



**HAL**  
open science

# Répondre aux intérêts des résidents en foyers de vie tout en favorisant une meilleure inclusion des usagers du secteur médico-social : des solutions hybrides pour accompagner la transformation du système MS

Wahiba Abdennouri, Maria Luna Sancho

## ► To cite this version:

Wahiba Abdennouri, Maria Luna Sancho. Répondre aux intérêts des résidents en foyers de vie tout en favorisant une meilleure inclusion des usagers du secteur médico-social : des solutions hybrides pour accompagner la transformation du système MS. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-03820481

**HAL Id: dumas-03820481**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03820481>

Submitted on 19 Oct 2022

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

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



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

**Master 2.**

**Années : 2021 - 2022**

**Management stratégique des organisations de santé**

---

**UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER**  
**MOMA**

**MÉMOIRE**  
PRÉSENTÉ POUR L'OBTENTION DU

**MASTER 2 MANAGEMENT STRATÉGIQUE DES ORGANISATIONS**  
**DE SANTÉ**  
Option médico-social

Répondre aux intérêts des résidents en foyers de vie tout en favorisant  
une meilleure inclusion des usagers du secteur médico-social : des  
solutions hybrides pour accompagner la transformation  
du système MS

**Présenté par :**

ABDENNOURI Wahiba et SANCHO Maria Luna

**Jury :**

Directeurs de mémoire : RAYNAL Loïc et PEDRON Virginie  
fondateurs de Hospitalidée ;  
GEORGESCU Irène, Professeur des Universités

**Année :**

31 Août 2022



## REMERCIEMENTS

Tout d'abord nous souhaitons remercier Loïc RAYNAL et Virginie PEDRON fondateurs de Hospitalidée et directeurs de notre mémoire, pour leur implication dans notre projet. Leurs expériences et leurs connaissances nous ont permis de nous orienter tout au long de notre mémoire.

Ils ont été à notre écoute et nous ont consacré du temps durant toute l'avancée de cet écrit.

Nous tenons également à remercier Améline LERAY, directrice d'Ehpad du Groupe Colisée pour son aide et la diffusion de notre questionnaire.

Pour finir, nous voulions remercier le CESEGH de nous avoir accompagnées tout au long de notre apprentissage et de nous avoir partagé leur bonne humeur.

*Pour toi Luna :* Je tenais à te dire merci pour avoir partagé ce travail avec moi. Il est parfois difficile de collaborer et d'échanger des idées communes mais nous avons su rapidement trouver un sujet qui nous tenait à cœur. Sache que ta personnalité et ta créativité sont tes plus belles qualités. J'ai été ravie de travailler avec toi et de pouvoir passer du temps ensemble.

Wahiba

*A toi Wahiba :* Merci d'avoir supporté mes méthodes de travail et mes pensées bordéliques. Ton entrain et ta joie de vivre sans faille m'a motivée au plus haut point. Cette mise en commun de nos réflexions, visions et attrait du secteur a été très riche. Merci d'être si authentique et si rare.

Luna

## RÉSUMÉ

Nous proposons à travers ce travail une réflexion menée par questionnements : comment répondre aux intérêts des résidents en foyers de vie tout en favorisant une meilleure inclusion des usagers du secteur médico-social ? L'objectif de ce travail est de mener une réflexion autour des solutions hybrides pour accompagner la transformation du système MS.

Le secteur médico-social, et plus précisément les structures type “foyers de vie” subissent depuis quelques années une crise fonctionnelle : un nombre croissant d'usagers et une critique importante. Ce mémoire tente d'illustrer cette problématique en se concentrant sur les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes. L'évolution démographique, les progrès de la médecine et d'autres facteurs engendrent une augmentation des personnes âgées dépendantes ayant besoin d'un accompagnement lourd, voire d'être intégrées en foyer de vie. Or, la société n'adhère plus aux services que proposent les Ehpad. L'attractivité du secteur est en fort déclin, pour ses usagers et les professionnels. De plus, les besoins des usagers comme la réception que les pouvoirs publics en font, ont fortement évolué : passage d'une prise en charge médicale à une prise en charge globale (physique, sociale, mentale, psychique). Ces dernières années, les incitations législatives encadrant le secteur ont tenté de se réadapter pour répondre aux besoins et aux réclamations des usagers, de leur entourage et des professionnels. Ce mémoire tente de retracer, dans la première partie, l'évolution de la prise en charge des personnes âgées dépendantes afin de démontrer les raisons d'un changement de paradigme. Dans la seconde partie, nous proposons des solutions hybrides pouvant répondre aux problématiques actuelles dans le secteur. Notre proposition est à appréhender davantage dans les valeurs et les orientations abordées que dans son business plan réel. Notre objectif est de mettre en avant les problématiques subies par les Ehpad et de possibles réponses. La dernière partie expose notre démarche en collaboration avec les établissements et les usagers pour arriver à l'élaboration de notre projet fictif. Il nous semble important de prendre en compte les limites méthodologiques. En effet, nous n'avons pas la prétention d'écrire le projet d'établissement de la structure du futur, mais de nourrir des réflexions pouvant poser les bases des projets médico-sociaux de demain.

## SOMMAIRE

GLOSSAIRE	3
INTRODUCTION	4
<b>Partie 1 : Secteur médico-social et contexte actuel</b>	<b>7</b>
<b>A) Définition du secteur des Ehpad</b>	<b>7</b>
A.1) Définition du secteur : l'évolution législative du secteur traduit les besoins prioritaires pris en compte dans la prise en charge des usagers	7
A.2) Evolution et enjeux actuels de l'accueil des personnes âgées et dépendantes	10
A.3) Spécificité des foyers de vie : collectivité et individualité	12
<b>B) Besoins actuels du secteur M-S : adaptabilité continue</b>	<b>15</b>
B.1) Favoriser un accompagnement global des résidents	15
B.2) Favoriser l'individualisation des prises en charges et lutter contre l'isolement	16
B.3) Limites à la mise en place d'un accompagnement global et individuel : Avènement du NPM et épuisement des ressources humaines et financières	18
B.4) Les activités occupationnelles : quels bénéfices ?	19
<b>Partie 2 : Des acteurs hybrides : solutions à la transformation du système médico-social ?</b>	<b>22</b>
<b>A) Etude du marché</b>	<b>22</b>
A.1) Analyse de l'environnement : Les acteurs et solutions hybrides existantes	22
A.2) Une volonté de l'état d'inciter à la coopération entre établissements : L'exemple des GCSMS	24
<b>B) Notre solution hybride : Une association faisant le lien entre tissu associatif du territoire et EMS</b>	<b>24</b>
B.1) Notre offre	24
B.2) Analyse de notre projet à travers un outil de contrôle de gestion	27
B.3) Plan de financement	34
<b>C) Conduite du changement et innovation sur le secteur MS : Diversifier le secteur médico-social</b>	<b>35</b>
C.1) Accompagner une organisation au changement et à l'innovation	35

C.2) Accompagner des changements et innovation dans le secteur médico-social	37
C.3) Plan de formation	38
C.4) Marketing santé : quels outils de communication doit-on adopter ?	40
<b>Partie 3 : Faisabilité / Enjeux du projet</b>	<b>43</b>
<b>A) Méthode et analyse du recueil de données pour l'identification des besoins du secteur</b>	<b>43</b>
A.1) Méthode d'échantillonnage des acteurs questionnés	43
A.2) Questionnaire et entretiens : Analyse des données recueillies auprès des acteurs concernés	45
<b>B) Potentiels impacts sur le secteur</b>	<b>48</b>
B.1) Soulagement du personnel	48
B.2) Création d'emploi	49
<b>C) Potentiels impacts sur la société</b>	<b>50</b>
C.1) Evolution de la représentation du public bénéficiaire du secteur médico-social	50
C.2) Désenclavement territorial du secteur	52
<b>D) Ouverture et limites du projet</b>	<b>53</b>
D.1) Pour aller plus loin : L'application	53
D.2) Les limites de notre proposition	54
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	58
Annexe 1 : Réponse au questionnaire à destination des EHPADs	60
Annexe 2 : Questionnaire à destination des résidents	70
Annexe 3 : Question pour l'entourage	72

## **GLOSSAIRE**

AO : Activités Occupationnelles

ASV : Loi relative à l'adaptation de la société et au vieillissement

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMS : Etablissements médico-sociaux

GCSMS : Groupement de coopération sociale ou médico-sociale

HAS : Haute Autorité de Santé

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

NPM : New Public Management

PP : Projet personnalisé

## INTRODUCTION

“Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million aujourd’hui à 5 millions en 2060”<sup>1</sup>.

“Des fois, j’aimerais bien que l’animatrice soit là tous les jours. Quand elle est là, on oublie qu’on va tous partir demain. Mais elle n’a pas le temps de faire des activités tous les jours” Maria, 87 ans, résidente d’Ehpad.

La perte d’autonomie des personnes âgées a été reconnue comme 5ème branche de la Sécurité sociale en août 2020. Suite au projet de loi relative au financement de la Sécurité sociale, une enveloppe de 31,6 milliards d’euros est accordée à cette 5ème branche pour l’année 2021<sup>2</sup>. L’isolement de la personne âgée est une problématique publique qui n’est plus à démontrer. Force est de constater que l’exclusion des personnes âgées concerne également les usagers des établissements dédiés à l’accueil de ce public, malgré le partage de la vie en collectivité. <sup>3</sup> La DREES (Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques) estime que le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait de 15% minimum avant 2030. Soit : dans 8 ans. De plus, les besoins de ces générations évoluent considérablement. Transition numérique, amélioration des conditions de vie, les usagers de demain n’auront plus les mêmes besoins et ni les mêmes intérêts que les résidents d’hier.

Parallèlement, l’attractivité des Ehpad est dans le déclin. Le rapport “Grand âge et autonomie” de Dominique Libault (2019) démontre que la plupart des séniors expriment la volonté de vieillir à domicile. Le secteur subit une crise (accentuée par la crise du COVID) sans précédent du côté de son attractivité professionnelle. Recruter en Ehpad est aujourd’hui une réelle problématique et l’image de ces structures dans la représentation collective reste très négative.

Concomitamment, la société se veut de plus en plus inclusive et les pouvoirs publics évoluent pour répondre aux nouveaux besoins des usagers du secteur médico-social. Ainsi se dessine une problématique sociétale qui semble s’imposer dès aujourd’hui : malgré les transformations incitées par les pouvoirs publics, les Ehpad font peur et restent très peu

---

<sup>1</sup> Personnes âgées : les chiffres clés, solidarités-santé.gouv. Mise à jour le 21.12.21

<sup>2</sup> Conseil dépendance 2020

<sup>3</sup> Diane Rouzier, 19 Juin 2013, *Solitude, isolement et exclusion dans le grand âge*, Petit frère des pauvres



attractifs, mais restent un besoin et une nécessité d'ordre public. Les Ehpad et leur fonctionnement nécessitent d'être renouvelés, de rester dynamiques et souples pour répondre au besoin d'inclusion de ses usagers tout en devenant plus attractifs pour les professionnels. Quels modèles doivent prendre les Ehpad du futur ? Les structures telles qu'elles existent aujourd'hui sont-elles amenées à disparaître complètement ? Comment les professionnels (majoritairement paramédicaux) peuvent-ils mettre en œuvre cette prise en charge globale ? Quelles sont les priorités pour améliorer la qualité de vie des futurs résidents ? Comment faire correspondre la réalité du terrain et les envies individuelles de chaque futur résident ?

La question que nous souhaitons relever à travers nos recherches et propositions est celle des acteurs intervenants au sein des Ehpad. Nous allons voir qu'à travers l'évolution de la législation, les pouvoirs publics tentent d'ouvrir les Ehpad à la société et de permettre aux professionnels de services et d'accompagnement des personnes âgées de se déplacer jusqu'à l'utilisateur. De ce fait, l'utilisateur maintient, tant que son niveau d'autonomie lui permet, de maintenir ses habitudes et son entourage social. Or, nous souhaitons mettre en avant l'idée que la société se déplace jusqu'à l'Ehpad. Il est difficilement envisageable qu'à l'avenir nous puissions nous passer totalement des structures d'hébergement.

Nous pourrions imaginer que si les acteurs intervenants au sein de ces structures se diversifient, les activités et prises en charge pourraient également se diversifier et se multiplier. Si la participation sociale des résidents des Ehpad est appauvrie par leur autonomie et par les possibilités restreintes d'activités au sein des structures, nous pourrions imaginer que l'arrivée d'acteurs extérieurs favoriserait la participation des usagers à des activités qui répondraient à leurs goûts et intérêts et augmenteraient leurs interactions avec la société.

Nous vous proposons ici une réflexion menée par ces questionnements : comment répondre aux intérêts des résidents en foyers de vie tout en favorisant une meilleure inclusion des usagers du secteur médico-social? Quelles solutions hybrides pour accompagner la transformation du système MS ?

Nous ferons dans un premier temps, une présentation du secteur médico-social et de sa construction législative pour comprendre comment les pouvoirs publics anticipent l'évolution des besoins des usagers et tentent d'y répondre. Dans un second temps, nous vous

proposerons une solution hybride que nous avons imaginée sous la forme d'association. Cela est, selon nous, un moyen de montrer que l'entrée de nouveaux acteurs au sein du secteur peut aider à sa restructuration. Nous aborderons diverses notions tels que la conduite du changement et le marketing santé, puis les différents acteurs impactés et impliqués par cette transformation.

Pour finir, nous confronterons les enjeux du projet et sa faisabilité. Pour construire notre réflexion, nous avons travaillé en étroite collaboration avec le personnel de structures d'Ehpad ainsi que leurs résidents. Ainsi nous vous détaillerons nos méthodes, les limites de notre réflexion et sa mise en place.

\*Lorsque des graphiques ou des extraits d'entretiens apparaissent dans le corps de texte, ils sont extraits des données recueillies pendant nos recherches.

## ***Partie 1 : Secteur médico-social et contexte actuel***

### **A) Définition du secteur des Ehpad**

#### ***A.1) Définition du secteur : l'évolution législative du secteur traduit les besoins prioritaires pris en compte dans la prise en charge des usagers***

La prise en charge des personnes vieillissantes et dépendantes est une problématique d'ordre public. Durant la période d'après-guerre, les organisations religieuses créent des maisons d'accueil, pour les hommes seuls et âgés dans un premier temps. Durant le 19ème siècle sont créés les hospices, des lieux d'accueil pour toute personne indigente. À l'initiative des institutions publiques<sup>4</sup>, les hospices avaient comme vocation d'être le foyer des enfants, adultes et personnes âgées démunis, infirmes ou seuls. Les usagers des hospices n'avaient ni droit au sein de l'hospice, ni droits citoyens. Il faut attendre les premières lois structurant le secteur médico-social pour appréhender des espaces consacrés aux personnes âgées ainsi qu'une prise en charge adaptée, les reconnaissant avec leurs droits et libertés.

