réunion, un environnement régional favorable au développement du numérique en santé	16
2 L'EHPA Maison de la providence, une offre médico-sociale non médicalisée, à mi-chemin entre le domicile et l'EHPAD	19
2.1 Présentation de l'EHPA	19
2.1.1 Présentation de l'entité	20
2.1.2 Les critères d'admissibilité	20
2.1.3 Le profil des résidents accueillis	22
2.2 Une organisation au fonctionnement atypique	23

2.2.1	Une culture institutionnelle marquée par un héritage religieux	23
2.2.2	Une organisation de type missionnaire	24
2.2.3	Un organigramme assez confus.....	24
2.2.4	Une ressource humaine fidèle, mais très peu qualifiée	25
2.2.5	Les intervenants extérieurs au service des personnes âgées	26
2.2.6	Les moyens matériels sommaires.....	26
2.2.7	Des moyens financiers limités.....	26
2.3	Analyse stratégique de l'EHPA Maison de la Providence	27
2.3.1	Constats	27
2.3.2	Un accompagnement non formalisé où règne la culture orale.....	27
2.3.3	Échange et partage d'informations entre professionnels : rappel du cadre juridique.....	29
2.3.4	Diagnostic environnemental.....	30
2.3.5	Les orientations possibles à envisager.....	35
2.3.6	De cette analyse ressortent des enjeux	37
3	Déployer le DUI et conduire le changement	41
3.1	Le rappel du contexte.....	41
3.1.1	Un public aux besoins évolutifs	41
3.1.2	Des politiques sociales adaptées à l'évolution démographique	41
3.1.3	D'une logique de place à une logique de parcours.....	42
3.1.4	Le DUI, élément clé pour accélérer le virage numérique	42
3.1.5	Le programme ESSMS numérique 2020-2025 : un financement inédit de la puissance publique	43
3.2	Faire le choix du numérique et du dossier usager informatisé	43
3.3	La conduite du projet, une succession de petites étapes.....	43
3.3.1	Organisation des réunions	44
3.3.2	Les formations du personnel.....	45
3.3.3	La gouvernance du projet	46
3.3.4	Approche et comitologie.....	47
3.3.5	Évaluation et indicateurs de suivi du projet	48
3.3.6	Le coût prévisionnel du projet de transformation numérique	48
3.3.7	Le coût RH :.....	48
3.3.8	Le financement	49
3.4	Le déploiement.....	49
3.5	Mesurer les risques avant de se lancer dans le pilotage du projet	49
3.5.2	L'accompagnement du Groupement de Coopération Sanitaire TESIS (GCS TESIS).....	50

3.5.3	Auto-évaluation de la maturité du SI.....	51
3.5.4	Les risques d'un SI non conforme	52
3.6	La conduite du changement	52
3.6.1	Cadrage du périmètre du projet d'accompagnement au changement.....	53
3.6.2	Pour réussir le changement, il faut accompagner la conduite du changement	53
3.6.3	Évaluer l'intensité du changement.....	54
3.6.4	Organiser l'accompagnement au changement	55
3.6.5	Les conditions de succès d'une dynamique de changement	55
3.6.6	L'identification des forces en présence durant la période de changement	55
3.6.7	La communication interne, le nerf de la guerre	55
3.6.8	Rétroplanning.....	57
3.6.9	Évaluation du projet au niveau humain.....	58
	Conclusion.....	59
	Bibliographie	63
	Liste des Annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et Médico-sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux
APA	Allocation personnalisée d'autonomie (pour les personnes âgées)
APL	Aide personnalisée au logement
ARS	Agence régionale de santé
ASH	Allocation sociale d'hébergement
ASIP	Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
CAFDES	Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
CNIL	Commission Nationale Informatique et Liberté
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DGOS	Direction régionale de l'offre de soins
DMP	Dossier médical partagé
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DUI	Dossier Usager Informatisé
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESMS	Établissement social et médico-social
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
GIR	Groupes ISO ressources
GRADeS	Groupements régionaux d'appui au développement de l'e-santé
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
INED	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MAF	Maison d'accueil familial
PAP	Projet d'accompagnement personnalisé
OMS	Organisation mondiale de la santé

RPA	Résidence personnes âgées
SI	Systèmes d'information
SNS	Stratégie nationale de santé
SWOT	Strengths Weaknesses Opportunities threats (Forces faiblesses opportunités menaces)
TIC	Technologies d'Information et de Communication

Introduction

« Je sais que, quand on devient vieux, on est censé se ranger, mais je me compare au dernier coureur d'une course de relais. Pourquoi ralentirais-je si près de la ligne d'arrivée ? », répondait Diogène, philosophe grec, penseur très actif jusqu'à la fin de sa vie, à ceux qui lui demandaient s'il n'était pas temps pour lui, étant donné son âge avancé, de revoir à la baisse ses activités. Une partie significative des habitants de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) Maison de la Providence serait certainement du même avis. D'ailleurs, l'anthropologue Bernadette Puijalon considère « qu'on est socialement vieux de plus en plus jeune et biologiquement vieux de plus en plus tard ». En effet, il suffit d'observer cette résidente de 97 ans se lever de son fauteuil roulant pour aller danser et y parvenir : ses pas sont hésitants, son visage s'éclaire, elle retrouve le temps d'une chanson la force de danser aux côtés des autres résidentes. De son côté, le sociologue Juhel considère le vieillissement comme une manière d'être et de devenir et pas uniquement comme une lente dégradation (Juhel, 2014). Effectivement, cette autre habitante, âgée de 86 ans, arbore fièrement la pochette en tissu qu'elle a entièrement confectionnée pour transporter en bandoulière son smartphone. Lorsque je lui dis qu'elle est talentueuse, elle me répond que c'est là chose facile et qu'il suffit de regarder « le tuto » sur « YouTube ». Quant à sa voisine, elle me demande si j'ai « WhatsApp » et me propose même de m'envoyer les photographies des robes qu'elle lui a cousues. Ces constats renforcent la conviction qui est la mienne depuis quelques mois : les personnes âgées, à l'image de la société elle-même, évoluent en adoptant presque naturellement les nouvelles technologies. De « papy-boomers », ils deviennent subitement « wifi-boomers¹ ».

Le vieillissement est un phénomène inéluctable. La population réunionnaise, comme celle des autres pays développés, vit d'ailleurs de plus en plus longtemps. Conscients de l'enjeu de cet accroissement démographique et de la nécessité d'adapter la société au vieillissement, les pouvoirs publics font également évoluer les lois et multiplient les dispositifs pour inciter, notamment, les établissements sociaux et médico-sociaux à considérer autrement l'accompagnement des personnes âgées, en prenant par exemple le virage numérique. Ils promeuvent notamment le déploiement du dossier usager informatisé (DUI) ou sa mise à niveau et le partage des données en sécurité, dans l'optique d'une meilleure coordination via le Ségur de la santé et la nouvelle feuille de route ESMS numérique 2023-2027. Dix-sept mille établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sont déjà bénéficiaires du programme ESMS numérique en France, et pas moins

¹ (Colloque Numérique, Santé et Autonomie : Michèle Delaunay veut Incarner Les Wifi Boomers - Agevillagepro, 08/07/2013)

de 630 millions d'euros sont alloués par le Ségur du numérique en santé et la Caisse nationale de sécurité pour l'autonomie (CNSA) pour le secteur médicosocial². Grâce à un investissement inédit de deux milliards d'euros, le Ségur du numérique en santé a été pensé comme un accélérateur pour mettre le numérique au service de la santé en généralisant le partage fluide et sécurisé des données de santé, afin de mieux soigner et accompagner les usagers. À la Réunion également, l'agence régionale de santé (ARS) soutient les établissements et services médicosociaux dans leur transformation numérique avec des appels à projets et des aides en matière d'accompagnement.

Face à ce monde en pleine mutation, l'EHPA Maison de la Providence semble être resté figé dans le temps. Cet établissement d'hébergement pour personnes âgées qui existe dans le paysage médicosocial réunionnais depuis une cinquantaine d'années se situe sur trois sites géographiques différents, sous forme de trois maisons de retraite non médicalisées. Elles ont été fondées par la Congrégation des Filles de Marie, une congrégation religieuse catholique réunionnaise fondée en 1848. D'une capacité totale de 102 lits, l'action de ces résidences relève du champ médicosocial et à travers l'art. L. 116-1 issu de la loi du 22 janvier 2002 qui « tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets³ » et s'inscrit dans les textes réglementaires concernant l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées. De forme associative, privée et à but non lucratif, l'EHPA Maison de la Providence est restée en marge des évolutions technologiques, prônant une organisation de type missionnaire avec une culture d'entreprise fondée sur la charité, le partage et la bienveillance.

Aujourd'hui, elle fait face à de nouveaux défis, notamment ceux de la transformation numérique du secteur social et médicosocial. Comment moderniser les pratiques professionnelles pour apporter des réponses en adéquation aux attentes et besoins évolutifs des résidents de l'EHPA Maison de la Providence ? Telle est la problématique que rencontre l'organisation.

Dans ce mémoire, je m'exprimerai donc en qualité de directrice de l'EHPA Maison de la Providence, où, à la suite de ma période de stage dans le cadre de ma formation au Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES), j'ai été recrutée pour remplacer mon prédécesseur qui souhaitait prendre sa retraite. Dans une première partie, j'apporterai des éléments contextuels, sociopolitiques, démographiques et environnementaux indispensables à la compréhension de la problématique. Dans une deuxième partie, après une présentation de l'établissement, je partagerai mon analyse stratégique de la situation décrite et du diagnostic interne et

² 2023(Lancement de La Feuille de Route Du Numérique En Santé 2023-2027 - Discours de François Braun - Ministère Du Travail, de La Santé et Des Solidarités, 2023)

³ (LOI N° 2002-2 Du 2 Janvier 2002 Rénovant l'action Sociale et Médico-Sociale - Légifrance, 2023)

externe réalisé ainsi que des orientations choisies pour répondre à la problématique. Enfin, dans une troisième et dernière partie, après une présentation du projet, je déroulerai mon plan d'action pour conduire le projet de transformation numérique en le mettant en place sur chaque site du DUI, dans le but de réformer les pratiques en matière d'accompagnement et d'apporter une réponse individualisée aux attentes et besoins évolutifs des personnes âgées hébergées au sein de l'EHPA Maison de la Providence.

1 Le vieillissement de la population, un enjeu sociétal majeur qui fait évoluer les politiques sociales

1.1 Vieillir, une réalité inéluctable

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la vieillesse comme « le processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps » (OMS, 2002). Par rapport au siècle dernier, les perceptions à l'égard de la vieillesse ont fortement changé. En effet, il est difficile de définir précisément un âge de début de vieillesse : est-ce à 60 ans ? À 85 ans ? Lors du départ à la retraite ? Les termes, aussi, évoluent, passant de « vieux » à « vieillards », à « personnes âgées », à « seniors », ou encore « aînés ».

Le psychologue Jean-Luc Héту, lui, définit le vieillissement comme « le déclin plus ou moins graduel de la vigueur et de la santé ainsi que des fonctions cognitives, déclin qui met la personne au défi de mobiliser ses ressources pour assurer le maintien de la satisfaction de ses besoins physiques et affectifs ainsi que de son besoin de sens » (Héту, 1992).

1.2 Une population avec une espérance de vie plus longue

Alors qu'il était exceptionnel de célébrer son centième anniversaire au siècle dernier, fêter ses 100 ans devient aujourd'hui un fait presque ordinaire. Ainsi, le nombre de centenaires en France, qui était estimé à 200 en 1950, est aujourd'hui évalué par l'Insee à 30 000. (Blampain, 2023). L'île de la Réunion, pour sa part, en compte une centaine.

Selon l'INED, les centenaires pourraient être sept fois plus nombreux en 2060. Cette expansion fait même apparaître une nouvelle classe d'âge : les super-centenaires⁴, ceux qui ont fêté leur 110^e anniversaire. Ainsi, en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des baby-boomers⁵, la France recense trois aînés supplémentaires toutes les cinq minutes.

Pour sa part, l'économiste Gérard-François Dumont estime qu'il faut distinguer la « géronto-croissance » – qui désigne l'augmentation du nombre de personnes âgées, qu'importe le seuil défini pour entrer dans la catégorie « personnes âgées » – du « vieillissement », qu'il

⁴ (La Longévité Humaine - Focus - Les Mémos de La Démo - Ined - Institut National d'études Démographiques, 2021.)

⁵ Les « Baby-boomers » sont les enfants nés entre 1945 et 1964, la période d'après-guerre

définit comme l'accroissement de la proportion des personnes âgées dans la population totale, un phénomène qui touche la plupart des pays développés (Dumont, 2005).

Or, selon les statistiques, la France connaîtra dans ces prochaines années aussi bien gérontocroissance et vieillissement. En effet, les personnes âgées de 65 ans et plus évolueront de 14 à 20 millions entre 2020 et 2050, soit une augmentation passant de 20 à 27 % de la population totale à cette même période⁶.

En outre, en 2030, par rapport à 2020, le nombre de personnes d'au moins 85 ans pourrait augmenter de 156 000. Toutefois, en 2040, le pays en comptera 1 300 000 de plus qu'en 2030, c'est-à-dire une croissance huit fois supérieure par rapport à 2030, soit une augmentation de 52 % de personnes âgées de 85 ans et plus entre 2040 et 2050⁷.

Cependant, ces années de vie gagnées s'accompagnent pour beaucoup des premiers problèmes récurrents de santé, d'une perte de dynamisme, de la survenue d'un besoin d'assistance et de l'apparition du fameux syndrome du glissement, défini comme « un processus d'involution et de sénescence porté à son état le plus complet » (Wieder, 2020) conduisant à une perte d'autonomie.

Pour Jean Charles Juhel, « l'enjeu n'est pas de refuser le passage du temps, mais d'en comprendre les conséquences et les répercussions. Que le corps soit diminué par un handicap physique, sensoriel, neurologique, une maladie dégénérative ou la vieillesse, le résultat est identique. Il faut s'ajuster à ces changements inévitables. Il faut apprendre à se familiariser avec cette réalité qui modifie notre être. » (Juhel, 2014)

1.3 La prise en charge de la dépendance : un défi majeur pour les politiques publiques

Le vieillissement de la population est une problématique à la fois ancienne et nouvelle. Dans les années 1960, alors que se multiplient les situations de précarité, notamment chez les femmes avançant en âge qui n'ont jamais travaillé, commence à se poser la question des conditions de vie des personnes très âgées qui ont perdu leur autonomie et qui sont devenues dépendantes. Les politiques publiques prennent conscience de cette évolution démographique et intègrent les personnes âgées et l'allongement de l'espérance de vie dans les mesures sociales. Le Rapport Laroque, par exemple, publié en 1962, insiste sur la nécessité d'une politique consacrée à la place des personnes âgées et au maintien des liens sociaux. Ce n'est que dans le VI^e plan de 1971-1975 qu'émergent des actions

⁶ (Décennie 2020-2030 : L'explosion Des 75-85 Ans – Nos notes- Matières Grises, 2020.)

sanitaires et sociales favorables au maintien à domicile, plan préparé par l'intergroupe Personnes âgées présidé par Nicole Questiaux. Suivent le VII^e plan de 1976-1981 et ses 25 programmes d'action prioritaire (PAP), dont le quinzième concerne le maintien à domicile des personnes âgées en permettant l'autonomie de ces dernières et leur participation sociale.

Avec les lois Defferre de décentralisation de 1982 et 1983 et la loi du 22 juillet 1983, l'État confie aux départements une compétence de droit commun en matière d'aide sociale légale. Le Département prend la responsabilité des aides pour les personnes âgées.

1.3.1 La nécessité de compenser la dépendance et de préserver l'autonomie

La question de la dépendance est abordée : « L'approche du rapport Laroque d'une vieillesse, partie intégrante de la société, est délaissée au profit d'une approche plus médicale de la vieillesse. Introduire la notion de dépendance revient à évaluer les incapacités des personnes concernées à partir de grilles de mesures pour déterminer les besoins d'aide et en apprécier le coût financier pour la collectivité et le reste à charge pour les familles. »(Ménard, 2019)

La Loi du 24 janvier 1997 institue une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes. La prestation spécifique dépendance (PSD) est gérée par les conseils généraux soumise à des conditions de ressources. La loi du 20 juillet 2001 remplace la PSD par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), une prestation cette fois construite comme un droit universel. Entre-temps, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale encadre les pratiques et renforce les droits des usagers, qui deviennent le centre des préoccupations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

1.3.2 Le bien-vieillir, un enjeu majeur de solidarité

L'épisode dramatique de la canicule de 2003 ayant causé le décès précoce de nombreuses personnes âgées isolées fait prendre conscience à la société et aux pouvoirs publics que la question du bien-vieillir est un enjeu majeur de solidarité envers ses aînés et donne lieu à la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi qu'à la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la mise en place d'une journée de solidarité destinée à financer les interventions en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes porteuses de handicap. De plus, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées s'intéresse également aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie.

1.3.3 L'accompagnement de la dépendance, un enjeu économique

Dominique Libault évoque, dans son rapport, le besoin de financement de la dépendance à hauteur de neuf à dix milliards d'euros à l'horizon 2030⁸ ; mais qu'en sera-t-il pour la décennie 2040-2050 ? Les politiques publiques perçoivent le vieillissement de la population comme problématique. Il s'agit, en effet, de financer aussi bien la dépendance que les retraites et de faire face à l'augmentation du rapport de dépendance par rapport aux actifs : « Le vieillissement de la population est indéniablement la donnée majeure des décennies à venir. [...] Le vieillissement de la population et le financement des situations de dépendance, qui auront un impact majeur sur les dépenses d'action sociale, justifieront une adaptation de l'action publique à l'environnement réel des personnes âgées et à la diversité des besoins suscités par des situations de dépendance. [...] Les évolutions démographiques et socio-économiques constituent de réelles menaces pour la cohésion sociale. Elles sont donc autant de défis pour l'action publique qui devra définir les modes de gestion les mieux adaptés pour éviter les déchirures du tissu social. » (Mercier, 2000)

1.4 Le défi de l'adaptation de la société au vieillissement

« L'allongement de l'espérance de vie, notre condition physique à l'âge de la retraite, le contexte social : tout a changé. Nous avons une obligation d'innovation, car nous ne pouvons pas nous fonder sur le modèle de nos parents. » Bernadette PUIJALON, 2024

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite « loi ASV », rompt avec une approche de la dépendance centrée sur le tout-médical, renouant avec les ambitions du rapport Laroque, précisant dans son article premier que « l'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation ». La stratégie du bien vieillir telle qu'elle est présentée dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement combine trois axes : l'anticipation et la prévention ; l'adaptation de la société au vieillissement de la population et l'accompagnement de la perte d'autonomie.

La prévention et l'accompagnement deviennent une priorité de la stratégie du bien-vieillir. Sa mise en œuvre consiste à retarder l'entrée de la personne autonome dans la fragilité et de la fragilité à la dépendance.

L'article 2 de la loi du 24 janvier 1997 définit la dépendance, qualifiée aujourd'hui de « perte d'autonomie », de l'état de la personne : une personne se trouve dans une situation de dépendance dès lors qu'un problème de santé lui impose d'être aidée pour accomplir les gestes essentiels de la vie comme se lever, se laver, se vêtir, se nourrir, etc. La fragilité, elle, est évaluée selon les critères définis par Fried à travers cinq symptômes facilement identifiables : la perte de poids involontaire, une marche ralentie, l'épuisement, la baisse de la force musculaire et la sédentarité. (Béland & Michel, 2013).

La société a ainsi pour défi de s'adapter au vieillissement de la population, principalement les personnes âgées de 75 à 85 ans. En effet, ces dernières demandent une autre prise en charge que celle de la dépendance, car la majorité d'entre elles ne sont pas encore dépendante mais montrent tout de même des signes de fragilité.

La Loi ASV de 2015 dénombre quatre principaux besoins pour cette tranche d'âge :

a) Un logement adapté

À 75 ans, les personnes sont encore très autonomes et n'ont pas leur place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Néanmoins, elles commencent à montrer des signes de vulnérabilité et entretenir sa maison qui n'est plus adaptée risque de s'avérer difficile. Les résidences autonomie ou d'autres formes d'habitats collectifs adaptés pourraient répondre à leurs besoins.

b) Une ville bienveillante

Les communes doivent repenser leurs espaces, adapter leur urbanisme face à la croissance de ces personnes valides mais fragiles.

c) Une mobilité facilitée

Les personnes de la tranche d'âge 75-85 ans n'osent parfois plus, à cette période de leur vie, conduire leur voiture. Pour autant, elles expriment le besoin de se mouvoir, d'aller faire les courses, de pratiquer leurs activités de loisir, d'effectuer leurs démarches administratives dans les services publics ou encore de prendre le temps de voyager.

d) Un lien social maintenu

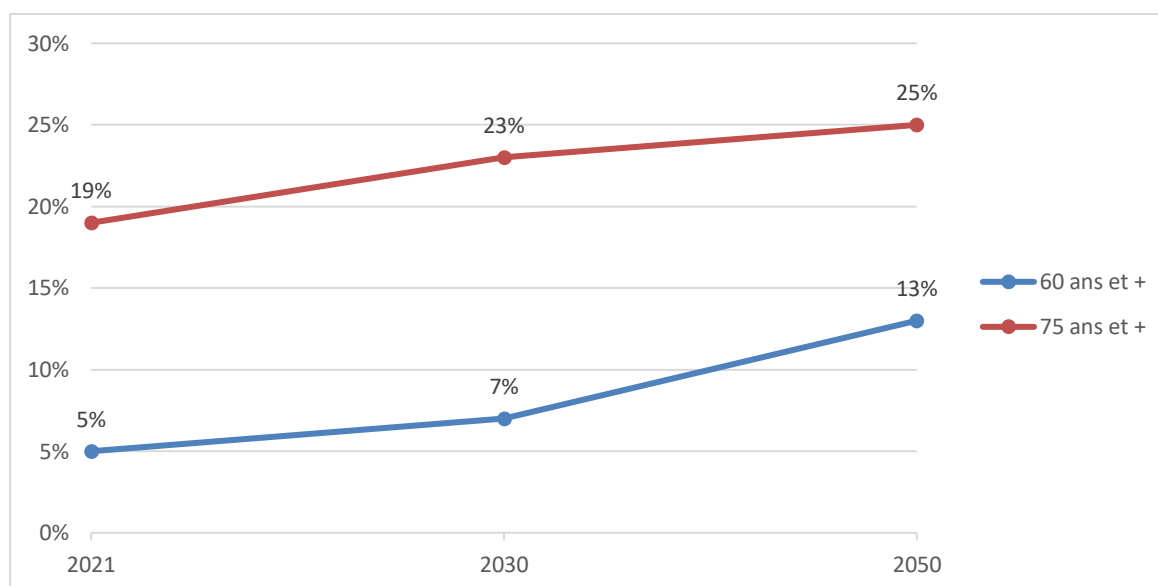
Cette tranche d'âge correspond également souvent à une période de veuvage et le risque d'isolement social peut représenter un enjeu majeur pour ces personnes.

Les problématiques liées au vieillissement touchent aussi les territoires ultramarins comme la Réunion, où est implanté l'EHPA Maison de la Providence. En outre, il est primordial de présenter le contexte démographique et politique propre à ce territoire.

1.5 Le contexte réunionnais : une population ultramarine avec un état de santé dégradé et une perte d'autonomie précoce

À la Réunion, département français d'outre-mer situé dans l'océan Indien entre Maurice et Madagascar qui s'étend sur une surface d'environ 2500 km², la population, qui était estimée à 861 200 personnes au 1^{er} janvier 2019, témoigne également d'une dynamique de vieillissement importante : l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) projette qu'en 2050 la part de personnes âgées de 60 ans ou plus dans la population réunionnaise sera multipliée par deux (voir figure 1). À l'instar des autres régions développées dans le monde, le vieillissement de la population réunionnaise est marqué par l'arrivée des personnes du quatrième âge.

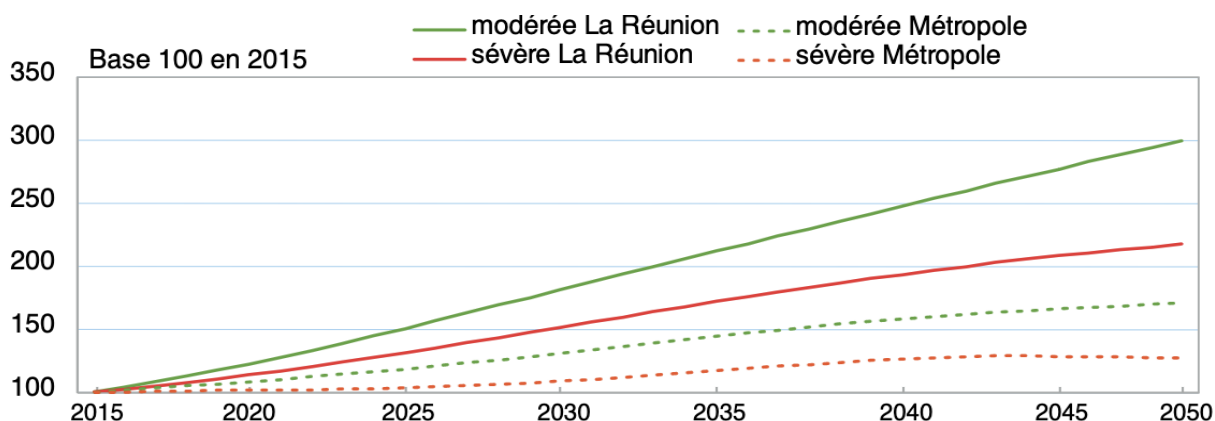
Figure 1 : Évolution des personnes âgées de 60 ans et plus et de 75 ans et plus au sein de la population réunionnaise



Source 1 : Insee (estimation au 1^{er} janvier 2021, projections Omphale à l'horizon 2030 et 2050 – scénario central si les tendances démographiques se maintenaient)

Ce fait nouveau représente un défi pour notre société et ses politiques sociales puisqu'il s'agit de favoriser la mise en place de réponses adaptées à des besoins en pleine évolution et d'organiser le financement de ces actions.

Figure 2 Évolution du nombre de seniors en perte d'autonomie selon le degré de perte d'autonomie à la Réunion et en métropole entre 2015 et 2050



Source 2 : Insee, projections Omphale – enquêtes VQS 2014 et EHPA 2015

En 2019, un Réunionnais sur dix s'estimait en mauvaise ou en très mauvaise santé. En effet, selon l'ARS, après 65 ans, un quart des Réunionnais souffrent de maladies chroniques ; les seniors se trouvent de fait plus régulièrement en situation de perte d'autonomie. Ils sont également touchés par l'obésité, notamment les femmes ; 17 % des Réunionnais ne pratiquent pas d'activité physique. Ils souffrent davantage de maladies chroniques comme le diabète ou l'hypertension artérielle et les rhumatismes⁹.

S'il est vrai que le vieillissement est un processus inexorable, propre à chacun selon son état de santé général, son capital génétique, ses conditions de vie, etc., à la Réunion, le vieillissement de la population associé à un état de santé dégradé et à une grande précarité a pour conséquence une entrée dans la dépendance beaucoup plus précoce.

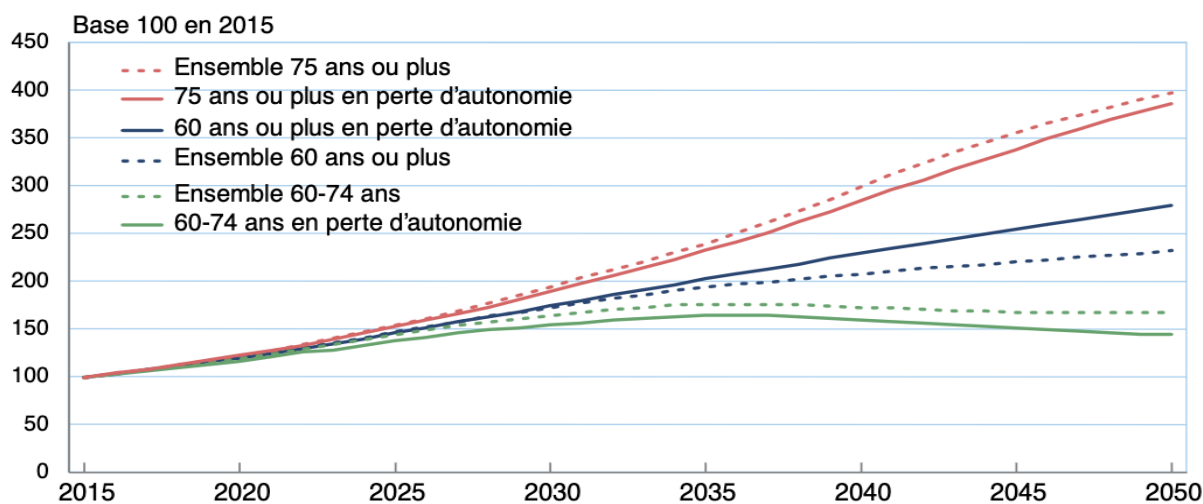
De ce fait, le nombre de seniors qui auront besoin d'être assistés pour accomplir les gestes essentiels de la vie quotidienne augmente mécaniquement. Contrairement à la France hexagonale où l'entrée en dépendance se fait à 83 ans, à la Réunion, elle apparaît de façon beaucoup plus précoce à 75 ans¹⁰. Selon les projections de l'Insee, la Réunion comptera en 2050 65 100 personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie, soit trois fois plus qu'en 2015.

⁹ « Enquête Santé à La Réunion en 2019 » ARS Réunion - 2021.

¹⁰(Baromètre Des EHPAD 2021 - KPMG France)

Les personnes âgées de 75 ans ou plus représenteront les trois quarts de seniors en perte d'autonomie en 2050, contre seulement la moitié en 2020 (Baktavatsalou et al., 2020).

Figure 3 : Évolution du nombre total de seniors et de seniors en perte d'autonomie entre 2015 et 2050 par tranche d'âge



Source 3 : Insee, projections Omphale – enquêtes VQS 2014 et EHPA 2015

1.6 Un enjeu économique pour le département

L'état de santé dégradé imputable à la perte d'autonomie peut représenter un coût supplémentaire de dépenses relatives à la santé. En effet, le fait de devoir compenser cette perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne nécessite des aides techniques et humaines, et adapter le lieu d'hébergement, qu'il s'agisse du domicile ou de l'institution, permet d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

Tableau 1 : Proportion de personnes âgées selon le niveau de GIR à la Réunion et en France en 2013

	En %			Plus de 60 ans	
	GIR 12	GIR 34	GIR 56	En milliers	Poids dans la population totale (en %)
La Réunion	3,3	8,9	87,8	110	13,1
France métropole	2,9	5,3	91,8	14 300	21,8

Source 4 : DREES, Insee (2014) et calculs des auteurs de Vieillesse et gérontechnologies à la Réunion (2017)

« Dans le contexte d'une petite économie ultrapériphérique densément peuplée, avec un taux de chômage de l'ordre de 30 % et en lien avec des mutations sociales en faveur de la décohabitation entre les générations, la question de la prise en charge des personnes âgées dépendantes y constitue un véritable défi à la fois démographique, économique, social et politique. Ainsi, selon l'Insee, les prestations sociales liées à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) augmentent en moyenne de 7 % par an depuis 2007. À la Réunion, 16 802 personnes âgées de plus de 60 ans perçoivent l'APA, soit 1,5 fois plus qu'à l'échelle nationale.

Tableau 2 : Taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), payés au titre du mois de décembre 2021

Département	Bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement		Bénéficiaires de l'APA à domicile		Bénéficiaires de l'APA en établissement	
	En % de la population de 60 ans et plus	En % de la population de 75 ans et plus	En % de la population de 60 ans et plus	En % de la population de 75 ans et plus	En % de la population de 60 ans et plus	En % de la population de 75 ans et plus
974 Réunion	9,6	34,8	9,0	32,5	0,6	2,2
France métropolitaine	7,2	20,0	4,2	11,7	3,0	8,2

Source 5 : DREES, Enquête Aide sociale – Insee, estimations provisoires de population

1.7 Une offre en équipement plus pauvre que le territoire national

Alors qu'elle est déjà caractérisée par sa fragilité, sa vulnérabilité et sa pauvreté, la population âgée à la Réunion ne bénéficie que de très peu de solutions d'accueil : certes, l'offre d'accueil en établissements et services se diversifie (DREES, 2023), mais elle est trois fois moindre qu'en France hexagonale (Ceser Réunion, 2011).

Le territoire réunionnais souffre d'un sous-équipement en EHPAD : 41,5 places pour 1000 personnes contre 123,2 en France hexagonale. L'île compte 35 structures d'hébergement, soit 19 EHPAD et six EHPA, ce qui représente 1926 places d'accueil (1505 places dans les EHPAD). Aux côtés de ces structures médicalisées, six EHPA proposent au total 146 places (voir Annexe 1). Cela s'avère insuffisant pour répondre aux besoins du territoire : 600 personnes sont inscrites en liste d'attente, sans compter les familles en manque de solutions. (Département de la Réunion, 2023).

De ce constat, le conseil départemental et l'ARS ont lancé de manière conjointe un appel à projet pour la création de 200 places supplémentaires et de deux nouveaux EHPAD. D'ici 2030, trois autres EHPAD seront livrés dans des territoires moins dotés comme l'est et le

sud de l'île. Enfin, à La Réunion, l'accueil familial est la solution d'hébergement privilégiée pour faire face à la perte d'autonomie.

Pour le moment, sept formes de structures dédiées à l'hébergement des personnes âgées en établissement sont proposées :

- les EHPAD, des lieux d'hébergement médicalisés et collectifs qui prennent en charge des personnes âgées ;
- les EHPA, des lieux d'accueil également collectifs qui ne sont pas médicalisés et qui concernent les personnes âgées autonomes ou semi-autonomes ;
- les résidences autonomie, appelées auparavant « logements-foyers », qui proposent des groupes de logements ou de chambres autonomes avec équipements et services collectifs fournis ;
- les Établissements de soins de longue durée (USLD), des structures très médicalisées destinées à accueillir les personnes âgées les plus dépendantes ;
- l'habitat inclusif, destiné aux personnes handicapées et aux personnes âgées qui choisissent, à titre de résidence principale, un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes¹¹ ;
- l'accueil familial proposé par des accueillants familiaux agréés par le conseil départemental, qui constitue une alternative à l'hébergement en établissement et un mode d'accueil plébiscité par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- les maisons d'accueillants familiaux (MAF), un mode d'accueil localisé dans les microrégions dont le principe est le regroupement d'accueillants familiaux toujours agréés par le département et salariés par une personne morale privée ou publique ; ainsi, dans un local ou une résidence affectée à cet usage, deux à quatre accueillants familiaux assurent l'accueil de trois à seize personnes âgées ou en situation de handicap.

1.8 Un système de santé plus juste et plus efficace

La loi de modernisation de notre système de santé interroge l'organisation des soins en France et la médecine du parcours pour les patients, c'est-à-dire la prise en charge globale structurée et continue des patients au plus près de chez eux.

En 2019, le ministère des Affaires sociales et de la Santé engage une politique volontariste et vigoureuse, qui se traduit par la création de la Délégation ministérielle au numérique de la santé (DNS) et une large mobilisation du secteur afin de formaliser la feuille de route du numérique en santé. Le rattrapage du retard numérique du secteur médicosocial y est un sujet majeur. En outre, cette délégation fixe l'objectif de moderniser la gestion du parcours de santé et d'accompagnement des personnes vulnérables (personnes âgées, personnes en situation de handicap, enfants protégés, majeurs accompagnés, etc.). Elle définit en particulier le cadre des échanges et partages de données de santé entre les services

¹¹ Chapitre Unique : Habitat Inclusif Pour Les Personnes Handicapées et Les Personnes Âgées (Articles L281-1 à L281-4) - Légifrance, 2022)

numériques de la santé, du secteur médicosocial et du secteur social pour les prochaines années. Ce cadre technique de référence repose sur trois piliers : l'éthique, la sécurité et l'interopérabilité.

1.8.1 Vers une logique d'État plateforme

« Face à l'urgence démographique liée au vieillissement de la population qui va changer le visage de la société, il faut que le gouvernement anticipe cette transition démographique pour être en capacité de proposer d'ici 2030 une véritable transformation garantissant un accompagnement de qualité à nos aînés, qui tienne compte de leurs aspirations dans toute leur diversité. Pour une société inclusive et face à notre transition démographique nous devons revoir l'organisation des soins et de la prise en charge. Ces transformations nécessaires sont impossibles sans des solutions numériques déployées à grande échelle et sans un écosystème d'acteurs publics et privés engagés pour l'inclusion, l'autonomie et le bien vieillir¹². » Jean-Christophe COMBE, ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées

1.8.2 Un soutien financier inédit

Reconnaissant le numérique comme un enjeu majeur pour la santé en France, Le Ségur de la santé a accordé une place sans précédent au numérique en santé. Ainsi, deux milliards d'euros seront investis sur la période 2021-2025 pour accélérer les financements des services référentiels et des services socles et encourager les usages numériques. Six cent millions sont spécifiquement dédiés au secteur médicosocial et social, auxquels il faut ajouter 30 millions d'euros mobilisés par la CNSA en 2021, soit un total de 630 millions d'euros de 2021 à 2025. Cette période offre une fenêtre d'opportunité sans précédent pour accélérer le virage numérique du secteur social et médicosocial.

1.8.3 Une nouvelle feuille de route pour mettre le numérique au service de la santé, de l'autonomie et de l'inclusion

Dans la nouvelle feuille de route 2023-2027, le ministre de la Santé signe un éditorial dans lequel il insiste sur le volet prévention, pour lequel le nouveau carnet de santé dématérialisé « Mon espace santé » est un atout déterminant. Selon lui, la santé est au cœur des enjeux de maintien de l'autonomie¹³.

Le numérique en santé fait ainsi l'objet d'un programme national de développement de grande ampleur par le biais du Ségur de la santé, dans l'objectif d'accélérer le partage de données de santé entre les professionnels et le patient, d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge et de faciliter le travail des professionnels. Il s'appuie principalement

¹² (Doctrines Du Numérique En Santé | Agence Du Numérique En Santé, 2023.)

¹³ (Lancement de La Feuille de Route Du Numérique En Santé 2023-2027 - Discours de François Braun - Ministère Du Travail, de La Santé et Des Solidarités, 2023.)

sur le déploiement de « Mon espace santé », un carnet de santé numérique qui offre au patient la possibilité de disposer des informations sur sa santé et de les partager avec les professionnels de santé qui l'accompagnent.

Le volet numérique du Ségur de la santé a pour objectifs, d'une part, de généraliser le partage des données de santé de manière fluide et sécurisée, et, d'autre part, de fédérer l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire, médicosocial et de la ville autour du développement des usages.

La nouvelle Feuille de route repose sur cinq grandes orientations :

- Renforcer la gouvernance du numérique en santé ;
- Intensifier la sécurité et l'interopérabilité du numérique en santé ;
- Accélérer le déploiement des services numériques socles ;
- Déployer au niveau national des plateformes numériques de santé ;
- Soutenir l'innovation et l'engagement des acteurs.

1.8.4 Le DUI, cœur du programme ESSMS Numérique

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale comporte l'obligation pour les ESSMS de constituer un dossier usager unique. Le DUI est la version dématérialisée de ce dossier. Il fait partie de l'action 21 de la feuille de route du numérique en santé issue de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé en France, qui requiert notamment l'interopérabilité des systèmes d'information dans le secteur sanitaire et médicosocial¹⁴.