#### ***- De la notion d'hébergement des personnes âgées dépendantes à la médicalisation des EHPAD***

La problématique de l'intégration des personnes en situation de dépendance comme une responsabilité de la société est instaurée dans la **loi d'Orientation du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales**. Cette loi définit le manque d'intégration des personnes « exclues » telle que les personnes handicapées ou personnes âgées dépendantes comme une problématique publique. La loi de 1975 définit l'autonomie du secteur médico-social, le secteur sanitaire répondant aux besoins de problèmes de santé aiguë et non à l'accompagnement et l'accueil sur le long terme de personnes dépendantes<sup>5</sup>. À

travers cette loi, les hospices évoluent en établissements sociaux (des maisons de retraites) ou sanitaires (hôpitaux).

---

<sup>4</sup> AMYOT, JJ, 2016, Travailler auprès des personnes âgées, Paris, Dunod, 448p.

<sup>5</sup> G. BRAMI. 2013, *les paradoxes de l'évolution des ehpad*; dans EMPAN N°91 p.56 à 61

La loi de 1975 définit l'activité du champ médico-social par "*une intervention sur le long terme qui peut inclure la délivrance de prestations de soins pour permettre un accompagnement adapté tenant compte de la globalité des besoins des personnes*"<sup>6</sup>. Ainsi, à travers cette loi, nous souhaitons assurer **le droit des usagers, les principes éthiques et déontologiques**. Apparaît alors le terme de « maison de retraite » pour définir les foyers consacrés à l'accueil des personnes âgées dépendantes. La loi de 1975 permet aux foyers d'hébergement de bénéficier partiellement de budgets alloués aux soins médicaux (forfait soins courants et cure médicale)<sup>7</sup> pour pouvoir répondre aux besoins multiples des usagers, en plus du budget alloué à l'hôtellerie par le département.

Le **décret n°99-316 du 26 Avril 1999** relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes permet aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de définir une médicalisation pour ses usagers et d'en obtenir les moyens financiers. Ainsi est défini un tarif journalier afférent à l'hébergement (accueil hôtelier, restauration, entretien, **animation de la vie sociale** de l'établissement), à la charge de la personne accueillie. Un tarif journalier afférent à la dépendance comprenant l'ensemble "des prestations d'aide et de surveillance nécessaire à l'accomplissement des actes essentiels de la vie qui ne sont pas liées aux soins"<sup>8</sup>. Des **conventions tripartites** sont alors mises en place entre le département, l'État et l'établissement concerné.

Jusqu'ici, ce sont les besoins d'hébergement, de nutrition et les besoins médicaux pour subvenir à la dépendance des personnes âgées qui sont pris en compte. De nouveaux acteurs entrent en compte en tant que salariés : les infirmier(e)s, aides soignant(e)s et médecins coordonnateurs. Le psychologue est bien présent dans certains établissements mais il n'est qu'un accompagnement complémentaire. Nous pouvons également souligner le fait que **l'animation de la vie sociale des usagers au sein de l'établissement est comprise dans le tarif hébergement**.

---

<sup>6</sup> Dunod Edition, 2013, *Les grandes lois structurant le secteur* " dans Fiches de révisions Ma gazette.

<sup>7</sup> G. BRAMI. 2013, *les paradoxes de l'évolution des ehpad*; dans EMPAN N°91 p.56 à 61

<sup>8</sup> Décret n°99-316 du 26 Avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. JORF N° 98 du 27 Avril 1999

- ***De l'hébergement médicalisé à la mise en place d'un projet de vie personnalisé pour chaque usager.***

La loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénove l'action sociale et médico-sociale. Cette loi traduit de l'évolution des besoins des usagers du secteur. En effet, concomitamment à l'évolution des conditions de vie et aux progrès de la médecine, pour les personnes, l'espérance de vie augmente ainsi que les maladies chroniques. Ainsi, l'offre d'accueil des personnes âgées dépendantes doit permettre une prise en charge des usagers dans leur **globalité en les plaçant au cœur du dispositif. Le souhait de cette loi est d'assurer l'autonomie et la protection des personnes, mais aussi la cohésion sociale et l'exercice de la citoyenneté des usagers.** Les droits et la liberté de l'utilisateur sont mis en avant. Ainsi est mis en place l'obligation pour les Ehpad (et autres organismes d'accueil des usagers du secteur médico-social) d'écrire un **projet d'accueil et d'accompagnement**. L'objectif étant d'instaurer des objectifs qualitatifs au sein des établissements. L'expression des usagers et de leur famille est valorisée et favorisée à travers la mise en place à travers des commissions sociales.

Cela traduit les notions de prise en charge globale, en respectant les choix et intérêts de l'utilisateur. Il est également mis en place un **projet de vie personnalisé** pour chaque usager.

**Le projet personnalisé (PP)** est un outil mis en place par les Recommandations de bonnes pratiques de l'HAS <sup>9</sup>. Il consiste en un document qui fixe les objectifs pour répondre aux besoins et attentes de la personne accueillie. L'idée est d'inclure l'utilisateur dans la construction de son projet de vie personnalisé afin de rendre son accompagnement le plus individualisé possible. Le PP comprend plusieurs volets : le volet social, le médical et ceux intégrés dans le PP par l'utilisateur. La Haute autorité de santé (HAS) le définit comme "*un outil de coordination visant à répondre à long terme aux besoins et attentes de la personne accueillie*" <sup>10</sup>

À travers cette nouvelle loi, les lieux d'hébergement sont considérés à présent comme des lieux de vie où l'expression, les droits et libertés des usagers sont favorisées. **Nous sommes passés d'une prise en charge médicale à un lieu de vie proposant une prise en charge**

---

<sup>9</sup> Fiche repères : Le projet personnalisé, une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD), ANESM, Août 2018

<sup>10</sup> Le projet personnalisé : Une dynamique de parcours d'accompagnement (Volet ehpad) : has-sante.fr

**médicale.** Nous verrons par la suite que cette notion **de prendre en compte les envies et besoins globaux des usagers et proposer une prise en charge individualisée n'ont cessé d'augmenter**<sup>11</sup>.

L'objectif du secteur médico-social (MS) devient alors le vivre ensemble et non plus une aide aux personnes exclues.

## ***A.2) Evolution et enjeux actuels de l'accueil des personnes âgées et dépendantes***

Les besoins d'un humain évoluent avec le temps et avec sa condition physique qui évolue avec ses conditions de vie. Ainsi, les besoins d'un être humain évoluent de façon concomitante avec l'évolution de la société. Comme nous l'avons vu, le secteur médico-social est un champ qui a pour objectif de répondre aux besoins des individus fragilisés par leurs conditions physiques, sociales ou mentales. Les besoins sociaux évoluent très rapidement.

Nous avons vu que dans la construction du secteur MS, les législations encadrant le secteur médico-social tentent de répondre aux nouvelles demandes par la "mise en place et l'ajustement de dispositifs et prestations adaptés aux situations de chacun et plus particulièrement à celles des personnes fragilisées par l'âge ou le handicap" <sup>12</sup>. Ainsi, la loi de 2002 vient rénover l'action sociale et médico-sociale. **L'objectif étant de rendre la législation plus proche des besoins des bénéficiaires afin de permettre aux établissements et services de proposer des accompagnements individuels, spécifiques à chacun.** Trois principaux objectifs se démarquent des actions mises en place :

- Garantir une continuité dans la prise en charge des bénéficiaires et éviter toutes ruptures dans l'accompagnement

---

<sup>11</sup> ESPACE SEINTEIN, "La loi n°2002-2 a destination des personnels d'accompagnement et des services, dossier pédagogique" version 2 du 01/09/05

<sup>12</sup> Jean-Jacques Tregoat (2008), "De la modernisation du secteur social et médico-social à la réforme de l'état et de son administration territoriale" dans *Gerontologie et société* Vol 31 n°126. p.45 à 63.

- *Assurer un accompagnement global* et coordonné pour permettre de développer un projet de vie
- Apporter une *réponse individualisée*, diversifiée et plurielle pour tenir compte de la diversité des publics âgés.

Ce sont sur ces deux derniers objectifs que notre réflexion se concentre. Avec les évolutions des besoins des individus (augmentation des maladies chroniques et vieillissement de la population), l'accompagnement global et coordonné est d'autant plus important que les réponses individualisées.

Une seconde loi vise à renforcer la capacité des pouvoirs publics et des structures à combler les besoins de la société vieillissante : **La loi du 1er Janvier 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement**. Cette loi renforce les objectifs de la loi de 2002 en continuant de favoriser une prise en charge de qualité, et en tentant de répondre au mieux aux besoins des personnes âgées en matière de logement, de transports, de **vie sociale et citoyenne** et d'accompagnement. Cette loi vise en partie à favoriser une prise en charge à domicile afin que les personnes âgées puissent subvenir à leurs besoins d'accompagnement sans être démunies de leur entourage social et en restant dans leur propre environnement. Cela permet à de nombreuses personnes âgées de maintenir leur vie sociale le plus longtemps possible. Lorsqu'ils deviennent résidents d'Ehpad ils ont logiquement un niveau de dépendance très bas et un âge plus élevé<sup>13</sup>. Nous pouvons imaginer qu'il est d'autant plus difficile de proposer des accompagnements dynamiques et interactifs.

Parallèlement, une réforme de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS 2016) permet aux établissements médico-sociaux (notamment les Ehpad), de passer de la convention tripartite au CPOM. Ce passage au CPOM permet aux établissements de changer de logique : la logique budgétaire n'est plus basée sur les dépenses mais sur les bénéfices.

Ce changement de paradigme permet aux dirigeants des structures une plus grande liberté d'investissement et donc, plus de liberté dans les activités (accompagnements et techniques) qu'ils souhaitent développer au sein de l'établissement<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> R-M MOULARD, L'ehpad lieu de vie : construire un "chez soi" pour chaque résident en favorisant l'approche domiciliaire, Mémoire Ecole des Hautes études en santé publique, 2019-2020 p.17

<sup>14</sup> J-P HARDY, 2020, Les CPOM et leur outil financier : l'EPRD, dans Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux (2018 à o.3004 à 368.

Ces nouveaux paradigmes dans la réponse aux besoins des usagers sous-entendent de nouveaux défis à relever par les structures. Certains sont contradictoires :

- Les populations fragiles ne cessent d'augmenter, l'activité du secteur est en croissance mais l'image des structures est extrêmement dégradée.
- Le secteur est en pleine crise : pénurie de certains professionnels (accentuée après la crise du Covid) malgré l'activité croissante
- Les prochaines générations intégrant les Ehpad sont nées avec la transformation numérique. Ainsi les établissements vont devoir s'adapter à l'évolution des besoins des prochains résidents.

Il est urgent que le secteur se restructure pour pouvoir évoluer en même temps que les besoins de ses usagers. Les structures doivent rester souples pour se réadapter régulièrement. De plus, les foyers de vie sont plus concernés par ces besoins de restructuration. En effet, un établissement type Ehpad, est un lieu de vie pour ses usagers. Il devient plus important de pouvoir répondre aux attentes sociétales données à un lieu de vie.

### *A.3) Spécificité des foyers de vie : collectivité et individualité*

L'Ehpad est un lieu de vie et souvent le dernier lieu de vie de la personne accueillie. Cela engendre une prise en charge et un accompagnement spécifique, à l'instar de tous les foyers d'accueils ou les usagers sont résidents, il faut que l'établissement permette un cadre de vie où l'individu peut exprimer et atteindre ses choix de vie tout en lui octroyant le maintien de son état de santé et son autonomie.

L'entrée en Ehpad pour les usagers est vue comme une mise à l'écart. Le rapport Libault (2019) mentionne le fait que 80% des personnes interrogées la considèrent comme une perte d'autonomie et de choix. Or il est nécessaire que la personne se sente "chez elle" pour que sa prise en charge se passe de façon maximale.

La notion et le sentiment de « **chez soi** » en Ehpad est très difficile à mettre en place. Cela demande de répondre à des objectifs individuels alors que l'Ehpad est **un lieu collectif**, où la vie en collectivité est valorisée dans la lutte contre le sentiment d'isolement. Pour vivre en collectivité, il est nécessaire d'imposer des règles de vie communes qui peuvent aller à



l'encontre d'une prise en charge totalement individuelle. Il est difficile de définir une organisation structurée pour une vie en collectivité agréable et efficiente dans l'emploi du temps des professionnels et intervenants. L'admission est un moment crucial pour l'intégration du résident. L'intégration d'une personne âgée est rarement de sa propre initiative, mais souvent celle de son entourage<sup>15</sup>. Autour du résident, il y a une relation en triptyque : résident, famille-entourage, structure. La structure a pour premier objectif de répondre aux besoins du résident mais répond souvent à une demande de la famille. Ainsi, il est légitime de se demander à qui la structure répond en premier. Et quelles volontés sont prioritaires : celles de l'entourage ou celles du résident ? Il est aussi nécessaire de travailler avec la famille et l'entourage pour définir un cadre qui lui permette de se sentir chez lui.

**La réglementation du cadre de vie au sein des Ehpad est très stricte** ce qui réduit les possibilités d'individualisation pour chacun des résidents. La HAS produit des recommandations de bonnes pratiques qui vont déterminer le cadre social et physique des ehpad<sup>16</sup>. Ce guide définit les cadres strictes nécessaires à un Ehpad : le voisinage, le lieu d'implantation, la taille des chambres, les mobiliers, l'ambiance type lumière, etc. Les objectifs consistent à garantir une prise en charge basée sur une qualité calculée et "maximisée". Mais nous pouvons nous demander si cela n'empêche pas une position des équipes attentives à l'individualité ? Est-ce que si la HAS propose un niveau de luminosité "maximale" pour le bien être d'un individu, les équipes ne vont-elles pas considérer que celui-ci est le même pour tous les usagers ? Et vont donc leur imposer ce niveau sans même se poser la question si cela lui convient ou non ?

De même pour le cadre et les habitudes de vie : il est difficile de concilier les contraintes pour un cadre de vie collectifs ou individualisé pour permettre à chacun de se sentir chez soi. Les horaires de vie (lever, repas, coucher) sont fixés à l'identique pour tous pour une raison d'efficience professionnelle et de pratique organisationnelle. Or, cela réduit la

---

<sup>15</sup> Isabelle Donnio, *L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, Dans *Gérontologie et société* 2005 N°112 Vol 28 p.73 à 92

<sup>16</sup> HAS, Guide méthodologique : *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social* ; version validée 1er Novembre 2020

liberté de choix de vie des usagers. L'enjeu d'un lieu de vie comme l'Ehpad étant de reproduire au mieux possible un espace de vie normal et favoriser une continuité avec "la vie d'avant" des usagers<sup>17</sup>. Aujourd'hui, le refus de prise en charge et d'accompagnement des personnes en difficulté est souvent le fait de leur présence dans un établissement. À partir de là, ils ne vont plus pouvoir régir leur vie comme ils le souhaiteraient. Il s'opère alors un refus de voir leur vie privée dépendante et hors de leurs choix.

---

<sup>17</sup> Isabelle Mallon, *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social », 2005, 288 p.

## **B) Besoins actuels du secteur M-S : adaptabilité continue**

### ***B.1) Favoriser un accompagnement global des résidents***

Peut-on considérer que les foyers de vie type Ehpad répondent à la prise en charge globale d'un résident, dans un cadre de bonne santé ?