Ayant pour objectif d'embarquer 36 000 ESSMS financés par le biais de 1400 projets environ à la fin de l'année 2025, sur les 630 millions d'euros de crédits alloués par le Ségur de la santé, 450 millions sont dédiés au soutien direct aux projets de 2021 à 2025.

Il importe de rappeler que le projet d'accompagnement personnalisé est une obligation en France dans tous les établissements médicosociaux depuis la loi du 2 janvier 2002. Il doit garantir le respect des droits de la personne accueillie, son écoute et son information. Il est combiné à une démarche éthique axée sur le bien-être, les droits et les libertés des personnes accueillies.

1.9 L'île de la Réunion, un environnement régional favorable au développement du numérique en santé

Depuis 2010, l'ensemble des structures de santé est connecté au même réseau numérique. Dès 2014, la Réunion, lauréate de l'appel à projets Territoire de soins numérique, s'est

14

engagée dans la voie du numérique en santé en créant : un serveur régional d'identité ; un portail patient (remplacé aujourd'hui par « Mon espace santé ») ; un portail de prévention grand public (masante.re) ; une structure d'appui à la coordination, désormais intégrée dans le dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC, un outil numérique de suivi des parcours - lien parcours) ; et un répertoire opérationnel des ressources (ROR).

Enfin, à l'échelle nationale, l'île de la Réunion a été deux fois lauréate des « Talents de la e-santé » avec les projets PANORAMA (stockage et partage régional des comptes rendus d'imagerie) et TELEDIADE (télédiagnostic de l'autisme pour adultes dépendants). Enfin, comme les autres régions françaises, elle s'est dotée d'un groupement régional d'appui au développement de l'e-santé (GRADEs) et d'un GCS TESIS (télémédecine et système d'information en santé), composés des hôpitaux et des cliniques de l'île, des professionnels libéraux ainsi que des établissements et services médicosociaux.

Parmi ses objectifs pour les dix prochaines années, l'ARS de la Réunion entend promouvoir les usages des solutions numériques labellisées pour la prévention, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la coordination des prises en charge, dans l'objectif, en l'occurrence, d'améliorer la qualité de vie et la santé des personnes âgées. Le secteur de la santé n'échappe pas à l'apparition du numérique. « Le numérique doit être entendu comme une opportunité d'amélioration en santé, et donc de la prévention, de facilitation de l'exercice des professionnels de santé, de renforcement de la qualité et de la continuité des prises en charges et accompagnement ¹⁵ » : telle est l'ambition partagée d'amélioration de l'état de santé de la population pour les dix prochaines années du cadre d'orientation stratégique 2023-2033, socle du Projet régional de santé de la Réunion.

En effet, l'accompagnement de patients sollicite l'intervention de multiples professionnels de santé, qu'il s'agisse du secteur hospitalier, secteur médicosocial ou secteur de ville. Une coordination des parcours efficace, particulièrement pour les maladies chroniques et le vieillissement, nécessite d'équiper ces professionnels d'outils numériques communicants. Le numérique en santé a ainsi pour but d'assurer un meilleur partage d'informations entre les professionnels de santé autour d'un patient et, par la même occasion, de fournir à ce dernier les moyens de maîtriser l'information sur son état de santé et ses soins

¹⁵ (Cadre d'Orientations Stratégiques (COS) 2023-2033 | Agence Régionale de Santé La Réunion, 2024)

2 L'EHPA Maison de la providence, une offre médico-sociale non médicalisée, à mi-chemin entre le domicile et l'EHPAD

L'EHPA Maison de la Providence est géré par l'organisation éponyme, une association loi 1901 à but non lucratif créée en 2011 par la Congrégation des Filles de Marie. Jusqu'alors, cette dernière administrait en nom propre ses maisons de retraite non médicalisées depuis les années 1970. Ces établissements, implantés sur trois sites géographiques différents, ont intentionnellement conservé le nom de « Foyer » pour rappeler qu'ils sont des structures à taille humaine dédiées à l'accueil en hébergement permanent des personnes âgées autonomes ou semi-autonomes : Foyer Notre-Dame de la Clémence, Foyer Notre Dame de la Paix et Foyer Sacré-Cœur.

Le regroupement des trois foyers en une seule entité dénommée EHPA Maison de la Providence a été autorisé par le président du conseil départemental de la Réunion par l'arrêté départemental n° 6/DGA PS/DA/SDOAH-CESMA/2020 du 29 juillet 2020.

Avant de présenter l'EHPA Maison de la Providence, il me paraît nécessaire de définir ce qu'est un EHPA d'abord, puis de décrire son fonctionnement avant de présenter la problématique ressortie de mon analyse stratégique réalisée à partir d'un diagnostic de la situation actuelle de l'établissement.

2.1 Présentation de l'EHPA

Contrairement aux EHPAD, qui sont obligés d'accueillir toutes les personnes âgées, qu'elles soient autonomes ou dépendantes, les EHPA accueillent des personnes autonomes, mais ils peuvent tout de même s'ouvrir à des personnes âgées dépendantes dans des proportions limitées.

Un EHPA est un établissement social dont la vocation est d'assurer la prévention future des personnes âgées hébergées comme il est indiqué dans l'instruction n° DGCS/SD3A/DREES/2016/300 du 6 octobre 2016 relative à la prise en compte dans la gestion du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) des modifications apportées par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (Loi ASV) et le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médicosociaux pour personnes âgées. L'EHPA Maison de la Providence que je dirige appartient à cette catégorie d'établissement. Maison de retraite non médicalisée, elle est soumise aux règles juridiques de droit commun applicables aux établissements sociaux et

médicosociaux. Elle répond aux besoins des personnes âgées qui ne sont plus assez autonomes pour vivre en résidences sénior ou autonomie, et qui ne sont pas encore assez dépendantes pour aller en EHPAD. Elle définit comme une structure où règne la convivialité et le partage et s'identifie comme un lieu de vie qui privilégie le bien-être des résidents et l'accompagnement des personnes vulnérables dans leur vie quotidienne en répondant le mieux possible à leurs besoins. L'objectif de l'EHPA est de leur permettre de disposer d'un vrai chez-soi en toute liberté et sécurité tout en bénéficiant d'un accompagnement qui favorise le maintien de l'autonomie et la vie sociale à l'intérieur comme à l'extérieur des établissements, comme il est décrit dans la présentation de l'établissement.

2.1.1 Présentation de l'entité

L'EHPA Maison de la Providence dispose d'un agrément total de 102 places situées sur trois sites géographiques couvrant le territoire ouest et sud de l'île de la Réunion :

- le Foyer Notre-Dame de la Clémence à la Saline-les-Hauts est habilité pour 32 places ;
- le Foyer Notre-Dame de la Paix à La Chaloupe Saint-Leu l'est pour douze places ;
- le Foyer Sacré-Cœur à Saint-Pierre l'est pour 58 places.

Dans les trois foyers de l'EHPA Maison de la Providence, les prestations comprennent l'hébergement, l'accompagnement, la restauration, l'animation, la blanchisserie et la sécurité. Il convient de noter que ces établissements privés à but non lucratif fonctionnent uniquement sur leurs fonds propres constitués des pensions versées par les résidents. Seulement 20 places peuvent bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement financée par le conseil départemental.

2.1.2 Les critères d'admissibilité

Les personnes qui y sont admises sont autonomes ou en perte légère d'autonomie (GIR 5 et 6), avec une tolérance accordée pour le GIR 4 voire le 3. Une convention signée avec un EHPAD permet de garder les personnes ayant atteint les GIR 2 et 1. Les demandes doivent provenir d'elles. Aucune demande d'admission n'est acceptée si le consentement de la personne n'a pas été clairement exprimé.

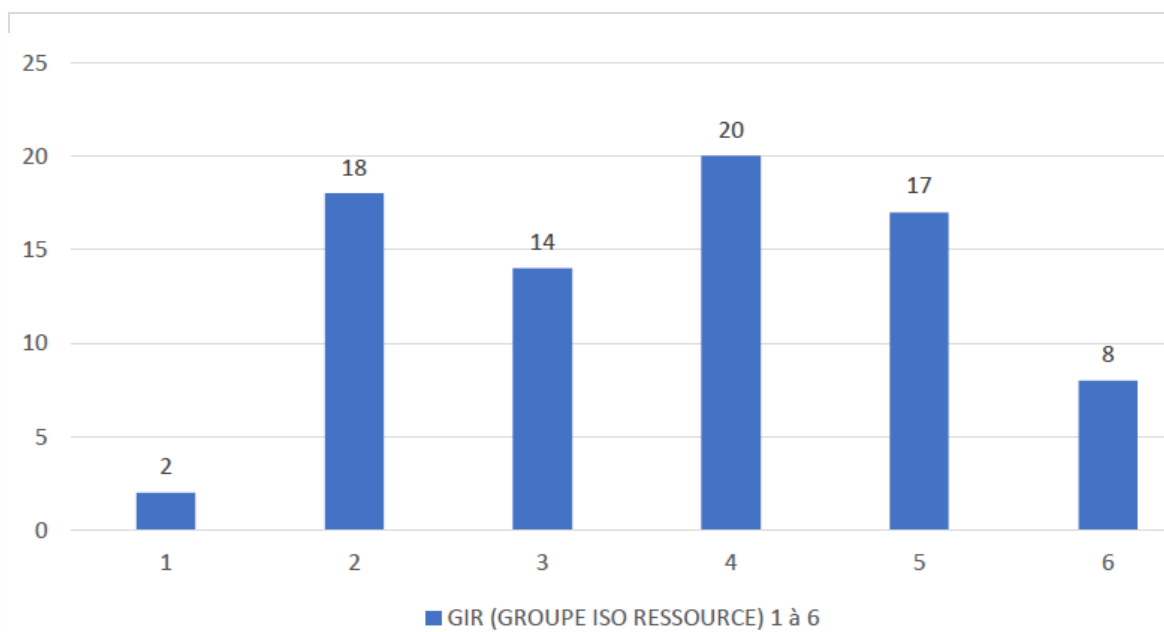
Au 31 décembre 2023, la moyenne d'âge de la population totale hébergée était de 84,8 ans : 88,6 ans pour le Foyer Sacré-Cœur, 84,7 ans pour le Foyer Notre-Dame de la Clémence et 81,1 ans pour le Foyer Notre-Dame de la Paix.

Sur les 80 résidents, 64 étaient âgés de 80 ans et plus, 56 de 85 ans et plus. Cette avancée en âge a pour conséquence une entrée en dépendance.

Le GMP (GIR moyen pondéré) de l'EHPA Maison de la Providence est de 500,89 pour l'exercice 2023 pour 79 résidents sur 80, une des résidentes étant âgée de moins de 60 ans. Conformément à l'article L. 313-12 du CASF, les EHPA peuvent accueillir au maximum

10 % des personnes âgées classées en GIR 1 et 2 dès lors que leur GMP est inférieur à 300. Le cas échéant, une convention est signée avec des EHPAD. L'établissement a en effet signé une convention avec la Fondation Père Favron qui lui permet de demander un transfert de résidents dans un de ses EHPAD en cas de besoin.

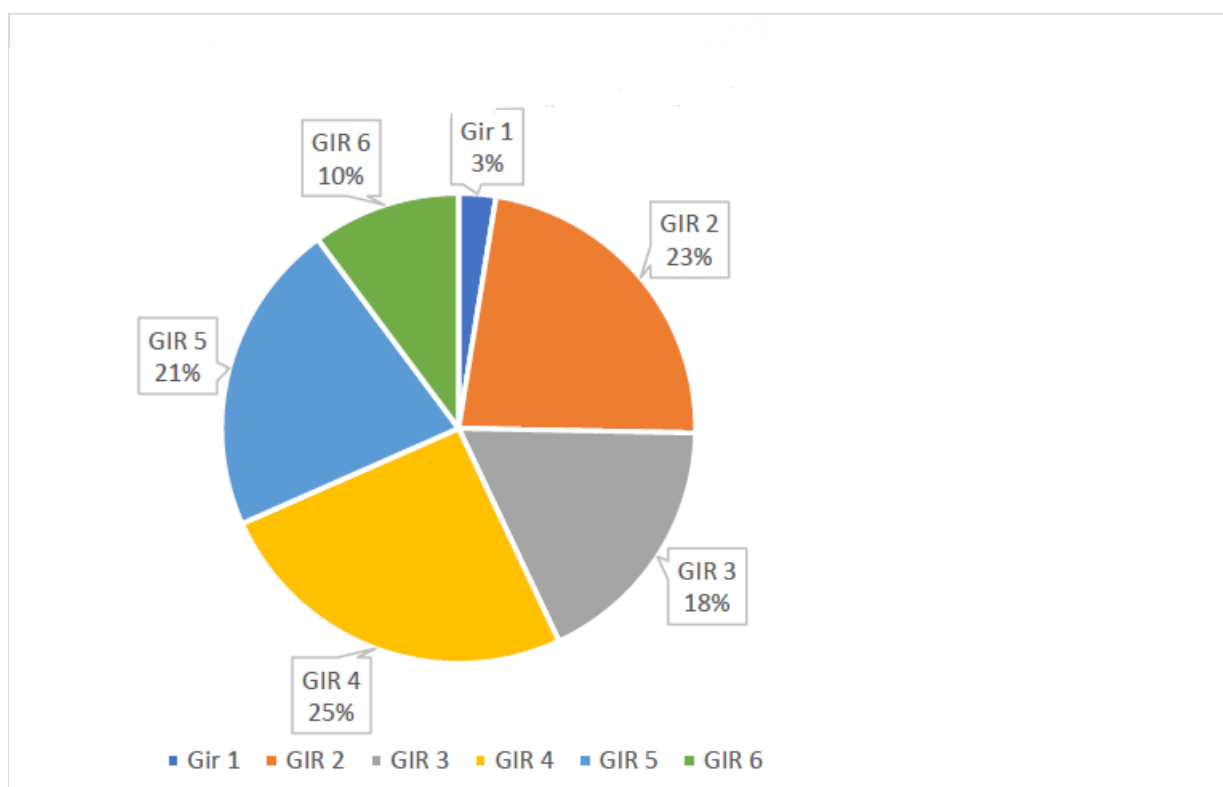
Tableau 4 : Répartition par GIR des résidents accueillis au 31 décembre 2023



Source 6 : Association Maison de la Providence - Rapport d'activité 2023

La part de résidents évalués GIR 1 et 2, c'est-à-dire en grande perte d'autonomie (physique et/ou psychique), représente 26 % des résidents. Les personnes semi-autonomes entrant en dépendance moyenne sont majoritaires avec 43 % de l'effectif et les résidents autonomes en représentent 31 %. Les besoins en matière d'accompagnement augmentent (quasiment sur tous les actes de la vie quotidienne). Ce haut degré de dépendance s'explique par la moyenne d'âge des résidents qui est de 84,4 ans, même si elle est en baisse par rapport à 2022 (87,5 ans au 31 décembre 2022). Cette diminution s'explique par une consultation des demandes d'admission plus raisonnée.

Tableau 5 : Répartition des résidents par GIR



Source 7 : AMP – Rapport d'activités 2023

2.1.3 Le profil des résidents accueillis

Les EHPA gérés par l'Association Maison de la Providence accueillent en hébergement permanent des personnes âgées considérées comme autonomes, qui ne présentent pas de pathologies graves et qui disposent d'une pleine liberté de mouvement. Majoritairement des femmes, ces personnes ne sont pas placées en institution : elles décident d'y venir. Elles n'ont pas toutes le même profil. Certaines sont des femmes seules sans enfant qui ont fait le choix de venir y vivre, s'y sentant plus en sécurité qu'à leur domicile. D'autres, avec la perte progressive de leur autonomie, viennent par la force des choses : la vie à domicile devient impossible et les aidants, généralement les enfants, parviennent de moins en moins à allier vie active et prise en charge du parent concerné.

Si certaines ont fait le choix de venir y habiter, d'autres acceptent tant bien que mal, résignées parce qu'elles n'ont en réalité pas d'autres choix. Quitter la maison pour une petite chambre, passer de la vie à domicile, libre de ses actions, à la vie collective avec des règles et des horaires à respecter : l'entrée en EHPA peut créer un traumatisme. Toutefois, unanimement, elles acceptent de venir y vivre, justement parce que ce n'est pas un EHPAD. En effet, les structures médicalisées souffrent d'une mauvaise publicité, notamment depuis les révélations des cas de maltraitance dans la presse avec le scandale Orpea (Castanet, 2021).

La plupart des personnes qui vivent actuellement dans les trois EHPA connaissent déjà les lieux : elles venaient prier dans l'église d'à côté, d'autres encore avaient des parents qui séjournent déjà dans les foyers. Elles se sentaient sécurisées par l'endroit et par le fait d'être accompagnées par des religieuses. Il faut se rappeler que la population réunionnaise de cet âge est, en général, très marquée par ce besoin de maintenir ses habitudes culturelles.

Par ailleurs, le fait que chacune puisse emménager avec ses meubles et affaires personnelles facilite l'appropriation du nouveau lieu de vie et le fait de se sentir chez elle. Certaines résidentes sont même revigorées par leur arrivée au foyer : elles disent ne plus être seules, retrouver une vie normale, manger à heures fixes, ce qui aide pour la stabilisation du diabète. D'autres, qui ne faisaient plus rien, retrouvent une certaine liberté et de la tranquillité. Même les fins de vie se passent le plus souvent dans la sérénité avec des pensionnaires qui « s'éteignent comme des bougies qui ont consommé leur mèche », se plaisent à dire les responsables de site.

Enfin, selon les intervenants extérieurs, le foyer se distingue par son « âme », son « ambiance familiale » où l'affect a beaucoup d'importance. Ils croisent « des petites dames heureuses et ouvertes sur les autres, même si la vie collective n'est pas toujours facile ». Des résidents épanouis habitent dans un établissement qui fonctionne selon une organisation inhabituelle comme j'ai pu le découvrir à mon arrivée.

2.2 Une organisation au fonctionnement atypique

Ma prise de poste, il y a deux ans, n'a pas été aisée. Quelques mois ont été nécessaires pour cerner les enjeux, les jeux d'acteurs et le fonctionnement de l'établissement. Il est vrai que je ne dispose pas d'une très grande expérience du secteur médicosocial, mais mes périodes de stages, durant ma formation, dans d'autres structures, m'avaient montré des entités avec des organigrammes bien définis, une organisation très structurée et formalisée. Cet établissement me paraissait bien différent de ce que j'avais vu jusqu'ici. En effet, la présence de religieuses bénévoles parmi les professionnels m'a interpellé.

2.2.1 Une culture institutionnelle marquée par un héritage religieux

Les trois établissements doivent leur succès aux valeurs religieuses et humanistes portées par la Congrégation des Filles de Marie et l'association Maison de la Providence au service des plus démunis : « Aimer, servir et partager » sont les valeurs communes aux deux entités. Elles sont centrées sur le respect et la dignité de la personne, quels que soient son âge, son handicap, sa maladie ou sa dépendance. Ces valeurs s'inscrivent également dans le respect de la Charte des personnes âgées. Elles s'appuient, d'une part, sur la conviction que la personne est toujours le centre de l'action et que chaque résident contribue à écrire

une page de l'histoire du foyer, quelle que soit la durée de son séjour, et, d'autre part, sur l'engagement des religieuses.

2.2.2 Une organisation de type missionnaire

Henry Mintzberg utilise l'expression « organisation missionnaire » pour décrire un type de structure où l'idéologie joue un rôle très important. Elle mobilise les professionnels de l'établissement et standardise leur comportement. Les unités sont décentralisées, mais soumises à de puissants contrôles par des normes et la culture.

L'EHPA Maison de la Providence se définit comme une structure à taille humaine où règnent la convivialité et le partage. Aux côtés des résidents, trois types de professionnels interviennent : les salariés non soignants, les libéraux du secteur médical et paramédical et les religieuses, des congrégationnistes bénévoles qui assurent une présence aussi bien diurne que nocturne auprès des résidents qu'elles accompagnent.

Les ressources humaines sont composées de congrégationnistes dans chaque foyer. Un tel fonctionnement est devenu rare et atypique dans le secteur médicosocial à La Réunion.

2.2.3 Un organigramme assez confus

L'EHPA Maison de la Providence s'appuie sur une directrice générale (moi) pour gérer l'association et diriger les trois foyers. Chacun d'eux est pourvu d'une référente de site : il s'agit d'une religieuse qui a autorité hiérarchique sur les religieuses bénévoles qui y exercent et une autorité fonctionnelle sur les salariés (secrétaire, agent administratif, agents spécialisés hôteliers, auxiliaires de vie, etc.)

Les moyens humains sont organisés selon un organigramme peu commun et peu lisible. En effet, les trois foyers sont gérés par l'association Maison de la Providence, mais les religieuses bénévoles qui y travaillent dépendent directement de la Congrégation des Filles de Marie. Les salariés anciennement placés sous l'autorité de la Congrégation dépendent aujourd'hui de l'association gestionnaire Maison de la Providence. (voir annexe 2)

La gestion répond à une double culture : la culture chrétienne des œuvres, le don de soi et de la charité, d'une part, et la culture médicosociale, d'autre part, tout en respectant le cadre législatif et réglementaire propre aux EHPA et au Code du travail.

L'enjeu au quotidien, en tant que directrice, est d'arriver à concilier les deux cultures, de façon à donner aux résidents l'accompagnement de qualité tel que défini par les normes médicosociales tout en gardant l'âme du foyer.

En revanche, l'établissement peut compter sur un personnel ancien et assidu.

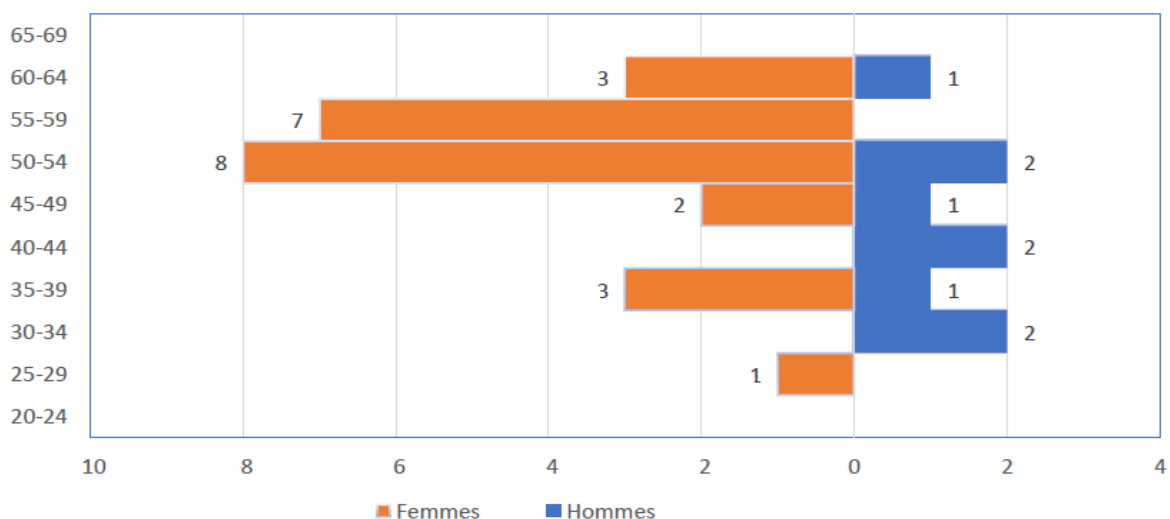
2.2.4 Une ressource humaine fidèle, mais très peu qualifiée

Une équipe pluridisciplinaire intervient auprès des résidents. Elle est constituée de personnel administratif, éducatif, d'entretien et d'hôtellerie avec un taux d'encadrement de 0,67, presque équivalent à celui d'un établissement médicalisé.

- L'équipe administrative et logistique est composée de la direction, des trois référentes de sites, d'un agent administratif mutualisé sur deux foyers et d'une secrétaire polyvalente pour le site de Saint-Pierre.
- L'équipe éducative, qui comprend des aides médicopsychologues et des animateurs, est essentiellement composée de religieuses bénévoles.
- L'équipe hôtelière et logistique est constituée de jardiniers et d'agents polyvalents du nettoyage.

Les religieuses résident, elles aussi, dans l'établissement. Elles assurent une présence diurne et nocturne quotidienne. Le personnel est, quant à lui, polyvalent et peut être amené, selon les besoins, à tourner sur différents postes.

1- Pyramide des âges du personnel salarié



Source 8 - Rapport d'activité exercice 2023 - Association Maison de la Providence

Au 31 décembre 2023, la moyenne d'âge des salariés était de 48,7 ans, en diminution par rapport à 2022 (52 ans). Ce recul doit notamment aux renouvellements de contrats aidés Pole Emploi Compétences (PEC).

Parmi ces salariés, interviennent au quotidien des professionnels soignants libéraux.

2.2.5 Les intervenants extérieurs au service des personnes âgées

N'étant pas un établissement médicalisé, l'EHPA Maison de la Providence n'assure pas la partie soin. Même si la structure n'est pas responsable des soins ni de leur organisation, elle doit s'assurer que chaque résident a accès aux professionnels de santé dont il a besoin et de son choix. Une convention a été signée avec tous les professionnels de santé. Elle fixe, à l'intérieur du cadre général précité, les « modes de fonctionnements et engagements réciproques afin d'optimiser les conditions de soins ». Les actes de soin sont prodigués par des intervenants extérieurs tous libéraux : médecins, infirmiers(ères), kinésithérapeutes, musicothérapeutes, orthophonistes, podologues, etc.

Les religieuses chargées de l'accompagnement participent aux soins de nursing. En l'absence des infirmiers, elles assurent les changements de position, les changes et les toilettes, si nécessaire. Elles sont aussi de garde la nuit. Elles jouent, de surcroît, un rôle très important dans la continuité des soins.

2.2.6 Les moyens matériels sommaires

Chaque établissement est doté d'un bâti et d'un jardin avec une architecture traditionnelle réunionnaise. Les résidents disposent d'une chambre individuelle et de sanitaires. La chambre est décorée, meublée et aménagée par chaque nouveau résident, qui ramène quelques pièces de son ancien lieu de vie pour constituer son nouveau chez lui.

Chaque établissement est équipé d'un réfectoire et d'une cuisine collective. En effet, chacun a opté pour une cuisine en autogestion, qui gère et organise directement les activités de restauration avec ses moyens et son personnel, matin, midi et soir, sept jours sur sept. La cuisine traditionnelle s'inspire de la cuisine familiale. Les repas sont préparés et consommés sur place. Les établissements jouent chacun la carte du plaisir gustatif en proposant à leurs résidents des plats traditionnels réunionnais. Que les textures soient ordinaires, hachées ou mixées, l'heure du repas est un moment plaisir pour une bonne majorité des résidents de l'établissement.

2.2.7 Des moyens financiers limités

Les trois EHPA de l'association Maison de la Providence disposent de moyens financiers limités. Mon arrivée à la direction a également été marquée par la découverte d'un résultat négatif avec une perte financière plutôt alarmante. Ces établissements n'étaient jusqu'alors pas habilités à recevoir des personnes bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement. Les établissements ne fonctionnaient qu'avec les maigres pensions des résidents et la dépendance en établissement financée par le conseil départemental. N'étant pas médicalisés, ils ne perçoivent pas les dotations financières pour la partie soins. Autre

particularité de cette entité, la pratique de prix de pensions très faibles : 49 euros contre 88 euros en moyenne sur ce marché.

Pour mieux comprendre la situation dans laquelle se trouve l'établissement, je réalise un diagnostic environnemental pour pouvoir mener une analyse stratégique.

2.3 Analyse stratégique de l'EHPA Maison de la Providence

2.3.1 Constats

A) Un EHPA où la participation des usagers à la vie de l'établissement est encouragée

La participation des personnes aux activités communes est encouragée et possible, car l'environnement du Foyer offre beaucoup de similitudes avec les maisons qu'elles ont quittées :

- Une des résidentes âgées aide la cuisinière à éplucher ail et oignons, demande à laver des marmites et contribue, comme elle le peut, à dresser et débarrasser la table. À l'instar d'autres résidentes, elle nettoie elle-même sa chambre, rétorquant que « si ou empêche à moin, mi sava mourir »¹⁶.
- Certaines arrosent les plantes, arrachent les mauvaises herbes du jardin.

De manière collective, la crise sanitaire a quelque peu démotivé quelques résidentes et familles à participer aux réunions du conseil de vie sociale (CVS) prévues par la loi du 2 janvier 2002. En revanche, en dehors de ces temps de réunion, les résidentes sont généralement associées aux différents projets les concernant au sein de l'EHPA.

2.3.2 Un accompagnement non formalisé où règne la culture orale

« Jusqu'au début des années 2000, nous avons tendance à vivre nos organisations au travers d'une culture orale : l'habitude, l'empirisme, le "système D", la méthode miracle, c'est-à-dire le fait d'être persuadé de nous débrouiller habilement, de proposer des prises en charge de qualité sans pouvoir apporter d'explications méthodiques et sans réelles remises en question, l'historique des relations gérant la nature et la qualité des échanges » (Masson, 2022).

Le Larousse définit l'empirisme, qui vient du grec *empeiria* (expérience), comme la manière de se comporter en tenant compte surtout des circonstances et sans principes arrêtés, avec pragmatisme. Il désigne une méthode reposant exclusivement sur les données de

¹⁶ Créole – traduction : « Si vous m'interdisez de le faire, je mourrai »

l'expérience et excluant les systèmes *a priori*. L'empirisme est aussi la théorie selon laquelle la connaissance que nous avons des choses dérive de l'expérience.

L'EHPA Maison de la Providence continue de fonctionner ainsi en 2024. J'ai été surprise de constater, à ma prise de poste, que l'établissement s'organise au travers d'une culture orale. La culture de l'écrit est très peu présente, excepté pour trois volets : l'administratif, les transmissions des religieuses relatives à la vie quotidienne des personnes accompagnées et celles des infirmiers libéraux en direction des religieuses chargées de la continuité du nursing auprès des résidents. Ces transmissions se font au stylo dans un petit cahier dédié.

À ce jour, aucun écrit n'a été établi concernant le projet de vie de la personne accompagnée. De fait, aucun projet personnalisé n'est formalisé. Le dossier usager est seulement constitué, pour le moment, de pièces administratives.

A) La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 transforme l'accompagnement des usagers

Les politiques sociales ont évolué. La loi du 2 janvier 2002 met l'accent sur diverses dimensions à prendre en compte dans les institutions médicosociales telles que l'exercice des droits des personnes bénéficiaires, de leur famille et de leur entourage (article 261-4) à travers sept outils : livret d'accueil, charte de la personne accueillie, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, projet personnalisé, projet d'établissement et évaluation. Ces éléments conduisent les organismes gestionnaires et le personnel à anticiper les transformations du secteur et à s'adapter grâce notamment à deux outils : le projet d'établissement et le projet d'accompagnement personnalisé (PAP). Ils se construisent pour et avec les personnes accompagnées, les familles et l'ensemble des acteurs.

L'EHPA Maison de la Providence est encore centrée sur le concept d'hébergement, déplorant, d'ailleurs, que les résidents deviennent des clients de plus en plus exigeants et que l'établissement offre de plus en plus un accueil sur mesure.

La loi 2002 oblige à penser prioritairement à la qualité de la prestation fournie aux usagers, à l'adaptation de projet et à l'évaluation. Certes, L'EHPA propose un accompagnement individualisé, mais ce dernier n'est pas formalisé. Par exemple :

- Madame L. a besoin de déambuler, pour éviter qu'elle s'enferme dans ses va-et-vient incessants, on va lui proposer de profiter de la sortie d'un intervenant pour aller à la pharmacie. Elle est coquette, elle est ravie de se mettre sur son 31 pour sortir.
- La fille de Mme C. vit en France métropolitaine. Pour éviter la rupture sociale, un appel en visio est organisé.

L'accompagnement est bien réel, mais non formalisé. Rien n'est écrit : « Nous savons que nous faisons de la qualité. Nos personnes hébergées sont ravies, elles vont bien. C'est la preuve que notre accompagnement est de qualité. » disent les professionnels.

B) L'urgence de passer d'un fonctionnement aisé à une culture de l'écrit et du rendre compte.

Il devient nécessaire, pour se mettre en conformité avec la loi, de passer de cette culture commode à une culture de l'écrit, du rendre compte, de la transmission, et à une culture du projet : écrire ce que nous réalisons, réaliser ce que nous avons écrit, en vérifier l'efficacité et concevoir de nouveaux possibles.

À mon sens, il s'agit ici d'un enjeu et d'un objectif prioritaires pour l'EHPA Maison de la Providence. Au-delà du respect de la législation (au moyen de différents outils réglementaires comme le projet d'accompagnement personnalisé à mettre en place et à rendre pérenne), il me faut impulser au sein des équipes cette culture de l'écrit afin de promouvoir la capacité à produire une réflexion collaborative. Par ailleurs, les écrits professionnels sont utiles dans le cadre d'un travail en équipe, en tant que mémoire des informations recueillies et trace des débats entre l'ensemble des acteurs.

Même si les écrits professionnels n'ont pas la même forme et ne sont pas utilisés aux mêmes fins, ils poursuivent des objectifs identiques :

- Conserver la trace de ce qui se passe et se réalise ;
- Attester des projets et des arguments qui les justifient ;
- Transmettre des informations et communiquer avec d'autres interlocuteurs ;
- Aider à la compréhension et à la problématisation de certaines situations.

La plupart des écrits professionnels devraient être communicables aux personnes accompagnées et à leurs familles ou à leurs responsables légaux, aux autorités de contrôle ou encore aux évaluateurs externes.

Ainsi, il faudra bien écrire et participer à la constitution d'un dossier de l'utilisateur dans le respect de la dignité, de l'intégrité et de la vie privée de la personne, le respect tout en garantissant la confidentialité des informations.

2.3.3 Échange et partage d'informations entre professionnels : rappel du cadre juridique

L'arrêté du 25 novembre 2016 fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soin visée à l'alinéa 3° de l'article L.1110-12 du Code de la santé publique rappelle que l'échange des données consiste à communiquer des informations à un ou plusieurs destinataires clairement identifiés par un émetteur connu, dans les conditions prévues par ledit code. Il précise également que le partage de ces données consiste à mettre à disposition des informations aux professionnels dans le respect des conditions de confidentialité et de sécurité :

- L'échange et le partage ne sont possibles qu'entre professionnels participant à la prise en charge d'une même personne.

- Ces professionnels participent directement à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes.

Seules les informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médicosocial et social de la personne peuvent être échangées ou partagées.

Face à cet environnement en pleine mutation, l'EHPA Maison de la Providence ne peut plus se contenter de s'adapter ou d'improviser : il doit apprendre à surfer sur ces tendances et saisir les opportunités. En tant que directrice, je me dois d'anticiper et d'alerter le conseil d'administration sur la nécessité d'innover et de saisir l'opportunité que nous donnent les pouvoirs publics de revoir notre modèle.

La problématique qui ressort de ces constats est la suivante : comment arriver à moderniser les pratiques professionnelles pour apporter des réponses en adéquation aux attentes et besoins évolutifs des résidents de l'EHPA Maison de la Providence ?

Pour tenter d'y répondre, il est fondamental de commencer par réaliser un diagnostic.

2.3.4 Diagnostic environnemental

La matrice SWOT¹⁷ permet, lors de la phase de diagnostic stratégique, de présenter synthétiquement les forces et les faiblesses de l'établissement au regard des opportunités et menaces générées par son environnement.

Je décide de réaliser une matrice pour l'établissement en y complétant des informations qui une fois croisées entre elles, me permettront d'avoir une vision stratégique de l'établissement.

¹⁷ SWOT(Strenghts, eaknesses, opportunities, threats) ou en français le MOFF (menaces, opportunités, Forces, Faiblesses)

6 - Matrice SWOT de l'EHPA Maison de la Providence



A) Les avantages concurrentiels de l'EHPA Maison de la Providence

a) Des professionnels fidèles

Contrairement à d'autres structures du médicosocial, le fonctionnement de l'EHPA n'est pas affecté par l'absentéisme des salariés, ni par le phénomène du « turnover ». La présence des religieuses facilite aussi le respect du taux d'encadrement en cas d'absence d'un salarié ; les intervenants libéraux également. Certains d'entre eux comptabilisent 30 ans de collaboration.

b) Un effectif composé de salariés et de bénévoles

La masse salariale représente le poste de dépense le plus important pour l'établissement. Avoir recours aux bénévoles et aux interventions de libéraux au quotidien est une ressource non négligeable pour la pérennité de la structure.

c) Des résidents qui se sentent chez eux

À leur arrivée, ils ont la possibilité d'apporter un peu de leur domicile : mobilier, décoration, etc. Ils disent généralement « C'est toujours ma maison, c'est juste plus petit ! »

Ils ont également l'impression de conserver leurs habitudes de vie. Les structures étant situées non loin de commerces et autres infrastructures, les plus autonomes sortent, font leurs courses, prennent les transports publics, etc.

d) Un patrimoine foncier attractif

Chaque foyer est doté d'un grand jardin arboré où les résidents se promènent, prennent le temps d'aller cueillir des fruits ou s'assoient à l'ombre des arbres pour discuter, coudre, etc. Ces jardins sont aussi des atouts dans l'accompagnement des personnes touchées par des troubles cognitifs : ces dernières ont pris l'habitude de déambuler de manière apaisée.

e) Une notoriété religieuse

Même si la culture de l'association correspond à celle d'une œuvre « cachée et petite », les personnes âgées comme les familles sont nombreuses à vouloir entrer dans les foyers. Les Réunionnais sont très attachés à la pratique ecclésiastique. Le fait que ces maisons de retraite ont été fondées par des religieuses, qu'elles y sont toujours présentes, que chaque site est doté d'une chapelle où le culte est possible, et que les personnes accueillies peuvent être accompagnées sur le plan humain et spirituel, participe à l'attractivité des lieux.

Ces éléments qui rendent l'EHPA Maison de la Providence unique et différent des autres établissements médicosociaux sur le territoire réunionnais lui permettent de se distinguer et lui offrent un avantage concurrentiel.

B) Les points faibles de notre établissement

a) Un EHPA non médicalisé

Les soins et les actes médicaux et paramédicaux sont pratiqués par des intervenants extérieurs, des libéraux. Nous ne disposons pas de plan de soin, les professionnels soignants libéraux ne partagent pas les données de façon automatique. Il est parfois difficile de suivre l'accompagnement au niveau de la santé et des soins prodigués aux résidents qu'ils considèrent comme des patients.

b) Une absence de DUI

Le dossier de l'usager ne comprend que de pièces administratives. Il est sous format papier. Aucun dossier usager informatisé n'a été déployé, ni de logiciel informatique dédié à l'accompagnement des résidents.

c) Une culture orale privilégiée

Rares sont les transmissions écrites. Les seules qui existent sont celles transmises par les infirmiers aux accompagnants, par exemple dans le cadre du renouvellement d'un

médicament à prescrire par un médecin, ou celles des religieuses accompagnatrices pour relater l'hospitalisation d'un résident, un comportement inhabituel ou la visite de sa famille. Ces transmissions sont exclusivement rédigées dans des petits cahiers au stylo.

d) Des ressources humaines peu qualifiées

Hormis le corps administratif, la plupart des professionnels sont des agents d'entretien ou auxiliaires de vie non diplômés, excepté l'AES que je viens de recruter. Néanmoins, ils bénéficient annuellement de formations ; mais le niveau scolaire est bas.

e) La résistance au changement des soignants libéraux

Il est difficile d'imposer des changements de pratique. En effet, ils n'ont pas de lien de subordination avec l'établissement.

f) Un parc informatique faible

L'EHPA ne dispose que de quelques ordinateurs dédiés à l'administration. Il ne bénéficie pas de support informatique, excepté ceux dédiés au secrétariat.

g) Un réseau Internet insuffisant

Le réseau Internet existe, mais il n'est pas optimisé pour une utilisation hors des bureaux.

h) L'absence d'une cartographie du SI

Le système d'information est obsolète. Aucun audit n'a été réalisé à ce sujet au sein de l'établissement, ni la moindre expertise.