La bonne santé est définie par l'OMS comme : « Un état de complet bien-être mental, social et physique ». Dans un Ehpad, comme nous l'avons vu, la priorité dans la prise en charge des personnes âgées à longterm est liée à leurs problématiques physiques et corporelles. La prise en charge mentale des résidents est abordée par des méthodes de soins psychologiques (psychologues, psychomotriciens, etc.). La prise en charge sociale est quant à elle abordée au sein de l'établissement à travers des animations. Le lien social avec l'extérieur de l'établissement est souvent très limité par manque de temps et de capacités fonctionnelles des équipes. Le profil des usagers des Ehpad évolue comme nous l'avons vu, ils sont de plus en plus atteints de polyopathologies.

Leur souffrance n'est pas due à un problème en particulier mais à l'accumulation de plusieurs difficultés, dégradations ou pathologies. De plus, la représentation sociale de l'inclusion des personnes en difficulté et des méthodes de prises en charge évoluent également. Ainsi, les incitations publiques ont changé de paradigme : nous sommes passées d'une prise en charge médicale à une prise en charge globale de la personne âgée. La prise en charge globale d'un patient est le fait de considérer toutes ses pathologies, problématiques existantes. Cela sous-entend de prendre en compte toutes ses entités : physiques, sociales, psychiques et mentales.

Les personnels médicaux et paramédicaux prennent en compte les problématiques liées à ses entités physiques (voire psychiques et mentales avec le psychologue). L'animatrice s'occupe de l'entité sociale sans même le rationaliser et concevoir l'importance qu'elle représente dans la prise en charge globale du patient.

Dans la prise en charge globale d'un patient, on prend également en compte son entourage, son histoire et son mode de vie. Cela permet de favoriser la réussite des prises en charge. Si

un mal en cache un autre, le guérir sans anticiper les autres problématiques peut être improductif et ne pas améliorer le bien-être du résident.

## ***B.2) Favoriser l'individualisation des prises en charge et lutter contre l'isolement***

Le respect de **l'individualité des besoins de chaque usager permet de le rendre acteur de sa prise en charge**. Si l'utilisateur identifie ses besoins, ses envies et que les équipes lui permettent de les exprimer, il est déjà acteur de sa prise en charge. L'inclure dans ses choix de vie et lui permettre des prises en charge basées sur ses envies et intérêts, permet qu'il s'engage dans sa prise en charge. Les activités proposées et les interactions avec la société sont deux éléments qui peuvent être potentiellement personnalisés. Or, comme nous l'avons abordé, les Ehpad sont des espaces de vie collective dans lesquels le rythme de vie est souvent imposé à tous les usagers.

Est-ce que le cadre institutionnel empêche la réalisation d'un "chez soi" pour les usagers ? Durant l'accueil d'un nouveau résident, sa capacité à se sentir chez soi est un élément crucial dans la réussite de son accompagnement par la suite et son bien être au sein de la structure.

L'appropriation du lieu de vie peut se faire à travers d'autres éléments que le rythme de vie, qui est imposé par les raisons vues précédemment. Comment moduler cet espace de vie de façon individuelle ? Heidegger, philosophe allemand détermine la définition "d'habiter" comme : "résider ou séjourner, habiter en paix, se sentir à l'aide ou chez soi dans un lieu donné"<sup>18</sup>. Décorer la chambre du résident avec ses propres objets personnels peut être un moyen d'humaniser son lieu de vie et de le personnaliser. Ce travail peut être fait en amont de son intégration avec son entourage. Les activités choisies, comme nous le verrons par la suite, sont un élément important dans l'épanouissement social du résident. Ces activités peuvent être personnalisées pour répondre au mieux aux intérêts de l'utilisateur et qu'il puisse exprimer sa personnalité. Dans ce cadre, **le projet personnalisé est un outil qui encadre cette personnalisation de l'accompagnement**. Personnaliser la prise en charge de la personne âgée favorise le fait qu'il se sente chez lui au sein de la structure. Pour cela, le projet

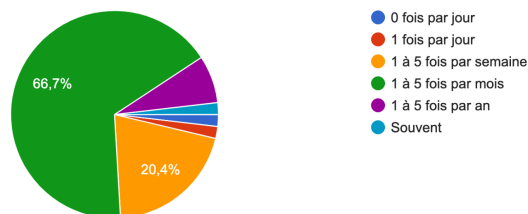
---

<sup>18</sup> Jonh Urry, 2005, *L'habiter*, dans sociologie des mobilités, p. 135 à 162

personnalisé est un outil inévitable. Il permet à l’usager de s’engager dans sa prise en charge. Au sein de ce projet personnalisé sont décidées des activités auxquelles il participe.

**Les Ehpad étant souvent enclavés territorialement** (malgré les recommandations de bonnes pratiques de la HAS (Anesm 2011) qui valorise la construction de structure en centre-ville). Cela rend difficile les interactions avec des individus hors Ehpad et cet entre-soi n’aide pas à l’individualisation des modes de vie de chaque usager, ni à leur sentiment d’inclusion au sein de la société. Favoriser un désenclavement des structures et des usagers au sein du territoire dans lequel ils sont implantés est urgent. Selon nous, les interactions avec “l’extérieur de l’Ehpad” est un moyen de lutter contre cet enclavement. Afin d’illustrer nos propos, nous avons créé un questionnaire à destination de personnels d’Ehpad ainsi qu’échanger avec un échantillon de résidents. À la réponse “à quelle fréquence les usagers de votre établissement ont-ils un contact avec l’extérieur ou des personnes extérieures (hors visite des proches), plus de la moitié ont répondu :

A quelle fréquence les usagers de votre établissement ont-ils un contact avec l’extérieur ou des personnes extérieures (hors visite des proches) ?  
54 réponses



“1 à 5 fois par mois”. Ce qui est très peu face à un panel de personnes âgées encore à domicile. 9,1% “1 à 5 fois par an”

Un des changements de paradigme qui a fortement impacté la prise en charge des personnes âgées est **le passage de la notion d’intégration à la notion d’inclusion**.

L’intégration est “le chemin que doivent parcourir les personnes exclues, vers un groupe défini comme normal”<sup>19</sup>. La loi de rénovation du secteur médico-social en 2005 fait évoluer

<sup>19</sup> F. LACAZE, 2014, *Intégration, inclusion, accueil... au-delà des mots et des lois, un état d’esprit*, Revue-empan n°93, p. 44 à 47

les termes du secteur. On parle aujourd'hui d'accessibilité universelle. On considère que c'est la société auto normée (faite par et pour les personnes "valides") qui induit un handicap lorsqu'un individu ne répond pas à la norme. On parle alors d'inclusion : "l'environnement s'adapte pour accueillir un individu exclu"<sup>20</sup>.

### **Comment considère-t-on l'inclusion au sein de la société ?**

Par des interactions choisies par le résident lui-même en accord avec les équipes médicales. Qu'est-ce qui motive, donne envie de vivre et de participer à la société ? Les goûts et intérêts propres à chacun. Les goûts et intérêts peuvent être exprimés à travers des choix d'activité (culturelle, sportive, interaction sociales, shopping, bien-être...).

### ***B.3) Limites à la mise en place d'un accompagnement global et individuel : Avènement du NPM et épuisement des ressources humaines et financières***

Chaque résident est unique, ils ont des appétences et intérêts spécifiques, combinés à un état de dépendance également spécifique à chacun. De ce fait, il paraît complexe de proposer à chaque résident des activités qui correspondent à leurs réels goûts et intérêts, adéquates à leurs capacités, besoins et niveaux de dépendances. Le cadre normé des structures est une limite institutionnelle. Les recommandations de la HAS (Anesm, 2011, 18) rappellent que l'appropriation de la chambre par l'utilisateur ne doit pas entacher les normes de sécurité.

De plus, ces dernières années, **nous assistons à une standardisation des méthodes de soins et de prises en charge**. L'avènement du **New Public Management (NPM)** et des pressions de conformisme budgétaire et de méthode de travail se voulant toujours plus efficaces pèsent sur les managers. La réponse à ces besoins d'efficacité et l'augmentation des contrôles budgétaires engendre une standardisation des méthodes de soins et de prises en charge (des méthodes standardisées sont plus facilement contrôlables). <sup>21</sup>Le NPM est un

---

<sup>20</sup> Ibid

<sup>21</sup> Irène Gorgescu, Gérald Naro, « Pressions budgétaires à l'hôpital : une étude qualitative du concept de « RAPM » auprès de praticiens hospitaliers » in *Comptabilité Contrôle Audit* 2012/3 (TOME18)

concept né dans les années 70 qui consiste à appréhender les rapports entre pilotage et exécution en le liant étroitement avec les notions de coût-efficacité. L'avènement de ce courant à travers la T2A a d'abord intégré les hôpitaux, puis le secteur médico-social à travers un contrôle organisationnel fondé sur le contrôle des résultats. Cela mène à une homogénéisation des prises en charges.

Mener un accompagnement et un suivi global demande du temps. Mais, nous faisons face à un épuisement général (physique et mental) des professionnels du secteur (soignants, travailleurs sociaux, paramédicaux, etc). Les professionnels ne se retrouvent plus dans leur métier et n'ont pas assez de moyens pour proposer des projets qui sortent des prises en charges classiques. L'avènement du « New Public Management » en est une des nombreuses causes.

La crise du Covid 19 a renforcé cet épuisement de façon exponentielle. **Aujourd'hui, le secteur vit une réelle crise de recrutement.** Par exemple, il est actuellement très difficile de combler les postes vacants d'ASH, souvent le poste clé pour les animations avec l'animatrice. Le manque de moyens financiers et humains limite d'autant plus une prise en charge individualisée des résidents.

#### ***B.4) Les activités occupationnelles : quels bénéfices ?***

Nous constatons un manque d'adéquation entre les activités proposées et les intérêts des résidents. Les projets personnels des patients se retrouvant limités dans l'exécution.

Or, les prises en charges occupationnelles (animations et activités proposées) visent à compléter la prise en charge médicale et paramédicale en répondant aux besoins spécifiques des usagers, que ce soit pour favoriser une meilleure inclusion, pour améliorer l'humeur ou pour rendre le résident acteur de son parcours de soin. Les activités proposées sont censées être choisies selon les intérêts réels d'un résident. Mais elles sont davantage choisies selon l'intérêt des équipes et des moyens disponibles, parfois par manque de temps ou de personnel.

Ainsi, proposer des activités répondant aux intérêts spécifiques de chaque résident participe d'une prise en charge globale d'un résident (une prise en charge sociale, mentale et physique).

L'accompagnement doit permettre au bénéficiaire d'agir sur sa vie et de faire des choix. Les interactions avec la société, choisies par l'utilisateur sont aussi un objectif de qualité. La vie sociale est choisie par un individu lambda. Permettre à l'utilisateur de maintenir cette vie sociale l'ouvre à une autonomie sociale, essentielle à son bien-être. Plus que la vie sociale, il y a la participation sociale de la personne en tant que citoyen. Globalement, les activités proposées sont un élément essentiel. Si elles sont en accord avec les intérêts du résident, elles lui permettent d'exprimer ses goûts et intérêts. Ainsi, il exprime encore "qui il est", sa personnalité.

S'impose une réflexion : la personne âgée est souvent en manque d'entrain, d'engagement. Il n'est pas rare d'entendre les usagers d'un Ehpad refuser toute activité, fatigués par leur condition de vie. Comment gérer ce paradoxe : assurer une proposition d'activité plurielle, répondant et aux intérêts personnels des résidents et aux problématiques de la vie en collectivité, sans jamais obliger un usager en perte de moral ?

*"Quand je viens voir mon père, j'aime jouer aux cartes dans le patio avec lui. Il est toujours seul dans sa chambre et ne se mélange jamais aux autres. Quand je lui pose la question de s'il veut jouer il me répond non. Alors j'ai arrêté de lui poser cette question. Quand j'arrive je le sors de sa chambre, je prends mes cartes, puis on joue et il passe un bon moment, c'est agréable". M. Dubosco, 62 ans*

Il est important d'inclure la vie sociale et la participation sociale des usagers dans leur projet personnalisé. Cela permet d'en discuter avec eux dans un premier temps, avec leur entourage. Ainsi, les activités proposées peuvent être au plus près de ses intérêts. Cela peut également servir dans l'identification de ses relations futures avec les autres résidents. En appréhendant le caractère de chacun, il est possible d'anticiper les potentielles cohésions entre usagers. L'inclusion de l'entourage est également un élément à prendre en compte dans la prise en charge sociale du résident.

À l'avenir, il est inévitable que les outils numériques intègrent la dimension sociale des Ehpad. Les prochaines générations d'usagers seront sensibilisées aux échanges à travers



les réseaux sociaux. Cela pourra favoriser les échanges vers l'extérieur de façon autonome, décidés par l'utilisateur quand il le souhaite. Ronan Marie Moulard dans son mémoire "l'Ehpad, construire un chez soi", propose de mettre en place un pôle "de vie sociale" au sein des structures. Cela pourrait en effet favoriser un meilleur accompagnement des usagers sur le plan de la vie et participation sociale. Le service d'animation fusionnerait avec le pôle "vie sociale".

Cela permettrait de **“sortir l'animation du seul champ des activités occupationnelles pour enfin lui reconnaître un rôle fondamental dans la constitution d'un lieu de vie”**.

Le secteur du médico-social a tendance à substituer le droit du choix aux résidents. Leur enlever le choix peut parfois les rendre non responsables, non acteurs de leur vie et les rendre totalement dépendant. Il n'est pas question que du choix, la finalité va au-delà. Le but est de pouvoir leur donner de l'importance, « mon avis compte ». Ne pas déshumaniser la personne âgée lorsqu'elle entre en Ehpad mais plutôt l'encourager à considérer ce nouveau lieu de vie comme une continuité de leur vie passée.

## ***Partie 2 : Des acteurs hybrides : solutions à la transformation du système médico-social ?***

### **A) Étude du marché**

#### ***A.1) Analyse de l'environnement : les acteurs et solutions hybrides existantes***

##### **Les réponses existantes :**

Comme nous l'avons vu, l'évolution des législations et mécanismes d'incitation mis en place par les pouvoirs publics dans le secteur médico-social, tentent de répondre aux besoins et demandes des usagers qui évoluent eux aussi. Nous allons aborder des exemples concrets d'actions mises en œuvre dans l'objectif de répondre aux problématiques abordées précédemment.

L'« Ehpad hors-les-murs » est un dispositif mis en place dans le cadre de la loi relative à l'adaptation de la société et au vieillissement (ASV). C'est une solution proposée dans l'objectif de permettre à des personnes âgées dépendantes de continuer de bénéficier des soins et suivis médicaux, sociaux et paramédicaux à leur domicile - avec infirmières, aide soignantes, kinésithérapeute, etc. La loi ASV souhaite répondre à un besoin exprimé par les seniors de rester le plus longtemps possible chez eux. L'attractivité moindre (et toujours en déclin) des Ehpad s'exprime autant par les professionnels que les usagers. L'« Ehpad hors-les-murs » consiste à mettre à faire intervenir les professionnels directement chez l'utilisateur. Le dispositif prend également en charge la coordination (via des carnets de liaisons ou tablette connectées) entre les différents acteurs, y compris l'entourage (aidants, famille). Ce dispositif permet de maintenir une certaine autonomie afin que l'utilisateur maintienne son entourage social et ses habitudes de vie, le plus longtemps possible. Il permet également de lutter contre l'isolement des usagers en proposant aux personnes à domicile de participer aux activités de l'Ehpad avec les résidents et de rentrer chez eux par la suite.