En revanche, l'EHPA Maison de la Providence pourrait tirer avantage de certaines circonstances favorables pour s'améliorer.

C) Les opportunités existent

Les opportunités offertes actuellement sont nombreuses. Il s'agirait de les saisir.

a) Le Ségur de la santé

Il serait opportun d'anticiper le vieillissement de la population et d'offrir aux citoyens une plateforme de services coordonnés en santé pour anticiper les pertes d'autonomie de nos aînés afin qu'ils bénéficient d'un meilleur accès à la santé.

b) Le Programme ESMS numérique 2020-2025

Des appels à projets aux niveaux national et régional sont lancés. Les pouvoirs publics incitent les ESSMS à amorcer un virage numérique dans l'objectif de contrer les géants de la Toile comme les GAFAM, et ainsi conserver nos données sensibles en France. Ce

programme est dédié essentiellement à la mise en place ou à niveau d'un DUI en établissement interopérable avec les services socles : DMP, Ma Santé, INS, etc.

c) L'« ubérisation » de la société

Le numérique, la digitalisation, les services en ligne, Internet, etc. ; toute la société baigne aujourd'hui dans ce monde virtuel pourtant bien destiné à des choses réelles et concrètes.

d) Le développement de plateformes de coordination

Ces plateformes faciliteront la coordination des professionnels de Santé de la ville, des hôpitaux, établissements sociaux et médicosociaux, ou à domicile.

Ne pas saisir ces occasions serait fatal pour le devenir de l'établissement.

Par ailleurs, certaines menaces guettent notre EHPA.

D) Les menaces potentielles

a) L'incapacité financière

Il sera impossible à notre établissement d'autofinancer la transformation numérique une fois que la campagne de subvention sera achevée, d'où la nécessité de profiter de subventions en répondant aux appels à projets.

b) La rigidification de la réglementation du secteur médicosocial

La e-santé, le DUI, le DMP demeurent encore optionnels aujourd'hui, mais ils pourraient devenir obligatoires dans un futur proche. Si tout passe par le numérique, comme dans la plupart des services publics, est-ce que l'EHPA aura la capacité de se mettre à jour dans l'urgence ? Le risque d'une rupture serait très probable.

c) Le partage et la protection des données sensibles

Aujourd'hui et encore moins demain, nous ne pouvons plus faire abstraction de la sécurité, du respect des données personnelles ou de la santé. Le RGDP est devenu un sujet majeur, connaître et maîtriser son SI est primordial. Des établissements sanitaires et médicosociaux ont été victimes de pertes, de vols de données, de cyberattaques et de demandes de rançons ces derniers mois. Le risque d'une sanction de la CNIL à hauteur de 4 % du chiffre d'affaires est aussi un risque à prendre en considération.

d) La non-reconduction de l'agrément pour l'association

La non-conformité des outils dans l'accompagnement des résidents, comme celle du non-respect de la loi du 2 janvier 2002, pourrait causer un accompagnement non efficient, mal

adapté à l'utilisateur, qui pourrait causer une rupture de son parcours de vie, et entraîner ainsi une fin fatale à l'aventure de l'association Maison de la Providence.

e) *Le rejet du projet*

La non prise en compte de la dimension humaine, le non-accompagnement des équipes et le manque de communication peuvent faire échouer le projet.

De ces constats, je procède à une analyse stratégique.

2.3.5 Les orientations possibles à envisager

Personne, ni aucune organisation, ne peut rester figé dans le temps. Je pense que la réussite et la pérennité d'une organisation passe par un mouvement perpétuel, il faut sans cesse se remettre en question et évoluer. La société se transforme, il est impératif que l'EHPA évolue également. Des solutions existent : il s'agit de rester en veille, de mesurer les risques et de saisir les occasions favorables.

En considérant la matrice ci-dessous, en analysant les forces et faiblesses de l'établissement, en prenant en compte les occasions qui s'offrent à l'externe pour nous améliorer et les menaces qui pèsent sur nous si nous n'agissons pas, je pense qu'amorcer un virage numérique est un levier qui nous permettra de répondre à notre problématique. En effet, cette transformation numérique passera par le déploiement du DUI sur les trois sites.

Avant de consulter le conseil d'administration, j'ai réalisé deux prédiagnostics qui pourraient me guider pour mesurer les changements à effectuer, d'une part au niveau technique avec un audit du SI recommandé par l'ANAP, d'autre part pour évaluer l'intensité du changement et commencer à réfléchir à la mise en œuvre de plans d'action pour la conduite de la mutation. Trois axes d'orientations stratégiques sont possibles.

A) Passer de la culture de l'oralité à celle des transmissions écrites et à la culture numérique

Le dossier papier qui va se trouver sur un seul site, peut entraîner une perte d'information ou du moins un risque de perte d'information.

De la culture de l'oralité à la culture de l'écrit, et enfin à la culture numérique, il s'agit avant tout de se familiariser avec « la culture informationnelle », mais également avec « la maîtrise de l'information » (Masson, 2022).

Aujourd'hui, confronté aux exigences législatives et réglementaires, l'EHPA Maison de la Providence ne saurait se contenter d'une conformité administrative. Il se doit d'atteindre une conformité effective au bénéfice des résidents, ce qui passe par la promotion des droits

et libertés de la personne accueillie, la reconnaissance de l'utilisateur comme acteur de son parcours de vie, d'entamer une démarche d'amélioration continue de ses prestations et de se remettre en question. Étant garante du projet d'établissement fondé sur les valeurs associatives, il m'incombe, en tant que directrice, d'adapter la structure aux besoins des personnes accueillies en recherchant l'amélioration du service rendu.

Pour que l'établissement puisse s'engager dans une voie de profonde transformation, j'ai la responsabilité de conduire l'établissement vers le respect de la mission qui lui a été assignée dans le respect des politiques sociales. Il s'agit d'élaborer une stratégie de développement du projet d'établissement en opérant un virage vers la transformation numérique des établissements : passer du stylo à l'écran, et de la culture orale à celle de la transmission écrite.

B) Mettre en place une dynamique du parcours d'accompagnement à travers la co-construction du projet personnalisé.

Le projet personnalisé est un outil de coordination qui adapte la réponse à long terme aux besoins et attentes de la personne accueillie. En effet, chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins uniques que le professionnel doit intégrer dans le projet personnalisé d'accompagnement. Cette opération s'effectue dans une dynamique de co-construction entre les personnes accompagnées et les professionnels. Cette démarche permet d'éviter une approche standardisée, le contraire de la personnalisation. En effet, le législateur, à travers différents textes du Code de l'action sociale et des familles (CASF), recommande la participation de la personne accueillie à son projet d'accompagnement dans une dynamique de parcours.

La prise en compte des attentes et des besoins de la personne accueillie dans la démarche de projet personnalisé se réfère à la recommandation-cadre de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) sur la bientraitance¹⁸ et s'inscrit dans la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Le projet personnalisé atteste de manière formelle de la prise en compte des attentes et besoins de la personne accueillie (ou de son représentant légal). Il induit que chaque accompagnement soit individualisé et singulier, et qu'il se décline en une programmation de prestations ou d'activités individuelles ou collectives en cohérence avec les ressources de son lieu d'accueil. Il permet également d'inclure différents éléments du social et du médical.

Pour finir, qu'importe le lieu d'accueil, toute personne a des besoins et des attentes, aussi bien à l'égard des professionnels qu'envers la structure d'accueil. Ces attentes, qui peuvent

¹⁸ (La Bientraitance : Définition et Repères pour la mise en œuvre Recommandations de bonnes Pratiques professionnelles, 2008.)

être des souhaits, des envies ou des désirs, existent toujours. Le rôle des professionnels est d'écouter le résident et de construire avec lui son projet de vie. Ils vont devoir mettre en œuvre le projet personnalisé pour proposer un accompagnement de qualité respectueux et adapté à la particularité de la personne accueillie. Ce projet se veut en réalité un outil de coordination des actions de l'équipe d'accompagnement au sein de l'établissement, mais aussi des intervenants externes tels que les médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc. Il permet d'assurer un accompagnement individualisé dans le respect des habitudes de vie et des souhaits de la personne accueillie. Il aide enfin à définir l'ensemble des actions à mettre en place afin de maintenir ou développer la qualité des relations sociales et de retarder la perte d'autonomie ou son aggravation en prenant en considération les besoins, attentes et envies du résident. Ce projet personnalisé est ensuite réévalué au minimum une fois par an.

C) Déployer le DUI

Déployer un dossier usager informatisé sur les trois sites permet de prendre conscience de l'intérêt d'avoir un SI ou de le renforcer.

Durant une période de forte augmentation du numérique au sein des organisations, le déploiement d'un projet SI s'inscrit en réalité dans une stratégie plus globale de transformation numérique. Ainsi, le projet SI que je veux déployer s'appuie sur la stratégie de transformation numérique que je vais enclencher avec le déploiement du DUI.

2.3.6 De cette analyse ressortent des enjeux

A) Le premier enjeu vise la personne accompagnée

Il s'agit de mettre la personne accompagnée au cœur des échanges en facilitant l'accès aux soins et à l'accompagnement.

La transformation numérique est le premier levier permettant d'améliorer le service à la personne en déployant dans les trois structures le DUI (dossier usager informatisé).

Selon l'ANAP, le numérique apporte à la personne accompagnée et à son entourage une facilité de lien avec l'ensemble du secteur médicosocial. Il lui permet d'être davantage acteur de son parcours en créant de l'interactivité entre lui et les professionnels. Il améliore par conséquent la co-construction de son projet personnalisé ainsi que la prévention de la perte d'autonomie.

La répétition de son histoire auprès de chaque professionnel ou organisme tout au long de son parcours devient un poids pour bon nombre d'utilisateurs. Le numérique peut permettre la transmission des éléments essentiels, leur complétude et de garantir leur fiabilité dans le temps.

Ainsi, l'évaluation des besoins de l'utilisateur est nécessaire, mais connaître ses précédentes évaluations peut se révéler utile pour affiner son accompagnement.

En ce qui concerne l'accès à la santé, le numérique permet d'améliorer l'accès aux soins, notamment avec l'arrivée à la Réunion de la télémédecine.

B) Le deuxième enjeu cible les professionnels

Le numérique améliore les conditions de travail des professionnels en réduisant les temps administratifs et les actions récurrentes, attente régulièrement exprimée par les professionnels. Il contribue à l'attractivité et modernise les pratiques des équipes. La structure est finalement perçue par les salariés comme étant « dans son temps », porteuse d'innovation et exploitant au mieux les outils à sa disposition pour améliorer l'accompagnement des personnes et le travail des professionnels. Le numérique modernise le travail de ces derniers et est censé alléger leur quotidien en facilitant la coopération entre les acteurs. Il améliore également les pratiques, tout en sécurisant les professionnels. Il évite les récurrences.

C) Le troisième enjeu porte sur la communication et la coordination

Le numérique constitue un support d'échange entre les professionnels. Il permet de fluidifier la communication au sein d'une structure, d'un ensemble de services, mais aussi avec l'extérieur (autres professionnels, personnes accompagnées, etc.), dont le secteur hospitalier et les professionnels exerçant en ville. Il permet la traçabilité de l'information et sa fiabilisation, il améliore la qualité des échanges et prévient les ruptures de prise en charge ; en outre, il est sécurisant pour le professionnel, notamment en raison de la traçabilité des actions menées. Il permet notamment des passerelles dans le domaine de la santé.

Il facilite la coopération entre les professionnels entourant la personne accompagnée. Il affecte donc la qualité de la prise en charge, des parcours, et facilite l'implication de l'utilisateur.

D) Le quatrième enjeu cible les évaluateurs

Les contenus informatisés sont exploitables et peuvent fournir à l'équipe de direction des indicateurs fiables de pilotage de la structure. Ils constituent également des éléments de preuve auprès des autorités de tarification et de contrôle pour justifier de l'activité réalisée et de son adéquation avec les besoins de la personne accompagnée.

Au-delà de ces éléments statistiques, les données peuvent être utilisées pour des prévisions, mais aussi afin d'apporter des éléments pour les prises de décisions quotidiennes.

À mon sens, la mise en place progressive de l'interopérabilité permettrait à la structure de recevoir et transmettre de façon fluide des informations en amont, en aval, et pendant la prestation d'accompagnement de la personne. Elle permettrait également la coopération entre les structures.

Dans cet écosystème en interaction de plus en plus forte, la présence numérique de la structure devient un enjeu d'existence à long terme. Globalement, le numérique permet donc de valoriser les professionnels, l'équipe de management, ainsi que la structure.

À partir des éléments obtenus lors du diagnostic et de son analyse, je préconise d'orienter le projet d'établissement autour des trois axes majeurs présentés précédemment.

Un levier stratégique est l'occasion, associé à des relations clés, de me mettre en marche vers ma vision et mes objectifs.

Le programme ESMS numérique permettrait :

- Pour le professionnel, d'être équipé d'outils modernes, en sécurité et d'acquérir de nouvelles compétences.
- Pour la directrice, de moderniser l'établissement, de s'adapter aux besoins des salariés et en parallèle de fiabiliser les processus.
- Pour l'utilisateur, de bénéficier d'une correspondance plus moderne et d'informations à jour, et d'être acteur de sa santé.

A partir de cette analyse stratégique, un plan d'actions est mis en place pour déployer le DUI et ainsi enclencher la transformation numérique de l'établissement.

3 Déployer le DUI et conduire le changement

Ce projet revêt une double dimension : celle de la technique, de par la préparation relative au système d'information (SI), le choix du logiciel, le câblage des structures, la réponse à l'appel à projet également, et celle de la dimension managériale, puisqu'il s'agit d'amener des personnes à travailler autrement, à revoir leur pratique. Mais avant de présenter ma démarche pour mener à bien ce projet, il est bon de réexaminer le contexte.

3.1 Le rappel du contexte

L'EHPA Maison de la Providence est répartie sur trois zones géographiques différentes avec structures habilitées pour un total de 102 résidents (32 à la Saline les Hauts, 12 à la Chaloupe St Leu et 58 à Saint-Pierre). Ce sont des petites structures sans siège social. Elles sont régies par un conseil d'administration qui n'a pas forcément une appétence pour le numérique. Aujourd'hui, ces structures ne sont pas dotées d'outils informatiques et donc pas de dossier usager informatisé.

L'analyse de la situation des trois EHPA gérés par l'association Maison de la Providence fait apparaître des forces, mais aussi des faiblesses. Même si les menaces sont bien présentes, les occasions existent. De mon point de vue de directrice, ces établissements au fonctionnement atypique n'ont pas d'autre choix que d'évoluer ou de transformer leurs pratiques s'ils ne veulent pas une fin qui serait regrettable, et ce, pour plusieurs raisons :

3.1.1 Un public aux besoins évolutifs

Le public accueilli change. Les profils sont différents de ceux du passé. Les résidents ont un degré de dépendance plus élevé.

Leurs motivations pour entrer en maison de retraite changent également. La plupart des personnes font le choix d'entrer dans l'établissement pour s'éloigner de la solitude et viennent rechercher un « chez soi » accompagné et en sécurité.

3.1.2 Des politiques sociales adaptées à l'évolution démographique

La tendance est au virage domiciliaire et au « bien vieillir ». Les politiques publiques privilégient désormais la prévention et préconisent l'adaptation de la société au vieillissement (Loi ASV). La stratégie du Bien vieillir entend mobiliser tous les leviers en sa disposition pour préparer et adapter la société au vieillissement de la population et à la grande transition démographique. Le discours change également : la vieillesse n'est plus une charge mais une chance pour les familles d'avoir plus générations réunies.¹⁹ Il s'agit pour le gouvernement de faire de la vieillesse une véritable question de société.

¹⁹ (Préparer la France de demain, ajouter la vie aux années- Stratégie « Bien Vieillir », 2023)

3.1.3 D'une logique de place à une logique de parcours

L'accompagnement des personnes âgées en établissement change également, passant d'une logique de place à une logique de parcours. Chaque personne accueillie fait alors l'objet de la construction avec l'utilisateur d'un projet en fonction de ses attentes et de ses besoins. Ce projet individualisé, qui a pour objet de mieux garantir le respect des droits et la participation de la personne accompagnée, fait partie du dossier usager, qui n'est pas un simple dossier administratif, mais bien un dossier de suivi et de partage d'informations. Un outil qui nécessite de passer de l'oralité à l'écrit. Aujourd'hui, l'État encourage vivement les établissements à informatiser ce dossier. Pour la CNSA, « le cœur du métier des ESSMS est l'accompagnement des publics fragiles ; informatiser le cœur de métier des ESSMS, c'est informatiser le dossier de l'utilisateur ».

3.1.4 Le DUI, élément clé pour accélérer le virage numérique

Le DUI est présenté comme un élément clé du « Programme ESSMS numérique » et le plan « Établissement et services médico-sociaux numériques » ambitionne de généraliser un dossier usager informatisé dans les structures.

Il offre de multiples bénéfices :

- Il centralise l'ensemble des informations relatives aux personnes âgées et à leur parcours de santé et de vie, que ce soit dans les dimensions administratives, d'accompagnement ou de santé ;
- Il permet de mieux construire et de suivre le projet personnalisé de la personne, d'éviter les ruptures en cas d'évolution des besoins, de changement d'établissement médico-social, de retour à domicile ou d'hospitalisation. Il permet également à l'utilisateur d'évaluer les services rendus et d'être un acteur de son propre parcours.
- L'information du dossier de l'utilisateur s'inscrit dans une logique d'amélioration de la qualité des services et des soins délivrés aux personnes accompagnées. Elle améliore la traçabilité et la transmission des informations, dans le respect des normes de sécurité et fait gagner du temps aux professionnels concernés.
- C'est un outil de suivi et de partage d'informations entre les professionnels (médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux), le DUI est aussi un support d'échange avec les accompagnants (famille, aidants). Les informations peuvent être complétées par les professionnels des structures ou du soin, la personne elle-même ou son proche. Pour échanger avec d'autres systèmes, le DUI doit être interopérable et communicant.

3.1.5 Le programme ESSMS numérique 2020-2025 : un financement inédit de la puissance publique

Le programme pluriannuel ESMS numérique 2022-2025 a pour objectif d'équiper les ESSMS d'un DUI interopérable et communicant d'ici 2025 et d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans leur virage numérique.

L'objectif de ce volet numérique du Ségur dans le secteur médico-social vise à accélérer la transformation numérique et à améliorer la qualité des systèmes d'information déployés dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) qui relèvent de l'article L.312-1 du Code de l'Action sociale et des familles.

Dans ce programme régi au national par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en lien avec la Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS) et mis en œuvre par les Agences régionales de santé (ARS), les établissements sont encouragés à se regrouper en « grappe » de minimum 8 ESSMS pour l'île de la Réunion pour déposer un dossier de réponse aux appels à projets. Localement, l'ARS La Réunion pilote le programme ESMS numérique et GRADeS GCS Tesis apporte un soutien au pilotage et une expertise technique.

3.2 Faire le choix du numérique et du dossier usager informatisé

Le numérique se révèle comme l'un des moyens pour améliorer l'accompagnement des personnes accueillies tout en améliorant les pratiques des professionnels grâce à des systèmes d'informations éthiques, interopérables et sécurisés. Il devrait faciliter la transformation du secteur au bénéfice des personnes que l'établissement accompagne et des professionnels.

Décider de prendre le virage numérique, c'est faire le choix d'agir tant qu'il est encore temps en anticipant, plutôt que de subir le changement. Ce virage doit marquer un « tournant » dans la vie de l'EHPA Maison de la Providence. Quant à l'expression « transformation numérique », elle évoque parfaitement la conversion, le changement de modèle avec un objectif d'amélioration.