Lorsque le niveau de dépendance (GIR 1 à 4) de l'utilisateur ne lui permet plus de rester à domicile, il est alors intégré en tant que résident dans l'Ehpad. Ce dispositif permet en effet de retarder la rupture de l'utilisateur avec son environnement familial, social, et ses habitudes de

vie. Il permet également une adaptation à la vie “en Ehpad” plus douce. Mais à l’inverse, il ne permet pas à l’usager de garder un lien avec ses intérêts quotidiens, ses habitudes de vie et sa participation sociale au sein de l’établissement. L’isolement est encore présent une fois devenu résident et la participation de l’usager à son projet de vie, ou de fin de vie, reste encore limitée dans la mise en œuvre concrète. L’ «Ehpad hors-les-murs » reste une préparation à l’Ehpad.

Et si nous imaginions d'autres acteurs hors médicaux et paramédicaux entrant dans la boucle ? Est-ce que si on faisait venir la société à l’Ehpad, la participation sociale des résidents augmenterait ? Ou du moins leur bien-être social ? Nous avons vu que l’inclusion est l’adaptation de la société pour se rendre accessible à tous. **Et si nous imaginions que tous les professionnels aient la possibilité de se former à l’accessibilité, et donc de rendre accessibles leur services ou produits ?**

### **L’exemple de l’institut de l’art inclusif**

*Au nom de la danse* est une association loi 1901 qui a pour objectif de permettre à toute personne valide ou en situation de handicap de s’exprimer librement au travers de la danse. Cette école de danse propose des cours inclusifs, adaptés à tous où se mélangent personnes valides et personnes en situation de handicap. Cette association a donné suite à de nombreuses réflexions au sein des professionnels accompagnant les danseurs non valides.

Au nom de la Danse à alors fusionnée avec l’Adapei du Var<sup>22</sup> et ont ainsi donné naissance à **l’Institut des arts inclusifs (IAI)**. Leurs objectifs sont : d’agir pour l’inclusion à travers l’art, en le rendant accessible à tous, ainsi que **jouer un rôle dans le débat démocratique en sensibilisant le secteur artistique à l’inclusivité et l’accessibilité**. Ainsi, l’IAI propose de former d’une part les professionnels de la culture à l’accessibilité et l’inclusivité. Cela leur permettra de s’ouvrir en même temps qu’ils élargissent leur potentiels clients. L’IAI forme également les professionnels d’établissements médico-sociaux aux bienfaits et risques de la pratique artistique pour une personne non autonome.

---

<sup>22</sup> Association départementale en Loire Atlantique des amis et parents d’enfant inadaptés

## ***A.2) Une volonté de l'État d'inciter à la coopération entre établissements : L'exemple des GCSMS***

Inciter à coopérer pour plus d'interaction et mutualisation : pour mieux prendre en charge, l'exemple des GCSMS mis en place par la loi du 11 février 2005 et le décret du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale. Mais cela ne concerne que les établissements entre eux ; désenclaver à l'échelle du secteur.

La coopération replace l'utilisateur au cœur des dispositifs et permet de mettre en place une organisation selon leurs besoins. Or, encore une fois, on ne considère que leur besoin à travers leur fragilité mentale et physique.

## **B) Notre solution hybride : une association faisant le lien entre tissu associatif du territoire et EMS**

### ***B.1) Notre offre***

Dans le but de favoriser l'inclusion des usagers du secteur médico-social, nous souhaitons proposer un service innovant à destination des établissements médico-sociaux ainsi qu'à leurs usagers, sous la forme d'une association. Comme nous l'avons vu, le manque de moyens financiers et humains au sein du secteur limite les prises en charge individualisées des résidents. Selon nous, en permettant à d'autres acteurs d'intégrer ce secteur, de l'ouvrir à l'économie du secteur dans lequel il évolue, les interactions des usagers avec la société seraient favorisées tout en soutenant les professionnels soignants.

Un service consistera à proposer aux usagers du secteur médico-social de participer à des activités occupationnelles en fonction de leurs intérêts, de leurs envies, de leurs capacités et de leurs besoins, en lien avec les acteurs du territoire auxquels ils sont rattachés.

L'association travaillera en étroite collaboration avec les établissements médico-sociaux ainsi que tous les professionnels culturels, de loisirs, activités sportives et de bien-être.

*Objectif pour les résidents* : s'épanouir, leur remonter le moral, éviter l'exclusion et leur offrir des choix. Proposer des prestations personnalisées proportionnelles à leur forfait d'adhésion.

*Objectif pour les structures* : accompagner les établissements médico-sociaux dans la prise en charge globale de leurs résidents. Soulager les équipes soignantes et/ou d'animations avec un soutien structurel en lien avec les acteurs territoriaux.

### **Créer un intermédiaire entre les acteurs.**

#### **Rôle de l'association :**

- Apporter une aide aux équipes pour identifier les goûts et intérêts des individus et leur proposer des services et un accompagnement adéquat à leurs besoins
- Être garant des échanges et partenariats entre établissements et acteurs du territoire local pour favoriser des échanges qui profiteraient à chacun

Exemple : si une activité danse est prévue, elle peut être organisée **en partenariat** avec l'école de danse de la ville. Si un service de "médiation animale" est proposé pour les résidents, il devra être organisé avec les fermes, centres équestres... du territoire. **Si un espace au sein de l'Ehpad est libre, il est possible d'imaginer un échange de bons procédés** : Un prêt de la salle une fois par semaine pour que le professionnel puisse exercer, en échange de la participation des usagers s'ils le souhaitent.

#### ***Offre pour les ESMS :***

Voici l'offre imaginée à destination des structures médico-sociales.

*Objectif* : mettre en relation l'établissement avec les acteurs locaux pour qu'ils aient connaissance des activités possibles (avec les tarifs).

Formation aux bénéficiaires des activités occupationnelles.

**Adhérer à l'association : 400€/an comprend :**

- Recensement des acteurs locaux, infographies sur les avantages, bénéficiaires et risques des différentes activités occupationnelles (AO) présentes sur le territoire
- Recensement AO du territoire
- Formation d'un soignant référent dans l'établissement qui coordonnera les AO

**OPTION 1 : +100€ / mois au frais de l'établissement**

- Coordination et pilotage des activités + listing des appels à projets
- Suivi des impacts et bénéficiaires des AO sur la qualité de vie des usagers
- Dont 80€ dédiés aux frais des AO à destination des résidents de l'Ehpad

**OPTION 2 : +150 € / mois**

- Recherche de financement et de subvention ; lancement et mise en place de l'appel à projets (de A à Z)

**OFFRE COMPLÉMENTAIRE AVEC CELLES DES USAGERS :**

**Offre 1 "Silver" (1 AO toutes les 2 semaines) :**

- Cas 1 : Établissement non adhérent à l'association : **200€/an**

Recensement + infographie.

\*AO imposées (avec 3 choix différents proposés toutes les 2 semaines).

Prise en compte des transports (si l'activité ne peut se déplacer au sein de l'établissement) et du coût de l'activité (à hauteur de 7€ max par activité).

- Cas 2 : Établissement adhérent à l'association : 80€/an

**Dans le cas où votre établissement est adhérent à notre association, l'utilisateur paiera seulement 80€ d'adhésion car les frais de recensement + de transport + infographie + accompagnement + désignation d'un soignant référent dans l'établissement est prise en charge par celle-ci.**

**Offre 2 "Gold" (établissement adhérent ou non) : X€ par activité**

**Devis propre à chaque activité**

A la carte ; si certains résidents veulent des activités spécifiques et personnalisées.

*Offre pour les acteurs territoriaux :*

**Offre 1 :** Intégration de vos activités au listing proposés aux EHPAD :

Prix : Adhésion à l'association **40€ /an**

**Offre 2 :** Intégration de vos activités au listing proposés aux EHPAD + Formation à l'accessibilité (Rendre accessible à toutes les activités que vous proposez) :

Prix : Prix d'adhésion **40€ /an** + Prix de la formation : **700€**.

## ***B.2) Analyse de notre projet à travers un outil de contrôle de gestion***

Une question apparaît rapidement : Comment analyser les performances possiblement réalisables par notre projet ?

Comment anticiper l'intégration de ce projet dans les différents champs que ses actions vont croiser (champ économique et financier, champ social et environnemental, territorial) ?

Ici on aborde la notion des performances globales d'une entreprise, ici d'une association entreprenant des actions marchandes à but non lucratif.

Notion des performances globales (Corporate social performances) : «Agrégation de ses performances économiques, sociales et environnementales" Pierre Baret, Responsabilité sociale de l'entreprise, 2006.<sup>23</sup>

Ainsi, on comprend que pour analyser la performance globale d'une entreprise, ou d'un projet, il est nécessaire d'identifier les différents axes entrant en compte, d'analyser comment s'intègre les actions du projet et enfin, créer des indicateurs permettant d'analyser le niveau d'impacts qu'ont ces actes sur les actions de l'entreprise.

Le contrôle de gestion a pour ambition de répondre à ce besoin de maîtrise des performances.

1965 Robert Anthony : « Le Contrôle de gestion est le processus par lequel les managers s'assurent que les ressources sont obtenues et utilisées avec efficacité et efficience dans l'accomplissement des buts organisationnels »

Le Balanced Scorecard est un instrument de mesure et de pilotage des performances utilisé dans le contrôle de gestion. Outil managérial développé en 1992 par deux économistes américains : Robert S. Kaplan et David Norton.

Cet outil a été créé dans l'objectif d'identifier si les actions d'une entreprise (et la façon dont elles sont mises en œuvre) peuvent répondre aux objectifs de cette même entreprise sur le long terme.

Cet outil prendra en compte tous les axes stratégiques ayant une interaction avec les actions de l'entreprise et son évolution dans le contexte économique dans lequel elle est intégrée. Les indicateurs créés ont pour objectif de générer des données quantifiables utilisées pour identifier le niveau de performance et donc d'orienter les comportements des individus vers des comportements efficaces, tout en respectant les contraintes sociales, économiques et environnementales. <sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> <https://study-day.net/2021/11/01/quest-ce-que-la-performance-globale-des-entreprises/>

<sup>24</sup> 2014 Nicolas Berland : « Pratiques créatrices d'ordre et de sens reposant sur l'exploitation de données chiffrées (financière et non financière), visant à orienter les comportements des acteurs »



Le Balanced Scorecard identifie 4 axes autour des actions de l'entreprise permettant de suivre et de piloter la stratégie de l'entreprise.

Objectif : obtenir un équilibre entre indicateur de performance et indicateur de performance de qualité

=> Traduction de la stratégie en actions concrètes

=> Vision multidimensionnelle de la performance

=> Prise en compte de l'immatériel, des intangibles.

=> Vision prospective: leading indicators VS lagging indicators

Cet instrument présente 4 axes que nous pourrions retrouver ci-dessous :

- Axe processus interne
- Axe financier
- Axe client
- Axe apprentissage / innovation

Intégration de notre projet dans les axes du balanced scorecard

### **Étape 1 - Vision du projet :**

#### **Vision - projection :**

**Vision :** innovation du secteur MS. Lignes directrices : innovation dans le secteur médico-social, valorisation des interactions usagers - acteurs du territoire, favoriser un projet personnel de vie plus personnalisé aux goûts et intérêts des usagers, soutenir les équipes soignantes.

**Objectifs principaux :** créer une association dans le but de favoriser l'inclusion des usagers au sein de la société et leur proposer une prise charge qui réponde à leur goût et intérêt.

**Mission principale (comment atteindre nos objectifs) :** matching (mise en relation) entre différents acteurs et permettre à chacun de s'y retrouver

**Valeurs :** territorialité, inclusion, interaction

**Stratégie :** quels DAS (Domaine d'Activité Stratégique) ?

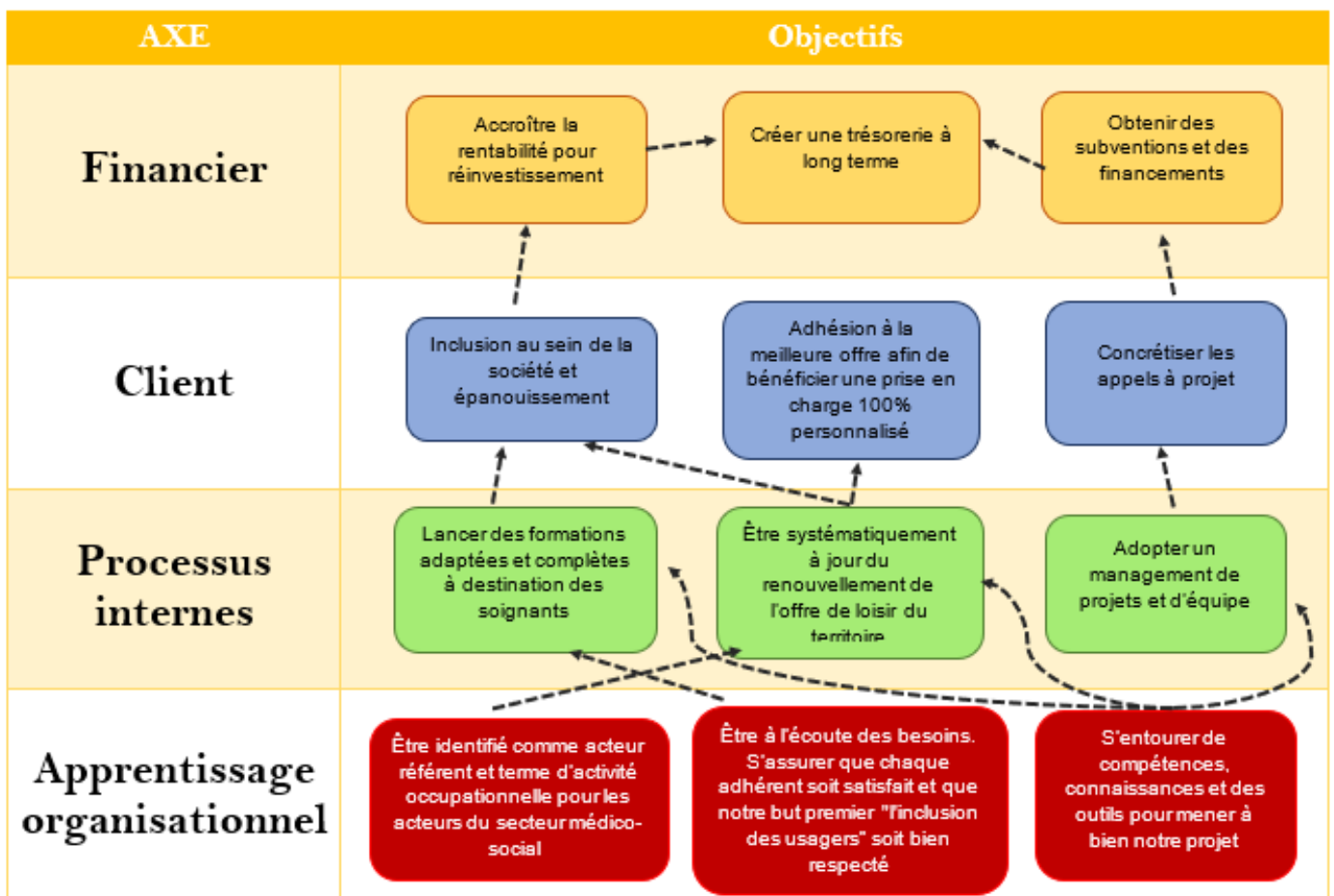
\*\*\* Définition : Groupe homogène de produits et de services qui présentent des critères communs en termes de compétences, de concurrence et de commercialisation.

DAS 1 : mise en relation / coordination

DAS 2 : veille des acteurs / activités et recensement

DAS 3 : Suivi et accompagnement des projets et mise en place

**Etape 2 : Carte stratégique → Relier les 4 axes de façon à créer de la valeur : stratégies et objectifs stratégiques**



Axe apprentissage & Organisation : Pour réaliser notre idée, quelles sont les aptitudes qu'il faut maintenir pour mener au changement ?			
Cible (qui)	Objectifs	Indicateurs	Actions à mener et initiatives
Etablissement MS	Être identifié comme acteur référent et terme d'activité occupationnelle pour les acteurs du secteur médico-social	Nb de partenariats passant par nous / Nb total de partenariats  Nb d'adhérents passant par chez nous / nb d'adhérents totaux	S'entourer de compétences, connaissances et des outils pour mener à bien notre projet
Acteur territoriaux	Être identifié comme acteur référent dans la mise en relation avec des adhérents potentiels pour les acteurs des activités de loisirs		Veille et recensement des acteurs territoriaux
Notre environnement	Être identifié comme intermédiaire référent entre le secteur médico-social et les acteurs occupationnels territoriaux (définir)		Système de formation/ sensibilisation à l'accessibilité et aux problématiques du secteur MS aux acteurs des activités de loisir / système de formation/ sensibilisation des soignants aux bienfaits et caractéristiques de chaque domaine de loisirs.
Association	Être à l'écoute des besoins. S'assurer que chaque adhérent soit satisfait et que notre but premier "l'inclusion des usagers" soit bien respecté.	Questionnaire de satisfaction à destination des usagers et établissements	Faire des bilans  1/mois pour chaque ES (peu importe le nombre d'usagers)
Axe client : pour réaliser notre idée, comment devons-nous apparaître à nos clients ?			
Cible (qui)	Objectifs	Indicateurs	Actions et initiatives
Les usagers	Inclusion au sein de la société	Nombre d'adhérents	Augmenter le pourcentage d'adhérents
	Epanouissement	Enquête satisfaction	Améliorer l'expérience de l'utilisateur
	Adhésion à la meilleure offre afin de bénéficier une prise en charge 100% personnalisé	Forfait	Mener une campagne de communication autour du marketing santé, de nos valeurs et du bienfait de notre projet
Les établissements	Les informer au mieux des acteurs présents sur le territoire	Recensement des acteurs	Veille sur les nouveaux entrants sur le territoire
	Concrétiser les appels à projet	Tableau de bord : objectif atteint	Réaliser une veille, proposer régulièrement des AP

Axe financier : pour réussir le plan financier, comment devons-nous apparaître à nos actionnaires			
Cible	Objectifs	Indicateurs	Actions et initiatives
L'association	Cercle vertueux : Plus d'adhérents = plus de sous = plus de projets potentiels = plus d'adhérents possible	Chiffre d'affaires Nombre d'adhérents	Augmenter le nombre d'adhérents, d'appel à projet et de subvention pour dégager une rémunération
	Accroître la rentabilité pour réinvestissement	EBE Taux de rentabilité	Élaboration d'un tableau budgétaire pour l'année N et N+1 : y faire apparaître, les entrées et les sorties (profit, charge), dégager le CA, marge, coût de revient puis bénéfice net.
	Créer une trésorerie à long terme	CAF	Être en capacité de développer notre activité sur un court terme sans dépendre des entrées (€)
Etablissement MS	Obtenir des subventions et des financements	Nombre d'appel à projet et montant des subventions obtenus	Nous faire confiance : tenir un tableau récapitulatif de toutes les subventions obtenues pour les établissements accompagnés
Axe processus interne : pour satisfaire nos clients et nos investisseurs, dans quel processus devons-nous exceller ?			
Cible	Objectifs	Indicateurs	Actions et initiatives
Association	Être systématiquement à jour du renouvellement de l'offre de loisir du territoire, ainsi que les spécificités engagées dans chaque activités	Nombre d'asso présente sur le JOAFE/nombre présent de notre listing	Système de coordination qui se met à jour en permanence : Système d'application en ligne ???  Veille scientifique sur les avancées des INM (type art-thérapie)
	Adopter un management de projets et d'équipe (formation et accompagnement). Dans notre communication inclure la notion de « change management » pour y faire adhérer une communauté	Tableau de bord	Formation régulières
	Lancer des formations adaptées et complètes à destination des soignants	Nombre de formations	Leur donner tous les outils et informations nécessaires pour avancer correctement

Il est assez difficile d'identifier toutes les pressions et sources de menaces qui régissent notre association. Nous devons ajouter d'autres outils de management tel que PESTEL ou SWOT pour alimenter un « balanced scorecard ».

L'outil est assez simple d'usage et cela nous permet d'axer l'ensemble de nos objectifs vers une même stratégie.

À travers ce service innovant, nous souhaitons mettre en avant le besoin d'interaction ainsi que de prises en charge adéquates aux intérêts et aux choix de vie des usagers au sein des foyers médico-sociaux, notamment en Ehpad. Des innovations de ce type, favorisent les initiatives (déjà existantes de façon individuelle et encore trop minime) d'acteurs proposant des activités aux usagers de ce secteur, ou encore des partenariats avec les établissements.

(Par exemple : un service de garde d'animaux de compagnie entre l'Ehpad et les habitants des alentours).

Cela peut également avoir un impact sur le management des équipes soignantes et éducatives, en leur apportant une aide fonctionnelle et sur le terrain.

Le « Balanced scorecard » nous a permis d'identifier les axes gravitant autour de ces objectifs. Faire cet exercice permet d'analyser les axes en jeu dans l'évolution du secteur médico-social et des évolutions et innovations dont il doit faire preuve pour répondre aux intérêts et besoins de leurs usagers actuellement.

Il serait en effet intéressant d'utiliser le « Balanced scorecard » dans une vision plus large, à l'échelle des Ehpad et de leur fonctionnement. Cela permettrait ensuite d'identifier les objectifs à valoriser et les innovations à mettre en place pour soutenir l'évolution du secteur vers une prise en charge plus inclusive et plus proche des intérêts de ses usagers.

### ***B.3) Plan de financement***

L'association dégagera un revenu en vendant des prestations de service. Nous établirons un tableau de bord dans le but de comptabiliser les forfaits vendus et suivre toutes les fonds réinjectées dans de nouveaux projets.

Une stratégie commerciale sera mise en place pour des prestations personnalisées aux plus aisés : les nouvelles technologies (soins, enrichissement culturel, bien-être), sortir du territoire.

Nous pouvons inclure diverses taxes ou coûts, tels que les frais d'essence, d'assurance dans l'abonnement en fonction du forfait d'adhésion de l'établissement ou de l'utilisateur. Ces coûts seront **infimes** mais pourront être présents.

Tous les bénéfices perçus seront réinvestis dans de nouvelles activités occupationnelles. Nous souhaitons aider aussi les personnes âgées modestes afin que tout le monde puisse bénéficier d'activités occupationnelles.

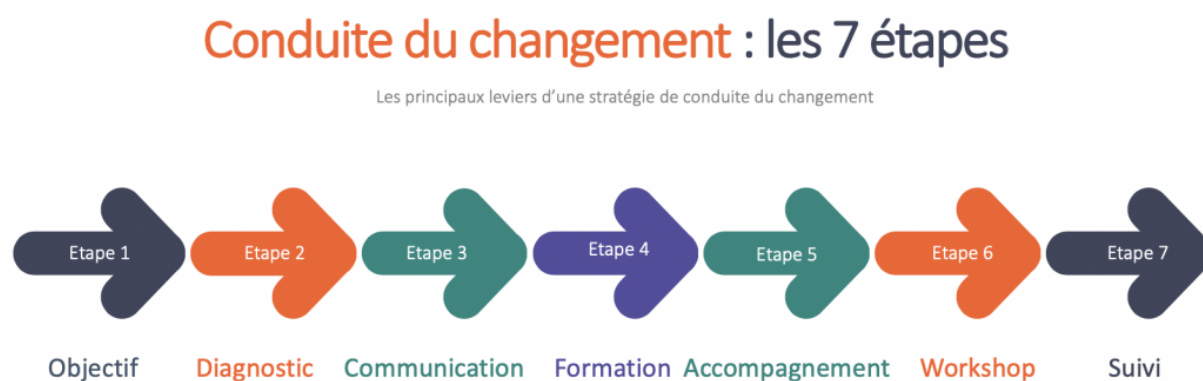
Lorsque l'établissement sera adhérent il pourra financer une partie des activités occupationnelles choisies. Cela permettra aux usagers de bénéficier de ces activités gratuitement.

## **C) Conduite du changement et innovation sur le secteur MS : Diversifier le secteur médico-social**

### ***C.1) Accompagner une organisation au changement et à l'innovation***

« La conduite du changement permet de guider, d'équiper et d'accompagner les individus au sein d'une organisation pour leur permettre de s'adapter aux changements et aux évolutions de son environnement.

Elle permet aux individus de comprendre et d'appriivoiser ces nouveautés afin de les intégrer à leur travail quotidien. » <sup>25</sup>



Il est vrai que la notion de la conduite du changement n'est pas souvent utilisée dans le secteur de la santé et du médico-social. Pourtant elle a parfaitement sa place. Le changement touche tout domaine d'activités et de professions. Le changement peut être source d'évolution du marché, du progrès technologique et scientifique, ou bien simplement de la demande.

De nouveaux phénomènes ou exigences de la société peuvent impacter fortement le mode de travail de certaines structures.

Par exemple, une maison d'édition qui édite son journal papier hebdomadaire devra s'adapter à l'évolution du marché au risque de mourir et perdre sa clientèle. Des évolutions technologiques rendant certains outils obsolètes et inutiles et une demande des

---

<sup>25</sup> Nexum : life is change

consommateurs de recevoir l'information dans l'immédiateté viendront impacter de manière significative le monde du journalisme.

De nombreuses entreprises échouent malgré l'entreprise de bons projets car elles n'ont pas eu une attention suffisante à la gestion du changement. Le secteur médico-social est fortement touché par la transformation technologique et le progrès médical. Les établissements doivent repenser leur système d'information. "La diversité des activités et des prises en charge, des modes de financement et de facturation, aboutissent à des projets complexes aux risques multiples (financier, sociaux, fonctionnel, technique)".<sup>26</sup>

Il faudra mener une veille concurrentielle, élaborer un diagnostic interne, définir les enjeux, investir, accompagner les acteurs touchés par ce changement et évaluer les résultats afin de réajuster si nécessaire.

En amont, il faudra se questionner sur **les outils indispensables pour mener à bien cette veille, etc.**

Il est vrai que certaines structures connaissent leur fragilité et savent qu'elles doivent rapidement conduire un changement. Elles peuvent se retrouver en difficulté en ignorant les outils à adopter pour mener ces changements.

***"Il faut faire aujourd'hui ce que le monde fera demain" Jean Cocteau***

La conduite du changement ne peut avoir lieu que lorsqu'un groupe d'individus ou une communauté ont une prise de conscience sur le changement à adopter.

Dans notre contexte, cette prise de conscience émerge de l'augmentation forte de l'isolement et de l'exclusion de la personne âgée au sein de la société. Un phénomène qui pousse les structures d'aller au-delà des soins de base et proposer des accompagnements occupationnels et un suivi non médicamenteux.

---

<sup>26</sup> WELIOM : entreprise experte dans la mutation du secteur de la santé et du médico-social <https://www.weliom.fr/secteur/medico-social/>



## ***C.2) Accompagner des changements et innovation dans le secteur médico-social***

Dans le champ du médico-social, la conduite du changement n'a pas le même objectif que pour une entreprise commerciale à but lucratif. Le profit compte mais l'humain se doit de rester au cœur des stratégies mettant en avant une moralité. Il est question d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées dans leur vie quotidienne, dans leur souhait de "bien- vieillir" en leur proposant une offre qui leur sera entièrement dédiée. Une offre innovante qui permettra de répondre aux nouveaux enjeux imposés par le vieillissement de la population.

Afin de s'adapter au marché et à notre environnement nous devons rester à l'écoute des besoins et attentes du résident. Cela nous permettra de mieux l'inclure au sein de la société, de le rapprocher des acteurs territoriaux et le sortir de l'isolement. Cette démarche est plus humaine que financière.

“Dans le cadre d'un projet, conduire le changement c'est prendre en compte et répondre à la dimension humaine des transformations, **accompagner les équipes** et les fédérer, au-delà des doutes et des dysfonctionnements, pour susciter l'envie et l'adhésion. Enfin, conduire le changement c'est renforcer la compréhension et l'appropriation des transformations par le plus grand nombre.”<sup>27</sup>

Dans notre situation plusieurs étapes sont à prévoir. Elle se compte au nombre de quatre.

Tout d'abord, au lancement, la première étape sera de mesurer, évaluer l'intensité et la gravité du changement. L'exclusion de la personne âgée est-elle un phénomène éphémère ? A quoi est-elle due ? Le Covid 19 joue-t-il ou a-t-il joué un rôle dans l'isolement de la personne âgée au sein de la société ?

La seconde étape, pendant le projet, sera d'organiser, recenser et comprendre les personnes âgées impactées afin de préparer, orienter, et structurer l'accompagnement de ce changement auprès du personnel soignant et non-soignant. Ils joueront un rôle clé dans cette

---

<sup>27</sup> ANAP des établissements de santé et médico sociaux <https://ressources.anap.fr/numerique/publication/1895-le-secteur-medico-social-comprendre-pour-agir-mieux/2805-les-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad>

transformation. Une fois la problématique présentée, il est plus facile de proposer un accompagnement approprié en formant les acteurs concernés avec les bons outils et les bons supports.

La troisième étape est de donner du sens, c'est-à-dire émettre un message et une communication pour réussir ce projet. S'assurer que l'accompagnement donné est adapté aux acteurs impliqués dans ce processus. Piloter la dynamique.

La quatrième étape, après la réalisation du projet, est l'évaluation et le diagnostic. Cette ultime étape a pour objectif de redéfinir la direction du projet et d'évaluer les stratégies adoptées au regard de l'impact sur l'inclusion des personnes.

### **Une création de richesse sur le plan moral et sur le plan financier.**

Pour s'adapter aux nouvelles contraintes environnementales imposée le dirigeant de la structure doit investir en termes de temps, d'argent et d'accompagnement (formations du personnel)

### ***C.3) Plan de formation***

La formation est la suite logique après une conduite du changement. Former les acteurs impliqués représente une phase nécessaire et fortement recommandée pour atteindre les objectifs.