3.3 La conduite du projet, une succession de petites étapes

L'EHPA Maison de la Providence se trouve dans le cas de figure des ESSMS qui ne sont pas équipés de DUI aujourd'hui et qui doivent en acquérir un. Le seul programme de financement qui nous concerne à ce stade est « ESSMS Numérique 2020-2025 ».

Pour positionner l'EHPA Maison de la Providence, il me faut répondre à l'appel à projets ESMS numérique 2023 publié sur le site de l'ARS La Réunion. Il me faut également me constituer en grappe avec idéalement 8 ESSMS.

12 janvier 2023 : je prends contact avec la chargée du projet SI Santé de l'ARS Réunion pour obtenir des informations sur l'appel à projet « ESSMS numérique », l'appel à projet étant également destiné aux structures qui sont sous la seule autorité du Conseil départemental. Un premier échange a lieu autour des leviers financiers existants pour pouvoir s'équiper d'un dossier usager informatisé.

C'est dans ce contexte que l'Association Maison de la Providence a rejoint un groupement d'établissements du Grand Age, dont le GCS TESIS est coordonnateur de projet. Il est décidé de déposer un projet dans le cadre du programme ESMS Numérique **le 31 mai 2023**.

Le Comité de sélection a favorablement reçu le projet **le 13 juin 2023**. En synthèse, l'ARS La Réunion s'engage à allouer des subventions d'un montant de 75 000 euros répartis en 42 000 euros pour l'acquisition et 33 000 euros pour les équipements à l'association Maison de la Providence.

En contrepartie, l'Association Maison de la Providence s'engage à informatiser le dossier usager et garantir la mise en conformité au cadre technique du virage du numérique en santé (intégration des référentiels et services socles) d'une solution de gestion des DUI. La Maison de la Providence et les autres structures du territoire engagées ont choisi le logiciel Netsoins de l'éditeur Teranga pour informatiser le Dossier unique des usagers accompagnés.

3.3.1 Organisation des réunions

27 février : Réunion de cadrage

Quel est le ressenti suite à la réunion de cadrage ?

6 mars : Réunion de gestion des risques

- Gestion des risques sur le suivi de projet : 3 risques sont définis (Contacter l'éditeur a pour conséquences la perte d'information pour la grappe d'établissements et consommation gestion de projet/ la mauvaise gestion des comptes utilisateurs et profils de droits associés/ manque de maturité informatique (process, système d'exploitation, etc.) ;
- Reprise de données : 3 risques (Hébergement des données chez l'éditeur non accessible par Teranga / Retard des reprises de données et format non pris en charge Teranga, report des formations/ La disponibilité des ressources techniques) ;

- Formation : 3 risques (Constitution des groupes, absence de communication interne, préparation à la formation/ Format hybride non accepté, ce sera soit du présentiel soit à distance/ Adaptation des trames de formations trop importante).

14 mars : COPIL n°2

Equipe projet,

Interlocuteur cybersécurité, incident en production, matériovigilance, RGPD,

Interlocuteur reprise de données

Présentation du logiciel

Réunion de suivi.

20 mars : Validation des dates de formation et rétroplanning

Planning formation,

Accompagnement TESIS sur le sous-projet : Equipement / Conduite du changement

Contractualisation ANS

Choix MSSanté.

11 juillet 2024 : COPIL n°3

Point budget

Préparation des usages MSS et DMP

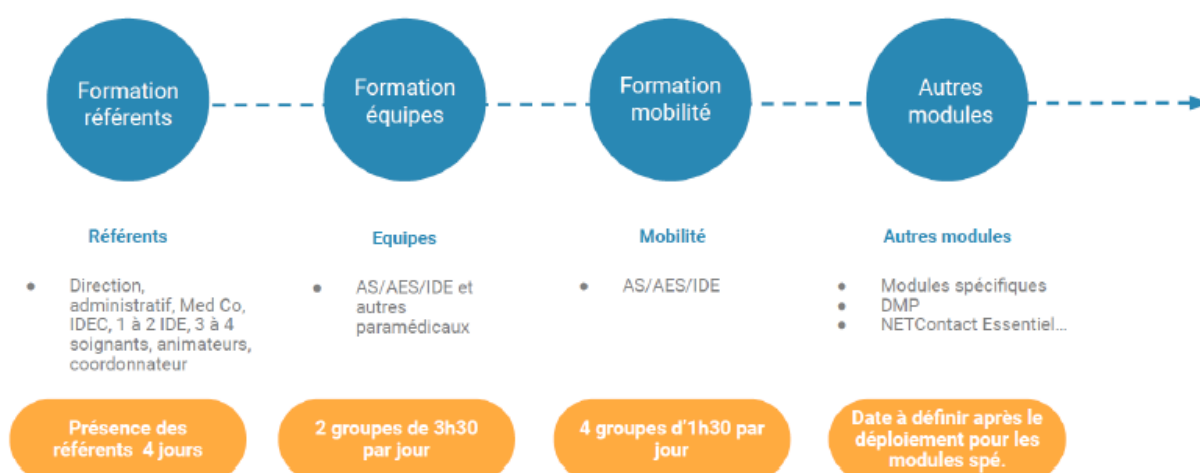
Rétroplanning des actions à réaliser

3.3.2 Les formations du personnel

La formation des professionnels a débuté le 11 juin 2024. Elle s'est prolongée sur toute la semaine.

98 % des professionnels tout corps de métiers confondus se sont inscrits sur la base du volontariat aux sessions de formation programmées par l'éditeur Teranga : auxiliaires de vie, agents polyvalents (ménage, bâtiment, cuisine), administration, infirmiers libéraux et deux médecins.

2 Organisation Formation NetSoins



	EHPAD Astéria	Accueil de l'Est	V3A	Miséricorde	Foyer de la Clémence	Foyer du Sacré Coeur	Notre Dame de la Paix
Référents 4j	Du 3 au 6 juin 4j		Du 17 au 20 juin 4j	Du 3 au 5 juin 3j	Du 10 au 12 juin 3j		
Equipe 3h30 par groupe	Du 11 au 13 juin 3 j 7 juin 1j + 4 j (référents)		Le 21 juin et du 24 au 26 juin 4j	6 juin 1j	Du 21 au 24 juin 1,5j	Du 17 au 19 juin 3j	13 juin matin 1j
Equipe soirée 16h30 à 20h					24 juin 0,5j	19 juin 0,5j	13 juin 0,5j
Mobilité 1h30 par groupe	14 juin 1j 10 juin 1j		27 juin 1j	7 juin 1j	25 juin 1j	20 juin 1j	14 juin 1j
DMP à distance	À planifier quand prérequis en place 2h	« »	« »	« »	« »	« »	« »
Module Spécifique	A définir 1j	« »	« »	« »	« »	« »	« »

Source 9 - Copil 2 - CGS Tesis

3.3.3 La gouvernance du projet

Le GCS TESIS est le porteur du projet. Plus précisément, il est le destinataire des fonds publics versés par la Caisse des dépôts dans le cadre du projet ESMS Numérique.

Il pilote et exécute l'ensemble des tâches administratives consécutives à ce projet. Il constitue d'ailleurs l'interlocuteur privilégié de l'ARS : il organise les comités de pilotage, s'assure de la bonne exécution du contrat avec l'éditeur et s'assure de la bonne exécution des actions du projet.

3.3.4 Approche et comitologie

Le projet est composé de quatre sous-projets d'acquisition dont un renouvellement de DUI. Ces sous-projets ayant une complexité et une temporalité différentes, le découpage en sous-projets a un impact sur la comitologie du projet.

La gouvernance stratégique se fait donc dans le cadre de l'instance Comité Projet ESMS Numérique (PROROJ). Il est constitué des directeurs des organismes gestionnaires. Le groupe se réunit tous les mois et assure le pilotage stratégique du projet. Il a pour mission de suivre et valider les décisions tout au long de la vie du projet.

Un Comité opérationnel par organisme gestionnaire (OG) est aussi mis en place afin d'accompagner de manière plus spécifique les structures impliquées dans le projet. Il se réunit une fois par mois. Il est constitué des chefs de projets des organismes gestionnaires ESMS. Un comité Communication constitué des référents « communication » et « formation » des OG est mis en place afin d'aborder le plan de communication. Ils se réunissent une fois tous les trimestres.

Le projet est découpé en deux sous-projets : Projet d'équipement et projet d'acquisition.

A) Les rôles et responsabilités

L'équipe projets est essentiellement composée des directeurs de chaque organisme gestionnaire. En tant que directrice générale de l'Association Maison de la providence et en même temps directrice des établissements, je fais partie de l'équipe projet.

Le Comité de pilotage, lui, s'assure du bon déroulement des opérations en fonction des objectifs généraux et entretient une dynamique au sein des différents acteurs impliqués.

Le chef de projet est la personne chargée de mener à bien un projet et de veiller à son bon déroulement. Il est chargé d'animer l'équipe projet, et est garant de l'avancement normal des actions entreprises.

B) Les ressources mobilisées :

Le projet est transversal et nécessite l'implication de tout ou partie des professionnels en fonction du sous-projet : Directions des organismes gestionnaires, Direction des Établissements, Professionnels « métiers », Professionnels administratifs et juridiques service informatique.

3.3.5 Évaluation et indicateurs de suivi du projet

Afin de financer l'acquisition du logiciel et du matériel informatique, chaque établissement doit démontrer l'utilisation par ses équipes du logiciel NetSoins (ou DUI). La participation de tous est essentielle pour atteindre les indicateurs suivants sur les mois de septembre, octobre et novembre 2024 :

- 90 % des personnes accompagnées devront avoir un dossier comprenant des événements reliés aux objectifs du projet personnalisé.
- 70 % des personnes accompagnées auront un document sur leur espace santé, alimenté par la structure, et un échange réalisé avec un autre professionnel par Messagerie Sécurisée de Santé.

3.3.6 Le coût prévisionnel du projet de transformation numérique

Les dépenses prévisionnelles sont basées sur une estimation et ne tiennent pas compte des éventuelles dépenses supplémentaires.

Un suivi budgétaire est réalisé et la grappe arbitre sur les dépenses réelles à effectuer.

Il est prévu dans le cadre du projet l'utilisation de l'enveloppe Usages à des fins d'accompagnement aux usages. J'ai ciblé les actions de communication (Newsletter, webinaire, vidéos) et des formations. L'enveloppe estimée est de 21 000 euros et correspond à l'addition des enveloppes d'usages que les ESMS peuvent bénéficier.

7 Tableau synthétique des dépenses

Nom de l'OG	Numéro FINESS EJ	Nom de l'ESMS	Catégorie de la structure	Numéro FINESS ET	Type de projet	Enveloppe envisagée	Montant cible
MAISON DE LA PROVIDENCE	970411872	EHPA MAISON NOTRE DAME DE LA PAIX	EHPA	970406948	Acquisition	Acquisition	14 500 € *
						Usages	7 000 €
						Équipement	20 000 €
		EHPA FOYER DE LA CLEMENCE	EHPA	970431144		Acquisition	14 500 €
						Usages	7 000 €
						Équipement	20 000 €
		EHPA FOYER DU SACRE COEUR	EHPA	970431151		Acquisition	14 500 €
						Usages	7 000 €
						Équipement	20 000 €
Pilotage						38 400 €	
TOTAL							162 900 €

Source 10 - Copil 2 Grappe APA

3.3.7 Le coût RH :

Une charge non négligeable est à prévoir au sein des associations et ESMS, notamment sur les actions suivantes :

- Enregistrement des professionnels dans l'annuaire RPPS+
- Formalisation des procédures internes aux structures ;
- Charges pour le personnel du service informatique ;
- Charges pour les professionnels pour leurs participations aux ateliers.

Ces coûts ne sont pas pris en charge, mais seront estimés en fin de projet.

3.3.8 Le financement

Dans les forfaits de base, sont prévus trois types de financement par Finess géographique :

Pour l'acquisition des dossiers usagers informatisés : 14 000 euros

L'usage : 7000 euros (Prestation de formation, conduite de changement, sensibilisation aux usages du DUI...)

Les équipements informatiques : 20 000 euros.

3.4 Le déploiement

Il est découpé en plusieurs phases :

- Lancement du marché,
- Sensibilisation des professionnels
- Identification des professionnels habilités pour l'échange et le partage de données de santé
- Atelier « Pratiques et impacts »
- Contractualisation avec l'ANS et commande des matériels associés
- Contractualisation avec l'éditeur du DUI,
- Installation du DUI
- Formations
- Accompagnement et suivi des usages

Le pilotage est assuré par un chef de projet du GCS TESIS.

3.5 Mesurer les risques avant de se lancer dans le pilotage du projet

Avant d'engager l'établissement dans le processus de transformation numérique, je prends le temps d'évaluer les risques relatifs au déploiement du DUI. Ils sont au nombre de quatre :

A) Un risque financier

Répondre à l'appel à projet de l'ARS permet à l'établissement de recevoir les fonds pour financer le projet. Cependant, il faut retenir le fait que 50 % des sommes engagées sont remboursées au lancement du projet, mais que les 50 % restants ne le seront que si et

seulement si les taux d'usage sont atteints à la fin de la période d'évaluation. Le risque d'une perte financière est tout de même bien présent.

B) Un risque sécuritaire

Nous ne disposons d'aucune expertise ni expérience en matière de cybersécurité. Le risque de perte ou de vol de données est possible. Nous pourrions nous appuyer sur l'accompagnement des experts du GCS TESIS et du GRADeS, mais il faudra tout de même envisager d'entreprendre une démarche à moyen/long terme. Peut-être envisager de participer au programme CaRE ; un tout nouveau programme dédié à l'accompagnement des établissements de santé face au risque cyber. À voir si les établissements sociaux et médico-sociaux de La Réunion sont également visés par ce programme.

C) Un risque humain

L'accompagnement au changement sera primordial. Dans un établissement où l'innovation n'a pas souvent sa place, où les habitudes et l'expérience ont une grande place, il me faudra dans un premier temps évaluer l'intensité du changement, recenser et comprendre les populations impactées pour enfin préparer et structurer l'accompagnement du changement.

D) Un risque technologique

La crainte de sous-évaluer les équipements nécessaires au déploiement du DUI (logiciel, tablettes, PC, wifi, câblages, lecteur carte CPS, etc.) me pousse à faire appel aux ingénieurs et techniciens de GCS TESIS pour leurs compétences. Ils nous accompagnent sur ce projet de déploiement de DUI. Il serait dommage d'investir dans des équipements et de constater par la suite qu'il manque du matériel pour que l'usage soit efficient. D'ailleurs une évaluation des équipements qui composent le SI des structures de l'EHPA Maison de la Providence me semble nécessaire.

3.5.2 L'accompagnement du Groupement de Coopération Sanitaire TESIS (GCS TESIS)

TESIS est le Groupement Régional d'Appui au Déploiement de l'e-santé (GRADeS) Océan Indien. En région, le GRADeS est l'opérateur préférentiel de l'ARS pour l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie régionale d'e-santé dans une logique d'engagements réciproques.

Le GCS TESIS accompagne les professionnels de santé et du secteur médico-social de La Réunion dans la transformation numérique de leurs métiers. Il s'agit d'une organisation de santé publique à but non lucratif, détenue et gouvernée par les acteurs de la santé et du médico-social de la Réunion. Financée par l'ARS Réunion, elle développe depuis vingt ans

des services e-santé pour faciliter et sécuriser la communication des informations médicales dans les territoires et aide les établissements à s'adapter de manière sereine aux nouvelles pratiques du numérique avec pour objectif d'offrir les moyens aux professionnels de mieux accompagner et protéger la vie privée des usagers.

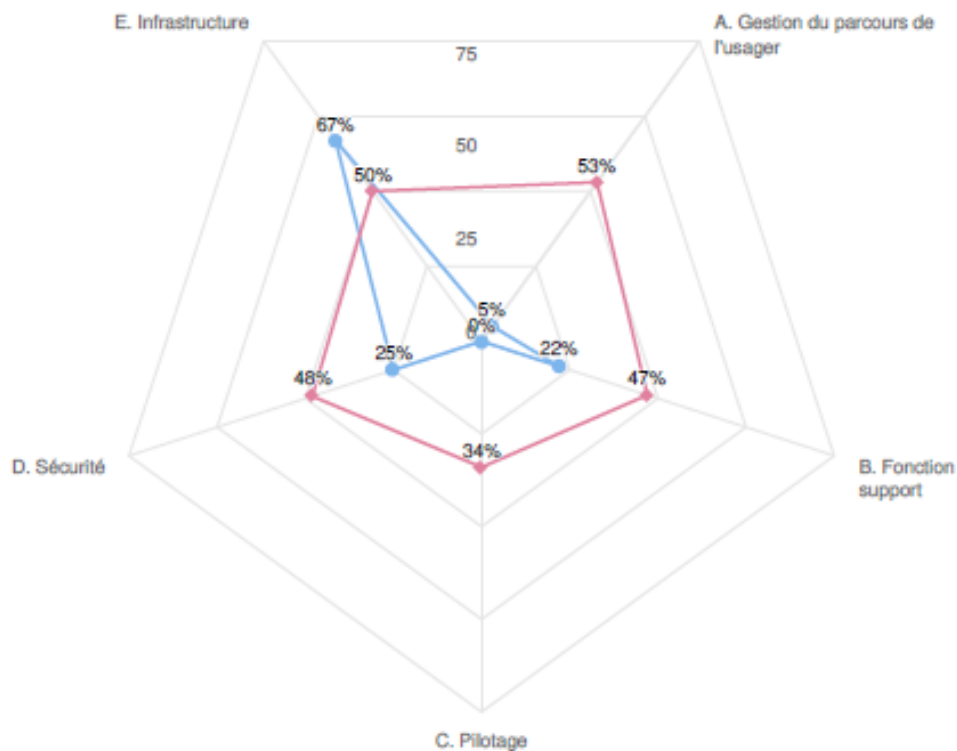
3.5.3 Auto-évaluation de la maturité du SI

L'ANAP préconise aux directeurs d'établissements d'une part de comprendre les notions liées au système d'information, puis de faire le point de la situation du SI de sa structure. Ainsi, après avoir réalisé l'autodiagnostic mis à disposition par l'ANAP, les résultats parlent d'eux-mêmes. Sur la synthèse globale, l'établissement obtient un score de 25/100, soit un niveau faible comparé au 45/100 du score national qui est un score jugé moyen. Au niveau de la gouvernance et de la stratégie menée par l'établissement, la note est toujours faible avec un score moyen de 34/100 contre 39/100 au national. Quant à la capacité de déployer un SI, elle est de 5/100 comparé au score national moyen de 38/100. En revanche, sur la partie consacrée au niveau de la maîtrise des services numériques et techniques, nous obtenons un score de 67/100 contre 50/100 pour le national.

3 Extrait du résultat de l'Autodiagnostic

ous forme d'un radar) :

Télécharger le graphique



Source 11 - ANAP

Score Score national

Par rapport aux résultats sortis de l'autodiagnostic, un plan d'action personnalisé m'est proposé : ainsi, en ce qui concerne la maturité globale du SI, il m'est conseillé d'élaborer une feuille de route SI qui sert à la fois de catalogue des grands projets d'évolution du SI à conduire dans les années à venir, mais également de repère pour les prises de décisions concernant le SI, dans la mesure où il décrit la cible organisationnelle vers laquelle tendre. D'autre part, il m'est vivement conseillé de consulter le kit de déploiement d'un DUI réalisé par l'ANAP.

3.5.4 Les risques d'un SI non conforme

Le risque est d'abord un risque financier. Si l'établissement ne respecte pas le RGPD, il risque une amende de 4 % de son chiffre d'affaires. Mais le risque porte aussi sur l'image, la notoriété de l'EHPA. Tout avertissement ou sanction de la CNIL aurait un impact médiatique négatif. Enfin, un professionnel aura plutôt tendance à choisir l'entité qui respecte la loi et protège ses données personnelles et celles des personnes accueillies.

3.6 La conduite du changement

L'introduction de ce nouvel outil est prise en réalité dans des jeux d'acteurs qu'il fait évoluer en créant des « zones d'incertitude ».

L'ANAP préconise de lancer la démarche de la conduite de changement au travers de quatre phases :

- Mesurer : l'objectif étant d'évaluer l'intensité du changement ;
- Organiser : recenser et comprendre les populations impactées par ce changement, préparer et structurer l'accompagnement du changement ;
- Vivre : donner du sens pour réussir le lancement, mobiliser et adapter son accompagnement et piloter la dynamique ;
- Évaluer : tirer des enseignements.

Ce virage numérique, même s'il ne porte que sur un outil et sur quelques personnes concernées par l'accompagnement des résidents, a pour conséquence un changement organisationnel qui se caractérise par des modifications observables portant sur différentes dimensions : les règles et les méthodes de travail, les structures formelles de l'organisation, les pratiques professionnelles, les comportements relatifs au travail quotidien, les communications entre individus et entre services, les modalités institutionnelles d'information et de communication, les interactions et les régulations entre acteurs, les représentations par rapport au travail et à l'organisation même et les attitudes par rapport au changement.

3.6.1 Cadrage du périmètre du projet d'accompagnement au changement

Il s'agit pour moi d'identifier l'exhaustivité des acteurs et les impacts sur chaque population, de mettre à jour la carte des partenaires et la stratégie des alliés, de valider les actions auprès de l'équipe pilote du projet, puis de réaliser un plan de communication et un plan de formation.

En parallèle, il me faut redéfinir précisément le planning avec les équipes, les ressources, la gouvernance, la communication, le risque, la qualité, puis établir un plan d'action intégrant les actions de conduite du changement.

3.6.2 Pour réussir le changement, il faut accompagner la conduite du changement

Les professionnels des structures doivent être accompagnés pour qu'ils s'approprient le logiciel et atteignent les cibles d'usage. Outre les formations au démarrage, j'ai aussi prévu un accompagnement durant 6 mois, qui sera financé via les enveloppes « usages ».

Cet accompagnement sera de deux ordres :

- Un accompagnement au quotidien pour suivre les professionnels dans leur utilisation du DUI et les (re)former si nécessaire ;
- Une sensibilisation des professionnels à l'utilisation des référentiels et services socles.

3.6.3 Évaluer l'intensité du changement

L'ANAP propose un outil de prédiagnostic pour aider les directeurs à mesurer l'intensité du changement.

8 - Pré diagnostic Conduite du changement

		Faible	Moyen	Fort
Organisation	Y a-t-il de nouveaux modes opératoires à suivre (process, enchainement des tâches) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Y a-t-il une évolution du rythme de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Y a-t-il une évolution du niveau de responsabilité des collaborateurs impactés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Y a-t-il une évolution en termes de maîtrise de l'information ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Métier	Y a-t-il une évolution des tâches quotidiennes ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Y a-t-il une suppression ou création de nouveaux métiers ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Y a-t-il de nouvelles connaissances et compétences à acquérir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Le poste de travail évolue t-il ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outils	Les outils évoluent-ils ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Les outils, notamment informatiques sont ils remplacés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Certaines activités sont-elles automatisées ou informatisées ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les indicateurs de performance et de résultat évolueront-ils ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Culture	Le changement va-t-il remettre en cause la culture d'entreprise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Le mode d'animation d'équipe va-t-il évoluer ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Y a-t-il des changements d'interlocuteurs ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Y a-t-il un changement de posture attendu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Somme des impacts	
Techniques	3,33
Humains	2,8

Impact Fort

Source 12- ANAP

Pour chacune des dimensions, il s'agit de répondre à la question par Faible, Moyen ou Fort. On obtient alors une évaluation des impacts technique et humain. L'accompagnement sera d'autant plus spécifique et important que le positionnement sera dans le quadrant en haut à droite. Simple, elle porte quatre dimensions : organisation, métier, outils et culture.

Ce diagnostic me donne une meilleure vision de l'investissement en temps et en moyens que je dois faire pour réussir ce projet. Il permet d'évaluer l'intensité des enjeux humains

sur le projet de transformation, puis de commencer à identifier les premières zones de risques et les enjeux d'accompagnement.

3.6.4 Organiser l'accompagnement au changement

Dans cette étape, je recense et j'essaie de comprendre les populations qui seront impactées par le changement. L'objectif étant de préparer et structurer l'accompagnement du changement.

3.6.5 Les conditions de succès d'une dynamique de changement

L'objectif de la dynamique du changement est de créer un processus positif centré sur la désirabilité du changement et ses facteurs de succès.

Dans le cadre du changement organisationnel, la communication est considérée comme un moyen pour légitimer le changement et stimuler l'accord des employés.

Il est primordial que j'implique les collaborateurs concernés dans sa construction pour que chacun s'approprié la démarche. J'informe régulièrement sur l'avancée du programme.

Je prévois des délais réalistes. J'élabore un document simple, clair, opérationnel.

3.6.6 L'identification des forces en présence durant la période de changement

Je peux identifier cinq grands types de comportements face aux changements selon le de l'implication ou de la prise d'initiative ou de l'antagonisme, c'est-à-dire selon la perception du projet :

- Les militants : ceux qui sont prêts à se lancer, ils attendent les directives ;
- Les passifs : une partie des gens silencieux qui ne s'intéresse que très peu au projet ;
- Les déchirés : ce sont ceux qui sont attachés à leur établissement et s'opposent au projet en prévenant les autres acteurs ;
- Les Révoltés : ils n'adhèrent pas au projet proposé.

En identifiant les forces en présence, je ne cherche pas à écarter les résistances, mais à adapter ma stratégie.

Il me faut des administrateurs locaux (2 à 3 professionnels en charge d'appliquer le paramétrage) et des référents (8 à 10 personnes diffusent les bonnes pratiques auprès des collègues, finalisent la mise à jour des dossiers post-formation).

3.6.7 La communication interne, le nerf de la guerre

Le plan de communication est instruit lors de la phase de cadrage avec toutes les parties prenantes. Des chantiers sont identifiés autour d'une newsletter en envoi mensuel pour donner de la visibilité sur le projet et les services socles du SEGUR avec pour objectif

d'informer et se sensibiliser les professionnels de terrain, d'actions spécifiques sur le chantier RPPS, d'affiches, de gazettes. Une série de 5 webinaires est également proposée aux équipes pour approfondir les connaissances et partager l'expérience d'autres structures médico-sociales.

4 - Parlons Numérique en santé spécial médico-social



Source 13- GCS TESIS

J'ai pris la décision de mener une communication stratégique à chaque étape du projet :

- Une communication mobilisatrice pour expliquer le pourquoi du changement ;
- Une communication explicative qui explique le comment du changement ;
- Une communication sécurisante pour expliquer aux professionnels le processus du changement ;
- Et à la fin du projet, une communication gratifiante qui montre le chemin parcouru.

L'idée est de sensibiliser l'ensemble du personnel dès le départ dans l'ensemble des établissements de manière progressive. D'abord, lors des réunions institutionnelles durant lesquelles il s'agissait pour moi de donner du sens dès le départ à l'utilité de cette transformation numérique.

Il faut passer beaucoup de temps à expliquer, à donner du sens à l'information que je donne, la majorité de nos professionnels étant loin du numérique.

Il me faut aussi dans un premier rédiger le document d'annonce en communiquant la vision, les objectifs et les actions à venir aux acteurs, puis commencer les actions de formation ou d'acculturation pour enfin capitaliser sur les gains et ancrer les pratiques. Et continuer le cycle de mise en place des actions jusqu'à la fin du plan d'action.

Pour ce faire, deux supports de communication ont été réalisés en collaboration avec une consultante spécialisée dans l'accompagnement au changement : une affiche de lancement envoyée aux intervenants libéraux en externe et une gazette que j'ai distribuée aux salariés lors d'une seconde réunion. En appui, l'experte en accompagnement du

changement est venue dans l'établissement m'épauler avec une réunion dédiée à la catégorie des « révoltés » et des « déchirés ». La communication a été soutenue à travers l'oralité.

3.6.8 Rétroplanning

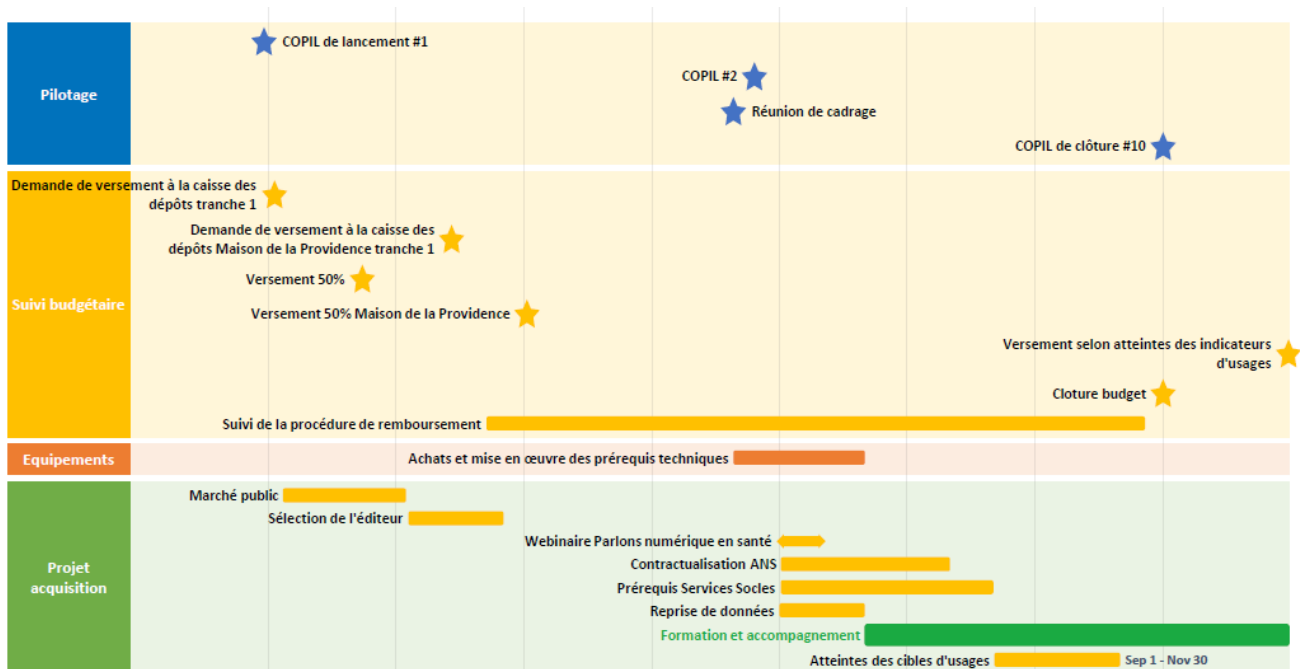
9 - Plan d'actions à réaliser

Acteurs	Tâches	Echéance prévue
DSI ou Prestataire informatique	Vérifier les prérequis d'installation	J-2/3mois
DSI ou Prestataire informatique	Commander le matériel (tablettes, lecteurs CPS...)	J-2/3mois
Direction / Cadres (de chaque établissement)	Sensibiliser les médecins traitants & Intervenants extérieurs au déploiement du logiciel et au changement des pratiques (accès extérieur etc.)	J-2/3mois
Direction / Cadres (de chaque établissement)	Sensibiliser les professionnels au déploiement et au changement des pratiques (traçabilité au sein du logiciel, utilisation de la mobilité etc.)	J-2/3mois
Direction établissement	Indiquer les dates préférentielles de formation et renvoyer les conventions de formation signées une fois les dates fixées	J-2mois
Interlocuteur(s) projet client	Si interface pharmacie : transmettre à adv@teranga-software.com les noms et coordonnées de la pharmacie de chaque établissement	J-2mois
Interlocuteur(s) projet client	Si interface laboratoire : transmettre à adv@teranga-software.com les noms et coordonnées du laboratoire de chaque établissement	J-2mois
Interlocuteur(s) projet client	Transmettre à adv@teranga-software.com les noms et coordonnées du professionnel en charge de la validation de la 1ère reprise de données pour chaque établissement	J-2mois

Source 14 - Copil 3 - GCS Tesis

Le déploiement au final se fait sur une courte période de deux. Les difficultés d'adaptation risquent de faire leur apparition, à mon niveau comme celui des professionnels impliqués dans cette démarche de transformation.

10 - Retroplanning du lancement du projet à sa finalisation



Source 15 - GCS TESIS - Copil 3-2024

3.6.9 Évaluation du projet au niveau humain

Un sondage d'appropriation sera proposé à chaque intervenant, ainsi qu'une grille de retour d'expérience à l'achèvement du projet. Les indicateurs des taux d'utilisation du DUI seront également consultés.

Il faut savoir que ce projet de transformation numérique est toujours en cours de déploiement au moment où je termine l'écriture de ce mémoire professionnel. La période d'évaluation des usages réalisée à l'initiative de l'ARS se terminera le 30 novembre prochain.

Conclusion

« Vieillir est le seul moyen qu'on ait trouvé de vivre longtemps », écrivait Sainte-Beuve.

La population réunionnaise vieillit. Ce vieillissement s'accompagne généralement d'une perte d'autonomie. Entrer en dépendance ne signifie pas pour autant arrêter de vivre. La population évolue, les habitudes de vie aussi. Bien vieillir, c'est aussi vivre avec son temps. Smartphone, portable, tablette, WhatsApp, YouTube, Google, Internet, sont des termes qui ne sont plus désormais étrangers à la société, et encore moins aux résidents de la Maison de la Providence. Ces derniers commencent à comprendre l'intérêt des services en ligne et apprécient de pouvoir rester en lien avec leurs familles et amis. Le gouvernement a également saisi cet enjeu, notamment au service de la santé de ces derniers en promouvant le bien-vieillir en santé. Le Ségur de la santé et le programme ESSMS numérique, le déploiement du DUI et des services socles tels que le dossier médical partagé, la messagerie santé sécurisée, l'INS, etc., devraient révolutionner et transformer le monde du sanitaire et du médicosocial. Avec ces dispositifs récents, apparaissent de nouvelles problématiques et de nouvelles règles relatives à la sécurité des données partagées, à la protection des données personnelles, à la cyberprotection, à la maturité des systèmes d'information des établissements médicaux, etc.

Les trois foyers qui composent l'EHPA Maison de la Providence, de forme associative et à but non lucratif, ont été fondés dans les années 1970 par les religieuses de la congrégation des Filles de Marie. Ils fonctionnent toujours aujourd'hui conformément à des valeurs humaines et religieuses, des valeurs recherchées par les résidents.

Cependant, l'organisation, focalisée sur le faire plutôt que le dire et encore moins l'écrire, qu'elle soit de forme entrepreneuriale ou associative, ne pourrait survivre longtemps en restant figée. Elle se doit elle aussi d'évoluer dans ce monde en pleine mutation.

Depuis quelques années, le profil des résidents change. Ils entrent plus tardivement dans l'établissement et, de ce fait, progressent plus rapidement vers la perte d'autonomie. Ils sont très au fait des évolutions de la société, participent à des animations de sensibilisation à l'utilisation et à la manipulation de la tablette – une activité qui remporte un franc succès avec un taux de fréquentation à 100 %.

Il n'en est pas de même au niveau des professionnels intervenant dans l'EHPA. Nombreux sont ceux qui souffrent d'une certaine forme d'illectronisme ou d'un manque de confiance en eux quant aux transmissions écrites.

Comment arriver à moderniser les pratiques professionnelles pour apporter des réponses en adéquation aux attentes et besoins évolutifs des résidents de l'EHPA Maison de la Providence ? Telle était la problématique à laquelle j'ai essayé de répondre dans ce mémoire.

Le diagnostic réalisé a permis de mettre en exergue les forces et faiblesses de l'établissement, les menaces et les occasions qui s'offrent à l'établissement d'améliorer son fonctionnement, et notamment ses pratiques dans l'accompagnement des résidents.

Ce projet de transformation numérique via le déploiement d'un DUI interopérable avec des services socles, s'étale sur environ deux ans et sera coconstruit avec les résidents, les salariés et les partenaires. Il permettra de créer de la valeur sur un secteur de niche et de renforcer l'établissement en tant qu'EHPA sur un territoire marqué par un manque de structures d'accueil pour les personnes âgées. La conduite du changement et le pilotage du projet n'ont pas été chose aisée, mais, même s'ils sont en cours – car le projet est en phase d'achèvement –, il semble être une réussite. L'outil a été adopté par les professionnels.

Cet exercice de mémoire CAFDES est par ailleurs marqué par le début de la période d'évaluation de l'usage du DUI et des services socles par les professionnels des trois structures. L'enjeu est organisationnel, financier, structurel et stratégique. En tant que directrice, j'ai pris le risque d'amorcer un virage numérique au sein de ces trois petites structures, mais il est mesuré face à l'enjeu. La directrice que je suis se doit de rester en veille, d'être visionnaire, d'anticiper les changements ou bouleversements futurs. Décider d'entreprendre la transformation numérique d'un établissement qui est resté figé dans des habitudes organisationnelles durant des années pourrait être considéré comme une hérésie, pourtant il ne s'agit pas d'imposer une stratégie disruptive ou de rupture, mais simplement de rattraper un trop grand retard, de profiter de ce projet pour se mettre en conformité avec les règles et lois du médicosocial afin d'offrir un accompagnement digne de ce nom, de commencer à introduire une démarche visant l'amélioration continue de la qualité, etc. Il est essentiel d'écarter la peur d'être jugé sur ses actes pour entrer dans une procédure de rendre compte, de transmission, d'analyse des pratiques, de déclaration d'événements indésirables, de communication orale et écrite, etc. ; le chemin de la transformation n'est pas une chose acquise.

Il y a deux ans de cela, je faisais mon entrée en formation CAFDES sans aucune connaissance du champ social et médicosocial. Cette toute première expérience professionnelle en tant que directrice d'établissement d'hébergement pour personnes âgées s'est avéré difficile et semée d'embûches. Cependant, elle a aussi été jalonnée de petites victoires, qui, je l'espère, dans le temps, me permettront de faire de plus grandes avancées. Enfin, cette fonction de direction, haute en responsabilités, est emplie de sens. Elle ne connaît pas la signification du mot « routine ». Les jours se suivent et ne se ressemblent pas. Les projets se bousculent. Je terminerai ce mémoire professionnel en écrivant que le futur se prépare dans le présent. Aujourd'hui, en prenant ce virage

numérique, de nouveaux enjeux apparaissent comme celui de l'éthique numérique ou encore de l'empreinte écologique numérique dans nos établissements.