En effet, certains acteurs peuvent être réticents à un changement ou bien, souhaitent y adhérer mais ne disposent pas de toutes les compétences nécessaires.

Le dirigeant de la structure ne doit délaissier aucun acteur. Il doit leur expliquer quel rôle ils jouent au sein de ce changement. Il peut augmenter la performance et la productivité de l'établissement si les salariés utilisent leurs compétences et savoir-faire acquis en formation. Le but d'une formation est de leur permettre d'accéder à un niveau supérieur en termes de compétences, de connaissances, de techniques et tout simplement leur permettre de s'enrichir personnellement.

Cela permet à l'établissement de créer une plus-value et de se distinguer de ses concurrents.

Cependant, selon David Autissier, auteur de l'ouvrage "Conduite du changement : concepts clés", lorsque l'entreprise a du retard sur les nouveaux outils technologiques, l'embauche d'un salarié qualifié et compétent peut être la solution. Il sera opérationnel rapidement, pourra rattraper ce retard et éviter la perte de temps et d'argent.

Le plan de formation intégrée à notre proposition touche **également les acteurs territoriaux** : proposer une formation sur l'accessibilité aux professionnels de services (coiffeurs, esthéticiennes, masseurs, etc.). Cela permettrait de favoriser les échanges avec le secteur médico-social et le milieu "auto-normé" et ainsi de faire évoluer l'inclusion des usagers du secteur.

#### ***C.4) Marketing santé : quels outils de communication doit-on adopter ?***

Qu'est-ce que le marketing santé ?

« L'échange avec un influenceur santé ou un représentant d'une entreprise donnera un aspect bien plus vivant mais aussi un côté plus humain. C'est très important dans le milieu de la santé où il faut toujours essayer d'**humaniser au maximum son message**. »<sup>28</sup>

Le marketing de la santé n'a pas seulement une approche commerciale mais également **une approche de prévention**.

Un influenceur santé est un professionnel ou un étudiant de santé qui utilise divers réseaux sociaux dans le but de partager leur savoir et leur expérience, créer du contenu en lien avec la santé, diffuser des messages en rapport avec leur profession ou à leur croyance et interagir avec une communauté.

Aujourd'hui, dans le monde de la santé et du médico-social, le marketing digital a vu émerger de nouvelles approches et technologies.

Dans notre sujet, qui est l'isolement de la personne âgée au sein de la société, il est important de mettre en avant une vitrine sur les bienfaits de notre service tout en véhiculant un discours de prévention contre les risques de l'exclusion et l'impact que cela peut avoir dans leur quotidien. La communication se fera à travers plusieurs supports. En effet, le but étant de toucher un maximum de population et toutes les générations pour faciliter l'inclusion.

Comme toute entreprise, il est important d'établir un plan de communication afin d'avoir une ligne directrice sur les outils à utiliser, le message à diffuser, les différentes cibles à approcher et l'énumération des acteurs à impliquer dans le processus. Une stratégie de communication bien choisie est celle qui sera réalisée en lien avec les objectifs et les finalités de l'entreprise et les attentes des usagers.

Il existe divers outils de communication, toutefois les réseaux sociaux jouent un rôle majeur ; exemple, Facebook, Instagram, Twitter, LinkedIn, etc. D'après Loukouman Amidou, auteur

---

<sup>28</sup> Stanislas Buchwald, Digital Project Manager

du livre “Marketing des Réseaux Sociaux”, les réseaux sociaux permettent d’influencer de manière significative et de modifier le comportement de ses usagers. Nous vivons dans un monde où il est incontournable d’utiliser ces outils pour atteindre un grand nombre de publics.

Suivant le message et la communauté choisie, il faudra utiliser les réseaux sociaux adéquats. Par ailleurs, le contenu doit rester professionnel et poignant, car chaque mot compte ; à ajuster en fonction de la cible. Utiliser, par exemple, Instagram n’est pas une mauvaise chose et cela ne veut pas dire que le contenu du message doit être "insignifiant" ou “futile”.

L’ouvrage “La révolution digitale dans le système de santé” de Jérôme Béranger et Roland Rizoulières nous permet de comprendre l’importance de l’influence et son impact à travers les différents modes de communication, notamment via les réseaux sociaux dans le domaine de la santé. L’influence permet d’amplifier la sensibilisation à une cause ou à un mouvement fort. Il permet également de libérer la parole et laisser chaque individu l’opportunité de s’exprimer. Une influence qui ne s’arrête pas qu’à un seul territoire mais à toute une population voire à un ensemble de pays.

Selon Stanislas Buchwald, Digital Project Manager, toutes les structures doivent aujourd’hui élaborer et présenter une stratégie digitale incluant le smartphone et ceux même dans le domaine de la santé et du médico-social.

Aujourd’hui, de nombreux professionnels de santé utilisent ce support pour atteindre directement une communauté et en faire la leur. Ils s’adaptent à leur environnement et à la génération présente pour ne pas devenir obsolète et périr. De plus, certains réseaux sociaux permettent d’offrir du direct, une stratégie marketing qui va au-delà des mœurs standards et de proposer un contenu bien réel et “non préparé”.

Enfin, le bouche à oreille est l’un des meilleurs outils de communication et technique commerciale. Elle est simple, efficace et elle peut être très puissante. Cette technique permet de générer une notoriété ou de la développer afin d’attirer des “clients” et donc de futurs résidents.

En effet, lorsque les comportements des personnes âgées diffusent de la bonne humeur, de la joie, une envie de vivre cela se ressent et se projette auprès des familles, proches et entourage.

Lorsqu'une atmosphère chaleureuse, agréable règne au sein d'une résidence, un retour de positivité est projeté ce qui est également apprécié lors de visite, incitant les prospects à faire adhérer leur proche ou eux-mêmes au sein de la structure.

Cela incite, pour les dirigeants de structures, d'employer les meilleures stratégies afin **d'embellir la qualité de vie de leur résident**. Par exemple, au sein du Groupe Colisée, le bouche à oreille joue un rôle significatif au sein de leur stratégie de communication. Colisée recueille les témoignages et retours d'expériences résident/famille avec beaucoup d'importance et d'attention car l'impact du bouche à oreille par la suite sera fructueux et aura des retombées positives sur leur notoriété.

## ***Partie 3 : Faisabilité / Enjeux du projet***

### **A) Méthode et analyse du recueil de données pour l'identification des besoins du secteur**

#### ***A.1) Méthode d'échantillonnage des acteurs questionnés***

Nous avons tenté de définir un échantillon représentatif des acteurs concernés par notre étude, afin d'appréhender leurs réels besoins. Pour cela, nous devons dans un premier temps déterminer la population que nous souhaitons observer. L'échantillonnage est une méthode statistique : on sélectionne un sous-ensemble d'unités d'une population dans l'objectif de recueillir des informations, informations qui pourraient répondre à l'ensemble de la population identifiée.

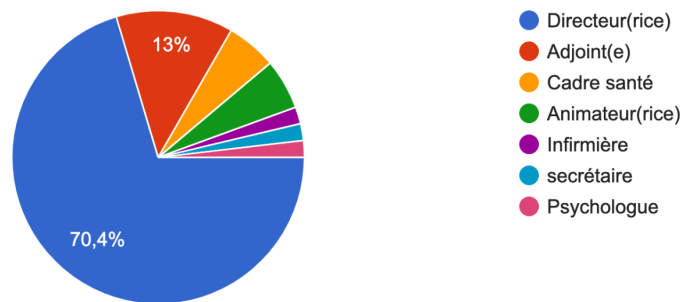
Dans notre cas, il s'agira des personnes âgées du secteur médico-social, plus précisément des résidents au sein des Ehpad mais également du personnel travaillant au sein de ces structures.

Nous avons donc diffusé deux questionnaires ; l'un à destination des Ehpad privés et publics (directeur, adjoint, animateur, cadre santé, et ouvert au personnel) et le second à destination des résidents usagers incluant des questions destinées à leur famille.

Nous souhaitons savoir si notre service peut leur être bénéfique et leur apporter des avantages. Nos propositions sont-elles pertinentes pour les structures et leurs résidents ? Nous avons réussi à obtenir 54 réponses de la part des professionnels des Ehpad, tous postes confondus (34 réponses d'Ehpad privés et 20 réponses d'Ehpad associatifs, public).

### Quelle est votre fonction au sein de l'établissement ?

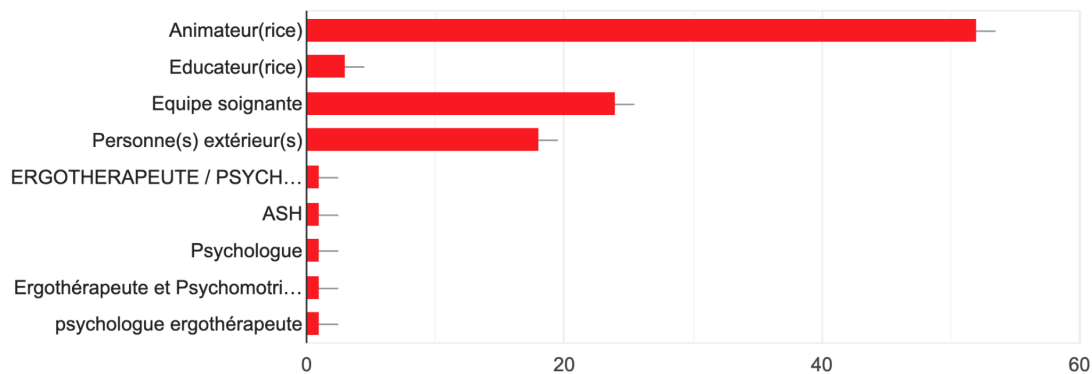
54 réponses



La majorité des réponses venant des directeurs, notre échantillon ne représente pas la volonté des équipes entières. De plus, les professionnels en charge des activités occupationnelles étant majoritairement les animateurs-trices et ou les équipes soignantes, il nous semble nécessaire pour définir la pertinence de nos propositions, de recréer un questionnaire spécifique aux contenus des activités, à destination des équipes d'animations et équipes soignantes.

### Qui met en œuvre ces activités ?

54 réponses

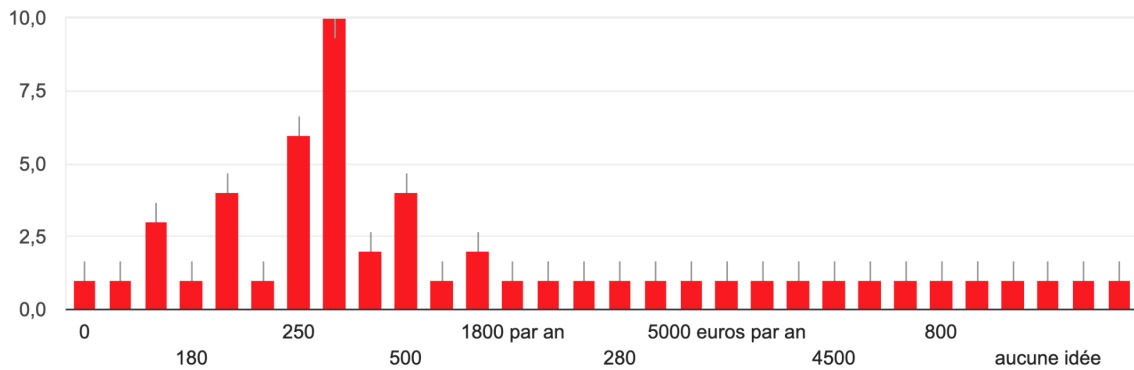


Néanmoins, questionner les directeurs-trices et cadres nous ont permis d'obtenir des informations pertinentes sur les budgets qu'ils sont prêts à allouer à des propositions telle que notre offre. Cela nous a permis de mieux appréhender les tarifs que nous pouvions imaginer.



Quel est votre budget alloué à ces activités occupationnelles ? (par mois)

54 réponses



Pour le questionnaire dédié aux usagers, pour des questions pratiques nous avons préféré conduire ces questionnaires avec eux, sous la forme d'entretiens. Cela nous a permis de connaître leur préférence en matière d'activités occupationnelles. Nous avons également inclus quelques questions dédiées à leur entourage afin de connaître quel budget pouvait-il allouer à notre service. **Un échantillon de 31 réponses résidents (Annexe 2) et 42 réponses familles (Annexe 3).**

Les réponses nous ont permis de réajuster notre offre. Nous avons repensé les forfaits, redéfini les services et nous nous sommes assurés que les attentes des structures étaient bien en lien avec les finalités de nos objectifs, c'est-à-dire, l'inclusion de la personne âgée au sein de la société.

## ***A.2) Questionnaire et entretiens : Analyse des données recueillies auprès des acteurs concernés***

Afin d'élaborer une idée qui pourrait potentiellement participer à la recherche de solutions face aux besoins actuels du secteur, nous avons questionné les professionnels sur leurs pratiques et besoins. Dans le but de collecter des informations pertinentes, plusieurs entretiens ont été menés. Ces entretiens se sont déroulés au sein d'un Ehpad en présence du personnel soignant et non soignant, des résidents ainsi que de leurs proches ; mêlant plusieurs

génération. Nous allons ici vous exposer quelques-unes des informations que nous avons recueillies et qui nous ont permises de construire et d'affiner notre offre :

*“Lorsque je ramène mon amie à la maison, elle refuse que je reçoive d'autres invités. Elle souhaite recevoir toute l'attention sur elle. Et si je disparaissais quelques minutes madame n'est pas contente et veut retourner à la résidence. C'est important pour elle que je lui accorde du temps et beaucoup d'attention.”. Mme Solar, 74 ans*

Nous avons constaté que cette résidente n'était pas isolée dans son fonctionnement, d'autres résidents ont besoin de se sentir pris en charge et inclus dans une démarche d'accompagnement personnalisé.

Notre projet a pour but de résoudre ce problème et ce manque. Permettre aux résidents d'être accompagné, suivi, tout en leur proposant des projets personnalisés en fonction de leurs goûts, de leurs attentes et de leur autonomie.

Nous avons remarqué que par moment, les résidents s'enferment par habitude et sont rarement favorables à sortir de leur routine. Ils ont besoin d'être poussés pour prendre plaisir.

Le Covid 19 n'a pas aidé, l'isolement de la personne âgée a fortement été accentué rendant l'approche plus complexe.

Un personnel soignant a ajouté *“c'est vrai que c'était dur après les premières vagues du Covid. Quand les mesures se sont assouplies, ça leur a fait beaucoup de bien mais ce n'était plus comme avant. L'isolement est toujours présent et c'est assez triste. On tente de faire avec eux quelques activités et les faire sortir quand cela est possible mais ce n'est jamais suffisant. On n'a pas le temps. Nous ne pouvons pas être partout. C'est une triste réalité malheureusement”.*

Un agent du service hôtelier ajoute également *“C'est pareil pour nous... Nous n'avons pas trop de temps à leur consacrer, hormis l'heure de vie sociale que nous avons dans la journée. J'essaie de les inclure dans les tâches que je fais, quand je mets les couverts et prépare mes tables par exemple. Cela leur permet de refaire des petites tâches du quotidien qu'ils faisaient autrefois.”*

En effet, beaucoup de résidences n'ont pas d'animateur(rice) le week-end ou de remplacement lorsqu'ils partent en vacances. Ce sont les résidents qui en pâtissent le plus, se retrouvant sans activités occupationnelles pour les distraire.

Nous avons également pris le soin de publier un questionnaire à l'attention du personnel des structures médico-sociales (Ehpad). Nous avons eu 54 répondants à ce jour. (Annexe 1)

Nous avons eu le retour de directeur(trice)s, adjoint(e)s, animateur(rice)s, cadre santé, psychologue, secrétaire et infirmière d'Ehpad.

Des retours encourageants quant à la tenue de notre projet. Malgré le fait de proposer un projet innovant, **52 % sont intéressés par notre service**. Ils ont compris l'importance de ces enjeux et quels impacts l'inclusion des personnes âgées pouvait avoir dans leur quotidien.

Nous citons "*C'est une idée innovante et qui attirerait les personnes de l'extérieur dans nos structures et permettrait également de sortir les résidents plus souvent*". V.L Directrice d'Ehpad.

44 % des prospects sont ouverts à l'idée d'adhérer à une association comme nous le proposons. Un pourcentage qui est prometteur. A l'aide d'une bonne stratégie de communication nous pourrions faire basculer jusqu'à 10% en réponse positive.

Un des commentaires attire notre attention : "Cela doit rester dans un projet et pas juste occupationnel"

Ce questionnaire nous confirme **l'intérêt de proposer en plus de la mise en relation, un réel suivi des potentiels bénéfiques de l'activité sur la qualité de vie du résident, ainsi que la production de réel bilan sur ses goûts et intérêts.**

## **B) Potentiels impacts sur le secteur**

### ***B.1) Soulagement du personnel***

Selon une étude menée à l'université York de Toronto<sup>29</sup>, être régulièrement actif, en faisant des activités physiques et/ou mentales tout en s'impliquant à des activités sociales, serait une composante essentielle à l'épanouissement de nos aînés. En effet, pratiquer pleinement une activité conduirait à adopter une vie saine et en bonne santé et favoriserait donc un épanouissement, contrairement aux aînés non actifs.

Il existe d'autres facteurs, tels que s'attacher aux aspects positifs de la vie. Avoir des pensées agréables permettrait de jouer un rôle significatif dans l'espérance de vie chez la personne âgée. D'après une enquête américaine de la Stanford Center on Longevity<sup>30</sup>, être attaché aux aspects positifs permet de mieux réguler notre santé émotionnelle et donc d'affronter plus facilement des obstacles ou des difficultés. C'est pourquoi, proposer des activités en lien avec des souvenirs heureux, auraient des retombées positives au niveau du comportement mais aussi au niveau du mental de nos aînés.

Un résident heureux est moins pénible. Il est de plus, supportable dans le quotidien et est moins agressif ou déprimé que cela soit dans sa gestuelle ou dans sa manière de s'exprimer. Nous avons pu voir que le personnel économise son temps et son énergie lorsque le résident coopère et n'émet aucune opposition dans sa prise en charge. De plus, lorsque celui-ci décharge diverses émotions négatives sur le personnel soignant et non soignant cela provoque très souvent un effet boule de neige ; mauvaise humeur, contrariété, déception, épuisement. Bien que le personnel soit des professionnels, il n'en reste pas moins qu'ils sont avant tout humains.

De plus, nous avons vu que le personnel soignant, dont ceux des Ehpad, subissent actuellement une crise. Manque de temps à cause de sous-effectifs, manque de budgets également, limitent le temps qu'ils accordent aux usagers. **Intégrer des acteurs qui**

---

<sup>29</sup> [https://agewell-nce.ca/wp-content/uploads/2017/10/AGEWELL\\_FRE\\_AR2019\\_web\\_pages.pdf](https://agewell-nce.ca/wp-content/uploads/2017/10/AGEWELL_FRE_AR2019_web_pages.pdf) ; "Solution pour vieillir en bonne santé"

<sup>30</sup> <https://longevity.stanford.edu/>

**coordonnent la prise en charge de la vie et participation sociale des résidents peut potentiellement soulager les professionnels.**

*“Fabienne (l’animatrice) fait un travail remarquable avec nous, elle est très gentille mais lorsqu’elle n’est pas là on s’ennuie un peu... La résidence devient plus calme. On prépare en ce moment notre prochain marché. Nous allons vendre tout plein de choses. J’ai hâte qu’elle revienne pour qu’on s’y remette.”* Mme X 98 ans, Résidente

Les activités sont au point mort lorsque l’animatrice n’est pas là. Elle laisse derrière elle des consignes pour assurer une certaine dynamique au sein de la résidence mais bien souvent les activités reposent sur une seule personne. Les équipes soignantes prennent souvent le relais lorsque cela est possible, mais leur épuisement moral et physique ne leur permet pas de s’investir dans ce genre de projets qui va au-delà de leur fiche de poste. Ainsi, nous pouvons en déduire que l’entrée de nouveaux acteurs prenant en charge les activités occupationnelles des usagers d’Ehpad pourraient soulager les équipes qui n’auraient plus qu’à coordonner (sauf si l’établissement choisi l’offre n°2, dans ce cas-là même la coordination est prise en charge).

Et en effet, 92,6% estiment que notre projet pourrait soutenir les équipes soignantes et éducatives dans leur prise en charge. Et souhaiteraient par la même occasion inclure des interventions non médicamenteuses.

## ***B.2) Création d’emploi***

Création de nouveaux postes et donc nouveaux rôles au sein du système : les éducateurs spécialisés coordinateurs, afin de faciliter une prise en charge et un suivi global. Référents des parcours afin d’assurer une continuité et une réponse au plus proche des intérêts du résident, etc.

Que les acteurs territoriaux intègrent les Ehpad peut élargir leur espace de participation sociale et économique. Par exemple, les professionnels proposant des services sur le territoire dans lequel est implanté l’ehpad peuvent appréhender les usagers comme de potentiels clients. Une ostéopathe, un coiffeur, masseur, esthéticienne peuvent proposer leur

service au sein de l'établissement aux usagers directement. Cela évite à l'établissement de supporter le coup d'une esthéticienne ou coiffeuse en tant que salariée, et cela permet à l'utilisateur d'avoir le choix sur le personnel qu'il souhaite. Il peut même être envisageable par exemple, qu'un usager qui avait ses habitudes dans les services qu'il consommait dans sa vie, continue de faire appels aux mêmes professionnels.

Les professionnels proposant des activités ludiques, culturelles, sportives peuvent également élargir leur potentiels clients.

Nous pouvons également imaginer que ces professionnels peuvent potentiellement se former à l'accessibilité et aux modes d'adaptation de leurs pratiques aux usagers du secteur médico-social. Nous pouvons également imaginer que l'ouverture se fasse au-delà des usagers des Ehpad mais aux usagers du secteur entier.

Ainsi, si les professionnels de services ou activités se formaient à l'accessibilité, cela permettrait de :

- employer des formateurs spécialisés du secteur (et ainsi de former des emplois, et d'ouvrir les représentations sociales sur la dépendance et le handicap)
- ouvrir les structures médico-sociales aux acteurs territoriaux externes au secteur (et donc potentiellement de désenclaver les structures)

## **C) Potentiels impacts sur la société**

### ***C.1) Evolution de la représentation du public bénéficiaire du secteur médico-social***

Favoriser des interactions entre les habitants et professionnels d'un territoire et les usagers du secteur médico-social ne peut que favoriser leur inclusion au sein de ce territoire. Si les usagers intègre de façon plus récurrente la vie sociale et économique dans laquelle ils sont installés, leur représentation sociale évoluera par principe. L'évolution juridique encadrant le secteur définit depuis 2006 le handicap comme "résultant de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et

environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société”<sup>31</sup>  
Cette notion est apparue concomitamment avec le passage de la notion d’intégration à l’inclusion. Si on considère qu’une personne en situation de handicap l’est à cause de la non adéquation de la société créée par et pour la “norme”, on peut alors considérer qu’il revient aux acteurs “normés” de la société, d’anticiper pour pouvoir accueillir des personnes ne répondant pas à cette norme. Il en va de même pour les personnes âgées.

À travers notre proposition, nous souhaitons montrer que former des professionnels proposant des services ou des activités culturelles, ludiques, sportives à l’accessibilité leur permet : Dans un premier temps, d’élargir leur potentiels clients mais également à être sensibilisé à ces questions d’accessibilité. Toute activité ou service peut être rendu accessible à tous. L’art, le sport, les soins esthétiques, peuvent être réfléchis différemment pour pouvoir accueillir un public subissant une autonomie réduite, des difficultés motrices, psychiques ou mentales. En demandant aux acteurs territoriaux de se former et de réfléchir à comment adapter leurs activités pour accueillir les usagers du secteur médico-social (et pas non seulement aux usagers d’un Ehpad), cela va fortement impacter les représentations sociales qu’à intégrer la société, à propos des individus ne rentrant pas dans la norme.

Les personnes âgées dépendantes ne se sentent pas incluses dans la société, de par leurs difficultés à participer socialement aux activités “normales” d’une vie. En favorisant les interactions de façon adaptée à leur niveau d’autonomie, ils pourront alors avoir un retour positif sur leur participation sociale. Ne pas être en échec est primordial tant pour la représentation que l’usager aura de lui-même au sein de la société, tant pour la société sur la capacité à “faire” des usagers du secteur. C’est pour cela qu’il est important d’encadrer ces interactions pour qu’elles ne mettent jamais l’usager dans l’échec, ou le professionnel qui l’accueille en difficulté face à l’usager.

Prenons en exemple, une activité mettant en relation des collégiens avec les personnes âgées usager d’un Ehpad non loin du collège. Si on laisse simplement les personnes âgées et les collégiens dans une même salle, il est probable que l’expérience ne soit pas agréable pour chacun des groupes. Les personnes âgées risqueraient de se sentir nul et inutiles, et les

---

<sup>31</sup> F. LACAIZE, 2014, *Intégration, inclusion, accueil... au delà des mots et des lois, un état d’esprit !*, Revue-empain n°93, p. 44 à 47

collégiens, de ne pas interagir avec les usagers. Si cette rencontre est encadrée et que les activités proposées laissent une place à chacun, par exemple il est possible que des interactions se passent, que chacun des groupes apprennent l'un de l'autre et repartent avec une vision améliorée de l'autre.

## ***C.2) Désenclavement territorial du secteur***

Nous avons constaté l'intérêt pour les Ehpad d'être en contact avec les potentiels acteurs d'activités occupationnelles du territoire : 37% des structures questionnées ne connaissent pas les offres d'activités ludiques, sportives, culturelles et de bien être sur le territoire dans lequel elles sont implantées et 59% d'entre eux ne sont pas en contact avec ces organisations, même s'ils en connaissent l'existence. Enfin, 92,6% seraient intéressés d'entrer en contact avec. (Annexe 1)

Encore 7,5% des structures mentionnent que leurs usagers ne sont en contact avec l'extérieur qu'une à cinq fois par an. Ces résidents sont fortement touchés par l'exclusion sociale. La majorité, soit 67%, ont contact avec le monde extérieur seulement 1 à 5 fois par mois.

Nous avons également pu remarquer que les Ehpad questionnés seraient prêts à accueillir des activités occupationnelles au sein de leur établissement à 93%.

Les types d'activités dont les établissements seraient intéressés :

- Médiation animale / Garde d'animaux
- Massage, relaxation, esthétique
- Activités culturelles (Diffusion de film, théâtre, danse)
- Activités sportives adaptées
- Activités intergénérationnelles
- "Toute activité qui plairait aux résidents"



Cette information est à prendre en compte. Il existe beaucoup d'espace non utilisés au sein des Ehpad et des partenariats avec ces activités pourraient être imaginés.

Notamment qu'elles concordent avec les types d'activités dont les usagers seraient intéressés : musique, art plastique, balade en forêt, aller au restaurant, cinéma, activité extérieure, jeux de société, couture, marche, gym, pêche, sport, cuisine, pâtisserie, lecture, danse, dessin, voyage, recevoir des amis, piscine, BBQ, fête, activité manuelle, bowling.

## **D) Ouverture et limites du projet**

### ***D.1) Pour aller plus loin : l'application***

Dans le but d'être plus attractif sur le marché et plus facilement visible auprès des usagers, établissement du secteur médico-social, acteurs territoriaux et prospect, nous souhaiterions apporter une nouvelle technologie à notre service et adopter un nouveau mode de support. En effet, proposer notre service via une application en ligne permettrait de faciliter l'accès d'usage de nos prestations. Les générations Y et Z ; nées à l'ère de la digitalisation et de toutes ces nouvelles technologies sera apte à l'utiliser.

Le résident n'aurait qu'à créer son compte (avec une aide si besoin), inscrire ses préférences, ses goûts et ses envies parmi un panel de loisirs et d'activités. Il devra compléter diverses informations tel que son degré d'autonomie, le temps d'activité désiré, son souhait de pratiquer une activité seule ou en groupe, le montant, la date ainsi que le champ géographique. Les filtres devront être ajustés en fonction du résultat obtenu. Il existera plusieurs interfaces, celles des usagers, des établissements médico-sociaux et de tous les acteurs territoriaux. Chacun effectuera une inscription. L'utilisateur pourra être relié à son établissement si celui-ci adhère via à un forfait. L'utilisateur pourra par conséquent bénéficier de tarif préférentiel ou de réduction de coûts.

L'application aura les mêmes principes d'utilisation que TRIVAGO, BOOKING.COM ou bien LILIGO avec en plus une mise en relation directe avec les acteurs territoriaux.

Grâce à un algorithme l'application sera en mesure de proposer une activité occupationnelle selon les préférences de l'utilisateur. Il pourra effectuer directement les réservations. Pour les usagers en perte d'autonomie ou sous tutelle, une validation sera exigée. Les établissements, j'entends par là, animateur, directeur, personnel etc, pourront également procéder à la même opération pour réserver et bénéficier des activités occupationnelles à leurs résidents.

L'application pourra avoir d'autres fonctionnalités, tel que le chat ; la possibilité de correspondre avec d'autres usagers à travers le monde. Si notre prestation va plus loin que les activités occupationnelles et inclut les interventions non médicamenteuses, pourquoi pas bénéficier d'un réseau d'échange entre directeurs d'établissement, cadre santé et prestataire d'activités occupationnelles.

La création de cette application, qui arrivera dans un second temps, permettra de réduire les charges et d'accélérer le processus d'accompagnement et de mise en relation ; ainsi un gain de temps et d'argent.

## ***D.2) Les limites de notre proposition***

### **- Limites d'ordres organisationnelles**

Si les activités mises en place ne sont pas encadrées, il est possible que cela engendre l'effet inverse recherché. Le premier élément notoire à pouvoir engendrer des risques est l'intégration de professionnels non habitués à travailler avec des personnes en difficulté, dans le secteur médico-social. Par exemple, un usager veut participer à une visite guidée d'un musée à côté de l'Ehpad. Le guide n'est pas habitué à accueillir des personnes en difficulté et ne prend pas en compte la fatigabilité de la personne âgée. Lorsque celle-ci va arriver au bout de la visite (si elle y arrive), elle sera épuisée et n'aura pas passer un bon moment. Cela va se répercuter sur sa prise en charge le soir même car elle sera forcément moins agréable avec le personnel, étant épuisée. Cela peut même être dangereux pour l'utilisateur. Ainsi, il est primordial que ces interactions se fassent de façon encadrée. Il est également primordial que les professionnels intervenants soient formés.