Bibliographie

- Baktavatsalou, R., Chaussay, C., & Sui-Seng Sandrine. (2020, August 27). *Trois fois plus de seniors en perte d'autonomie en 2050 - Insee Analyses Réunion - 45*. Insee Analyses Réunion N°45. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4643075>
- Baromètre des EHPAD 2021 - KPMG France*. Consulté le 28 octobre 2023, de <https://kpmg.com/fr/fr/home/media/press-releases/2022/01/barometre-des-ehpad-atouts-difficultes-proteiformes.html>
- Béland, F., & Michel, H. (2013). La fragilité des personnes âgées. *La Fragilité Des Personnes Âgées*. <https://doi.org/10.3917/EHESP.BELA.2013.01>
- Blampain, N. (2023, April 5). *30 000 centenaires en France en 2023, près de 30 fois plus qu'en 1970 - Insee Première - 1943*. Insee N°1943. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7234483>
- Cadre d'Orientations Stratégiques (COS) 2023-2033 | Agence Régionale de Santé La Réunion*. Consulté le 03.09.2024, de <https://www.lareunion.ars.sante.fr/cadre-dorientations-strategiques-cos-2023-2033>
- Castanet, V. (2021). *Les Fossoyeurs - Révélations sur le système qui maltraite nos aînés* (FAYARD).
- Césaire Réunion. (2011). *Les personnes âgées à la Réunion : anticiper les risques et les besoins*.
- Chapitre unique : Habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées (Articles L281-1 à L281-4) - Légifrance*. Consulté le 12.09.2024, de <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000037650783/2018-11-25>
- Colloque Numérique, santé et autonomie : Michèle Delaunay veut incarner les Wifi Boomers - agevillagepro*. (n.d.). Retrieved September 10, 2024, from <https://www.agevillagepro.com/actualites/10000-1-colloque-numerique-sante-et-autonomie-michele-delaunay-veut-incarner-les-wifi-boomers-html>
- Décennie 2020-2030 : L'explosion des 75-85 ans - Matières grises*. Consulté le 12.09.2024, de https://matieres-grises.fr/nos_publication/note-decennie-2020-2030-lexplosion-des-75-85-ans/
- Département de la Réunion. (2023). *Mission exploratoire et partenariale sur les solutions résidentielles actuelles et projetées*.
- Doctrine du numérique en santé | Agence du Numérique en Santé...* consulté le 09.09.2024, de <https://esante.gouv.fr/strategie-nationale/doctrine>
- DREES. *Établissements d'hébergement pour personnes âgées | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. Consulté le 02.09.2023

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees>

Hétu, J.-L. (1992). *Psychologie du vieillissement* (Éditions du Méridien).

Juhel, J.-C. (2014). *Bien vieillir au quotidien* (PLU).

La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

La longévité humaine - Focus - Les mémos de la démo - Ined - Institut national d'études démographiques. Consulté le 27.08.2023 - <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-longevite-humaine/>

La, P., De Demain, F., De, A., Vie, L. A., Années, A., & Bien Vieillir, S. «. (2023). *Stratégie Bien Vieillir - Préparer la France de demain, ajouter de la vie aux années.*

Lancement de la Feuille de route du numérique en santé 2023-2027 - Discours de François Braun - Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Consulté le 22.08.2024 - <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/lancement-de-la-feuille-de-route-du-numerique-en-sante-2023-2027-discours-de#>

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale - Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

Masson, D. (2022). Du papier au numérique. Le dossier, signe de changements des pratiques. *Empan*, 126(2), 129–140. <https://doi.org/10.3917/EMPA.126.0129>

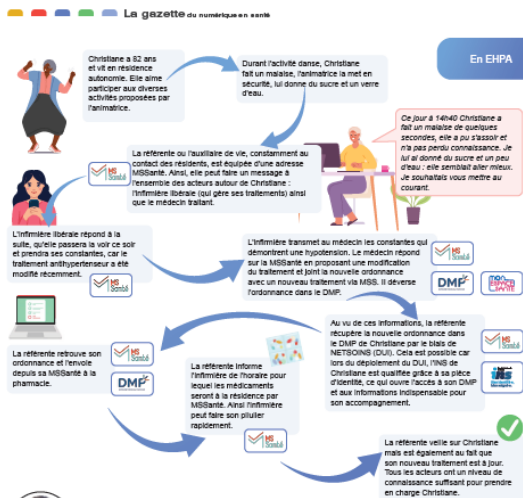
Ménard, C. (2019). *L'émergence des politiques publiques en faveur des personnes âgées | Unaf.* Réalités Familiales N°128-129. <https://www.unaf.fr/expert-des-familles/revue-realites-familiales/realites-familiales/lemergence-des-politiques-publiques-en-faveur-des-personnes-agees/>

Mercier, M. (2000, June 28). *“pour une République territoriale : l'unité dans la diversité” (annexes et comptes-rendus) - Sénat.* Sénat N°447. <https://www.senat.fr/rap/r99-447-2/r99-447-2.html>

Liste des Annexes

Annexe 1 : Carte de l'offre en structure d'accueil des personnes âgées à la Réunion.....	II
Annexe 2 - Organigramme Association Maison de la Providence	III
Annexe 3 - La Gazette de l'Association Maison de la Providence	IV
Annexe 4 - Retroplanning	V

Annexe 3 - La Gazette de l'Association Maison de la Providence



Témoignage
3 questions à Ruddy Damour, cadre éducatif du foyer d'accueil occupational de l'association Biotope Grand Anse.

De quel « système d'information » parlez-vous ? (Papierageage de l'Internetique...)
Avant le déploiement du DUJ, les établissements de l'association travaillaient essentiellement sur des fichiers informatiques Excel et Word. Ces documents étaient stockés sur un serveur en interne mais pas suffisamment sécurisés. Des documents papiers (dossiers des usagers) étaient aussi utilisés pour la gestion du suivi administratif et dans le cadre de l'accompagnement socio-éducatif.

Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans ce déploiement ?
N'ayant pas de service informatique au sein de l'association, la première difficulté a été de se mettre à niveau pour comprendre et

assimiler le discours technique et la mise en œuvre des paramètres du logiciel. Sur ce point, les formations et l'accompagnement proposés dans le cadre de l'appel à projets ont été un vrai soutien pour les professionnels chargés de cette partie.

Le 2^e point concerne la dynamique d'équipe et l'implication des professionnels. Effectivement, il faut mettre en place une organisation claire, afin de favoriser l'implication de l'ensemble du personnel concerné par le déploiement du DUJ. Les objectifs doivent être clairement fixés. Cela demande un vrai travail de réflexion et d'organisation en amont du lancement du déploiement.

Enfin, le dernier point se situe au niveau des équipements. Effectivement, il faut s'assurer de disposer de matériel informatique suffisant, afin de favoriser l'implication des

équipes et la gestion d'un fonctionnement fluide de ce genre des informations.

Avez le recul que vous avez aujourd'hui, que pouvez-vous nous dire sur ce que le DUJ vous apporte ?
Après plus d'une année dans l'utilisation du DUJ, le bilan est très positif. Le DUJ permet de stocker de façon sécurisée et de centraliser les données. Le DUJ favorise le partage des informations en interne et permet de mieux communiquer en externe. Ce logiciel permet aussi de responsabiliser les professionnels et améliorer nettement la traçabilité des informations. Par exemple, nous avons pu remarquer une amélioration dans la qualité des écrits professionnels.

La gazette du numérique en santé // mai 2024

- Qu'est-ce qu'un EHPA ?
- Le GCS TESIS, qui sommes-nous ?
- Qu'est-ce que le programme ESMS numérique ?
- Les avantages du dossier de l'utilisateur informatisé (DUJ)
- Témoignage de Mr Damour, association Biotope Grand Anse

Financé par l'Union européenne

ars

TESIS

Informations à destination de la Maison de la Providence

Pour toutes questions, vous pouvez contacter :
Mme RIVIERE, Christiane
Tél : 0262 33 13 27
Tél : 0262 32 27 89
Courriel : christian.riviere@maisondeprovidence.fr

Qu'est-ce qu'un EHPA ?
C'est un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées. Les EHPA sont des établissements sociaux au sens du 6^o de l'article L. 3121-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et sont donc soumis aux règles du régime juridique de droit commun applicable aux établissements sociaux et médico sociaux.

Les EHPA de La Réunion apportent une réponse nécessaire aux personnes âgées qui ne sont pas suffisamment autonomes pour vivre seules à leur domicile ou en Résidence pour Personnes Âgées (avec ou sans services), mais qui, pour autant, sont encore « trop autonomes » pour intégrer un EHPAD

La Maison Notre Dame de la Paix, le Foyer de la Clémence, le Foyer du Sacré Coeur sont des EHPA.

Maison Notre Dame de la Paix, le Foyer de la Clémence, le Foyer du Sacré Coeur, le Foyer de la Clémence, La Seine au Plaisir, le Foyer de Sacré Coeur, St Pierre

Le GCS TESIS, qui sommes-nous ?

Le Groupement de Coopération Sanitaire TESIS accompagne les professionnels de santé et du secteur médico-social de La Réunion dans la transformation numérique de leurs métiers.

Nous sommes une organisation de santé publique à but non lucratif, détenue et gouvernée par les acteurs de la santé et du médico-social de La Réunion et de Mayotte et financée par l'ARS La Réunion et l'ARS Mayotte.

Depuis 20 ans, nous développons des services e-santé pour faciliter et sécuriser la communication des informations médicales dans ces territoires, et nous aidons les établissements à s'adapter sereinement aux nouvelles pratiques venues du numérique.

Notre but : offrir les moyens aux professionnels de mieux accompagner et protéger la vie privée des usagers.

TESIS est le Groupement Régional d'Appui au Déploiement de la e-Santé (GRADEs) Océan Indien. En région, le GRADES est l'opérateur préférentiel de l'ARS pour l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie régionale d'e-santé, dans une logique d'engagements réciproques.

Qu'est-ce que le programme ESMS numérique ?

C'est le programme qui prévoit le déploiement d'une solution de dossier usager informatisé (DUJ) dans les structures sociales et médico-sociales.

La stratégie nationale du numérique pour les secteurs du médico-social et du social est portée par la Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La conviction que porte la CNSA au travers du programme ESMS numérique, est que la transformation du secteur médico-social passe par le développement du numérique au service des personnes et des professionnels.

La Maison de la Providence et les autres structures du territoire engagées ont choisi le logiciel Netsons de l'éditeur TERANGA pour informatiser le Dossier Unique des usagers accompagnés.

La formation des professionnels débutera en juin 2024

Afin de financer l'acquisition du logiciel et de matérialiser le dossier usager et garantir la mise en conformité au cadre technique du virage du numérique en santé (intégration des référentiels et services sociaux) d'une solution de gestion des DUJ.

En contrepartie, la Maison de la Providence s'engage à « informatiser le dossier usager et garantir la mise en conformité au cadre technique du virage du numérique en santé (intégration des référentiels et services sociaux) d'une solution de gestion des DUJ ».

La formation des professionnels débutera en juin 2024

Afin de financer l'acquisition du logiciel et de matérialiser le dossier usager et garantir la mise en conformité au cadre technique du virage du numérique en santé (intégration des référentiels et services sociaux) d'une solution de gestion des DUJ.

La participation de tous est donc essentielle pour atteindre les indicateurs suivants sur les mois de septembre, octobre et novembre 2024 :

- 80% des personnes accompagnées devront avoir un dossier comprenant des événements reliés aux objectifs du projet personnalisé.
- 70% des personnes accompagnées auront un document sur leur espace santé, alimenté par la structure, et un échange réalisé avec un autre professionnel par Messagerie Sécurisée de Santé.

Formatiser le dossier de l'utilisateur, c'est informatiser le cœur de métier des services et établissements. Pour la première fois avec ce niveau d'ambition, la CNSA appuie méthodologiquement et financièrement les ESMS dans cette démarche, au service de l'accompagnement des publics fragiles.

Grâce au programme ESMS numériques, les établissements et services non équipés d'un DUJ ou qui souhaitent changer de logiciel, peuvent bénéficier d'une aide à l'acquisition d'un DUJ, à l'installation, à la formation au nouveau logiciel et à l'accompagnement au pilotage du projet pour sécuriser les usages. Les organismes gestionnaires de petite taille peuvent également bénéficier d'une aide couvrant l'achat de matériel et d'infrastructure (ordinateur, tablette, wifi...) et l'accompagnement au choix du logiciel.

C'est dans ce contexte que l'Association la Maison de la Providence a rejoint un groupement d'établissements du Grand Anse, dont le GCS TESIS est coordonnateur de projet. Ils ont ainsi décidé de déposer un projet dans le cadre du programme « ESMS Numérique » le 31/05/2023.

Structures engagées dans le projet ESMS numérique :
Maison de la Providence (3 EHPA), Résidence la Miséricorde (EHPA), CCAS de Saint-André (EHPAD village 3^e âge), Onapa (EHPAD Astéris et Accueil de l'Est)

Le dossier unique de l'utilisateur : une obligation pour les ESMS

La loi du 2 janvier 2022 rénovant le code de l'action sociale et des familles (CASF) a introduit l'obligation pour les établissements du social et médico-social de constituer un dossier usager unique et a fait émerger deux principes :

- Les établissements et services ne doivent constituer qu'un seul dossier par usager, il convient donc de regrouper, dans un même lieu et sur un même support, tous les dossiers qui existaient auparavant
- L'ensemble de ce dossier unique doit être accessible à la personne accompagnée, selon des règles précises.

Les avantages du dossier de l'utilisateur informatisé ou DUJ

Malgré une obligation d'il y a plus de 20 ans pour les ESMS de constituer un dossier unique de l'utilisateur, il est encore fréquent que celui-ci n'existe pas.

En effet, le dossier est découpé en plusieurs parties. La secrétaire a les informations administratives, le chef de service détient aussi ces informations en double avec en plus des informations éducatives et les professionnels de proximité possèdent des informations écrites concernant le quotidien.

L'informatisation du dossier usager s'inscrit dans une logique d'amélioration de la qualité des services et des soins délivrés aux personnes accompagnées grâce à la centralisation de toutes les données nécessaires à l'accompagnement.

Le DUJ permet de mieux construire et de suivre le projet personnalisé de la personne, d'éviter les ruptures en cas d'évolution des besoins, de changement d'établissement médico-social, de retour à domicile ou d'hospitalisation. Il permet également à l'utilisateur d'évaluer les services rendus et d'être un acteur de son propre parcours.

Le DUJ est un véritable outil de suivi et de partage d'informations entre les professionnels (médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux). Aussi, le logiciel Netsons est interopérable avec ce qu'on appelle les services sociaux du Ségur du numérique en santé :

- Mon Espace Santé pour partager des documents d'une personne accompagnée.
- La messagerie sécurisée de santé MSSanté : pour communiquer avec des professionnels de santé (libéraux, pharmaciens...)
- Les référentiels nationaux INS : pour s'assurer de l'identité des personnes accompagnées

Le RCR est le Répertoire de l'Orfèvre et des Ressources. Il regroupe l'ensemble des professionnels, établissements et services des secteurs sanitaire, médico-social, sociaux. Il permet la validation croisée via l'opérateur qui valide le parcours des personnes.

Le carnet de santé numérique des citoyens appelle Mon Espace Santé. L'accès à certains données par les professionnels fait partie du portail du Dossier Médical Partagé (DMP).

Le messageur sécurisé ou MES est un espace sécurisé pour les échanges entre professionnels et avec les personnes accompagnées sur les données personnelles.

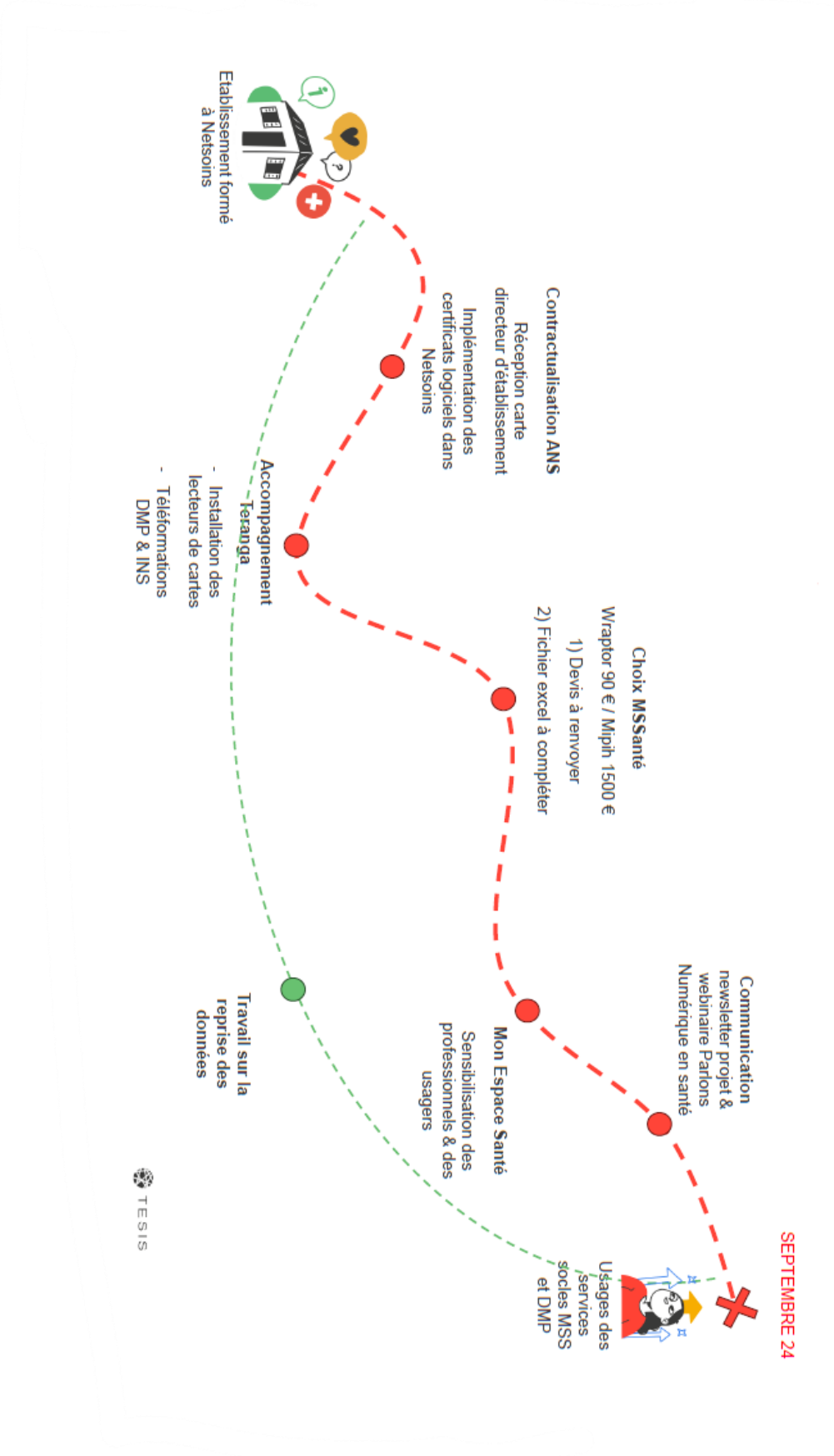
DUJ communicant avec les services et référentiels sociaux

INS

RoR

MSSanté

Annexe 4 - Retroplanning



Source 17 – GCS TESIS

RIVIÈRE

Martine

Novembre 2023

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ÉTABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS de la Réunion

**VIRAGE NUMÉRIQUE : UN LEVIER DE TRANSFORMATION STRATÉGIQUE
POUR LES EHPA DE L'ASSOCIATION MAISON DE LA PROVIDENCE**

Résumé :

Profiter des bénéfices de la transformation numérique actuelle du secteur social et médicosocial permettrait de déclencher une dynamique de changement dans les pratiques et l'accompagnement des résidents des trois EHPA de l'association Maison de la providence. En qualité de directrice de ces maisons de retraite non médicalisées, j'ai choisi cette orientation stratégique en déployant le DUI (dossier de l'utilisateur informatisé) et ses services associés (DMP, MSS, INS). Ce virage numérique nécessite de changer de paradigme au sein des organisations en changeant les pratiques et en modifiant la conception de l'accompagnement au quotidien des résidents. Passer du papier au digital nécessite également dans le pilotage du projet d'accompagner les professionnels au changement des pratiques avec une communication soutenue et un plan de formation aux usages numériques. Un changement des pratiques au service de l'accompagnement individualisé des résidents de l'EHPA Maison de la Providence qui permet de répondre à la problématique qui était la sienne : Comment moderniser les pratiques professionnelles pour apporter des réponses en adéquation aux attentes et besoins évolutifs des résidents de l'EHPA Maison de la Providence ?

Mots clés :

Accompagnement, autonomie, bien vieillir, coordination, changement, dépendance, EHPA, e-santé, ESMS numérique grand âge, loi ASV, maison de retraite, médico-social, organisation, partage de données, personne âgée, projet, RGPD, Ségur, sécurité, stratégie, système d'information, transformation, urbanisation, virage numérique

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.