De plus, si les intervenants ne rendent pas leur activité accessible, ou n'adoptent pas un comportement adapté aux usagers du secteur médico-social, cela risque de surcharger le

personnel soignant référent qui coordonne ces activités. Les répercussions sur la prise en charge peuvent être lourdes. Il est donc primordial de pouvoir assurer aux personnels soignants que les interactions sont encadrées et structurées pour ne pas rajouter à leur travail la tâche de vérifier les conditions dans lesquelles se déroulent les activités.

#### - **Limites d'ordre fonctionnelle**

L'une des limites sera que si l'établissement ne souhaite pas adhérer à notre association et si le résident ne dispose pas de moyens suffisants, malheureusement nous ne pourrions pas intervenir pour favoriser son inclusion au sein de la société.

À notre création il y aura la possibilité que l'on soit trop sollicité due à une forte demande et que nous ne puissions pas répondre à tous. Il existe énormément de structures implantées sur le territoire français pour nous permettre d'intervenir partout et/ou rapidement. Sauf, si toutefois nous lançons une application d'inclusion, nous pourrions intervenir sur l'ensemble des établissements de manière rapide tout en proposant un service de qualité.

Les risques seront en grande partie liés à notre stratégie et notre capacité financières, humaines et intellectuelles à concrétiser le projet en essayant d'instaurer une pérennité pour notre association. En effet, il sera primordial d'établir une bonne stratégie tactique et opérationnelle et élaborer un listing des missions à prioriser.

#### - **Limites relatives à notre méthodologie**

L'échantillon défini pour répondre aux questionnaires est limité. Nous n'avons pas eu le temps d'élargir notre étude à d'autres structures du médico-social et il serait intéressant de le faire (dans des IME par exemple). De plus, nous n'avons pas eu assez de réponses d'animatrices et d'équipes soignantes en comparaison aux cadres et directeurs(trices) d'établissements. Cela pourrait avoir une forte incidence sur les besoins identifiés. En effet, il existe souvent **un décalage entre les besoins du personnel identifié par la direction, et les réels besoins du terrain**. Enfin, nous n'avons pas séparé les réponses provenant d'Ehpad publics et privés. Il peut exister des différences de besoins, ou des différences de capacités financières entre les deux. Ainsi, ces données ne sont pas à généraliser mais nous donnent néanmoins des informations pertinentes pour construire une réflexion.

## **CONCLUSION**

Le secteur médico-social est en souffrance et a besoin de se transformer. L'adaptabilité est le maître mot pour que ce secteur puisse se renouveler en permanence afin de répondre aux besoins de ses usagers qui évoluent en même temps que la société évolue. Les Ehpad sont aujourd'hui au cœur de cette problématique : l'évolution démographique engendre une croissance des personnes âgées dépendantes, mais la société ne se retrouve de moins en moins dans l'offre des Ehpad. Leur attraction est en déclin tant pour ses usagers que pour les professionnels qui ne s'y retrouvent plus. Pendant de nombreuses années, les incitations législatives ont poussé les Ehpad à "ouvrir leurs murs" et à s'adapter de façon à pouvoir agir directement à domicile. Cette idée est totalement pertinente car les individus souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible. Or, il est difficilement pensable de pouvoir supprimer définitivement les foyers de vie. Il restera toujours des personnes totalement exclues, dépendantes et ne pouvant vivre seules. Ainsi, nous avons souhaité proposer des solutions hybrides, ou du moins, identifier des idées pouvant rendre ces lieux de vie plus attrayants.

Pour cela, il nous a semblé pertinent de proposer à l'inverse des dernières incitations, de faire venir la société et ses acteurs non concernés (jusque-là) par le secteur, jusque dans les Ehpad. Nous avons également identifié que proposer des prises en charges répondant aux intérêts de l'utilisateur autant qu'elles répondent à ses besoins de prise en charge médicale, peut permettre à ce secteur de devenir plus attrayant.

Notre projet a pour objectif d'identifier des solutions innovantes à l'attention et à destination des personnes âgées dans un premier temps. Ce service pourra être bénéfique pour l'ensemble des populations touchées par l'exclusion : Pousser l'interaction des professionnels du loisirs, de la culture, des activités sportives et de bien être peut-être élargi à l'ensemble des usagers de foyers de vie.

Notre proposition est donc à appréhender plus dans les valeurs que dans sa mise en place effective. Grâce aux acteurs régissant ces structures il serait possible d'allier plus facilement l'univers des activités occupationnelles au sein de leur résidence. Ainsi rendre plus accessible les interactions entre les différents acteurs territoriaux présents sur le marché, les résidents et le personnel soignant et non-soignant.

Ce changement, celui de s'adapter aux nouvelles attentes du marché dues au vieillissement de la population, permettra à la structure de créer de la valeur, et de s'ouvrir à de nouveaux sujets. Pour élargir la réflexion au-delà des activités occupationnelles, notre projet peut également s'adapter aux professionnels de médecine douce et aux interventions non médicamenteuses. Ce sont des acteurs encore extérieurs au secteur médico-social mais qui peuvent également participer à une prise en charge individuelle. En effet, plus le secteur s'ouvre aux possibilités d'interventions extérieures, plus il sera apte à répondre aux besoins de leurs usagers qui sont uniques et spécifiques à chacun.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### 1) Lois et textes législatifs

Loi n°75-535 du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel de la République Française n°2 du 3 Janvier 1971

Loi n°78-11 du 4 Janvier 1978 modifiant et complétant certaines disposition de la loi du 30 Juin 1975

Loi n° 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel de la république Française n°2 du 3 Janvier 2002

Décret n°99316 du 26 Avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal officiel de la république Française n° 98 du 27 Avril 1999

Loi N°2005-102 du 11 Fevrier 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel de la République Française n°36 du 12 Février 2005

Loi N°2015-1776 du 28 Décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Journal officiel de la République Française n°301 du 29 Décembre 2015

### 2) Articles et Ouvrages

AMIDOU, L, *Marketing des Réseaux Sociaux*, Broché – 22 février 2012

AMYOT, JJ, 2016, *Travailler auprès des personnes âgées*, Paris, Dunod, 448p.

BERANGER.J, RIZOULIERES. R, Avril 2021, *La révolution digitale dans le système de santé*, 232 pages

BLANC, A. 2012, *Sociologie du handicap*, Paris, Armand Colin, p.16

BRAMI.G, 2013, *les paradoxes de l'évolution des Ehpad* ; dans EMPAN N°91 p.56 à 61

Donnio. I, *L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, Dans *Gérontologie et société* 2005 N°112 Vol 28 p.73 à 92

GUILLAUME Fabrice. *Psychologie et vieillissement : Bien naître au grand âge*, 2015

Urry. J, 2005, *L'habiter*, dans *sociologie des mobilités*, p. 135 à 162

LACAZE. F, 2014, *Intégration, inclusion, accueil... au-delà des mots et des lois, un état d'esprit !*, Revue-empan n°93, p. 44 à 47

MALLON. I, *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez soi*, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social », 2005; 288p.

TREGOAT.JJ, (2008), “*De la modernisation du secteur social et médico-social à la réforme de l'état et de son administration territoriale*” dans *Gerontologie et société* Vol 31 n°126. p.45 à 63.

3) Mémoires, travaux :

R-M MOULARD, *L'ehpad lieu de vie : construire un “chez soi” pour chaque résident en favorisant l'approche domiciliaire*, Mémoire Ecole des Hautes études en santé publique, 2019-2020

S. DAUGAN, *Concilier rythme de vie des résidents en ehpad et rythme institutionnel*, Mémoire Ecole des Hautes études en santé publique, 2012 - 2013

J-P HARDY, 2020, *Les CPOM et leur outil financier : l'EPRD*, dans *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 2018

ESPACE SEINTEIN, “La loi n°2002-2 a destination des personnels d'accompagnement et des services, dossier pédagogique” version 2 du 01/09/05

*Innovation et inclusion en Ehpad* – LNA Santé, [Willy Siret](#), [Gilles Berrut](#). Dans [Regards 2020/1 \(N° 57\)](#), pages 153 à 164

Vidéos et Sites internet :

Petits frères des pauvres

<https://books.openedition.org/pup/38310?lang=fr>

Institut des arts inclusifs :



**L'Institut des Arts Inclusifs**  
permet à tous de devenir artiste

**Guides :**

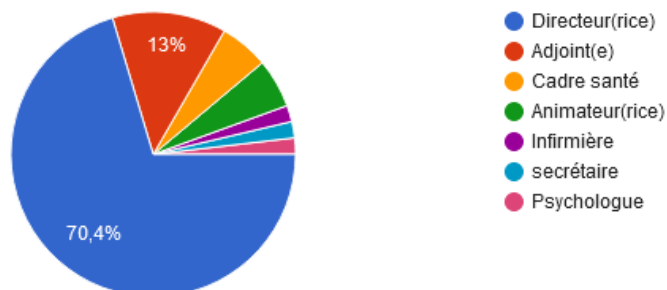
HAS, Guide méthodologique : *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social* ; version validée 1er Novembre 2020

## Annexe 1 : Réponse au questionnaire à destination des EHPADs

Quelle est votre fonction au sein de l'établissement ?

 Copier

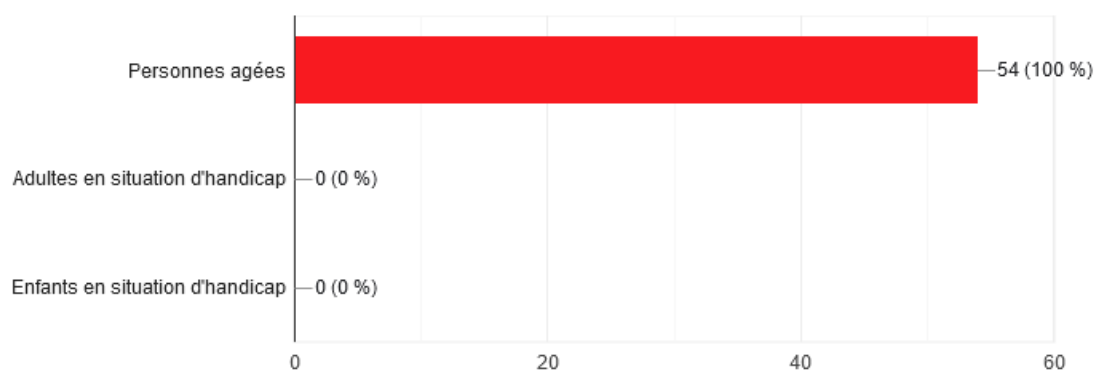
54 réponses



Quel est le public accueilli ?

 Copier

54 réponses

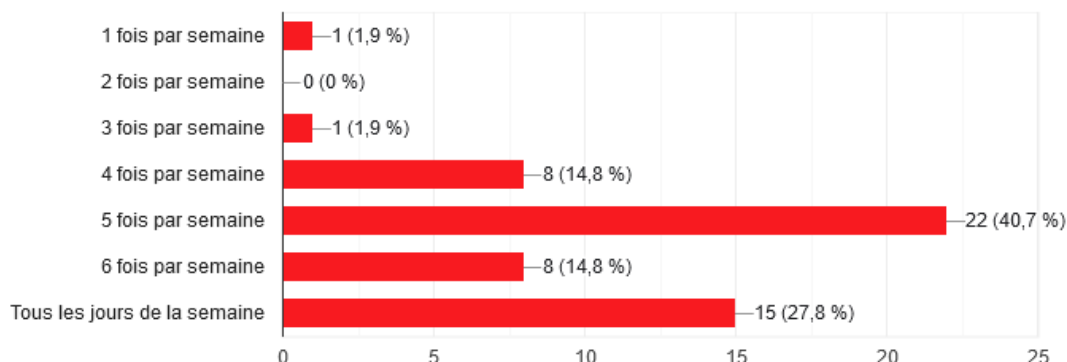




### A quelle fréquence (par semaine) les usagers de votre établissement bénéficient d'activités occupationnelles ?

[Copier](#)

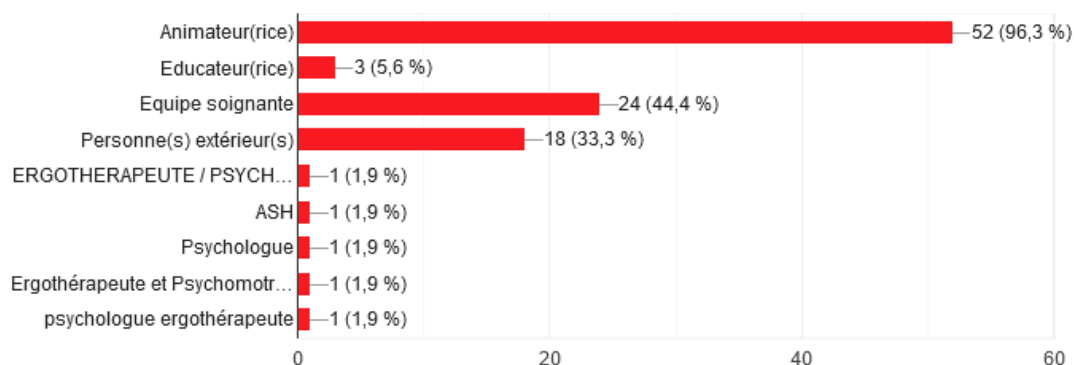
54 réponses



### Qui met en œuvre ces activités ?

[Copier](#)

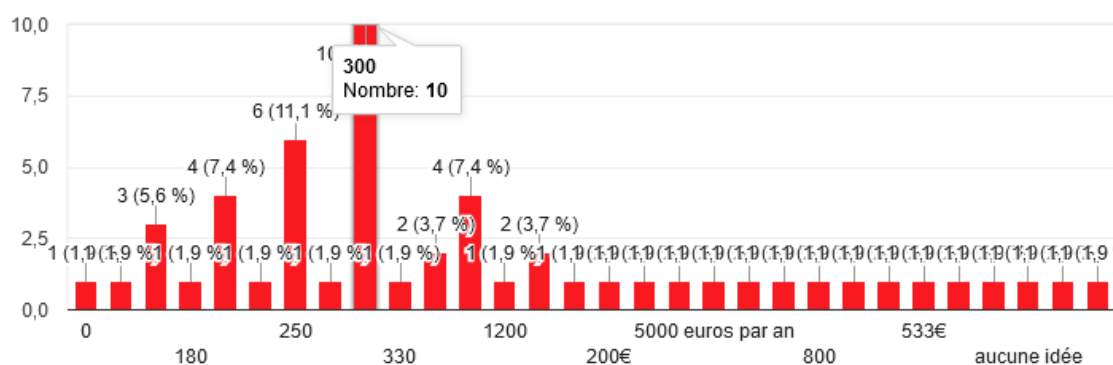
54 réponses



### Quel est votre budget alloué à ces activités occupationnelles ? (par mois)

[Copier](#)

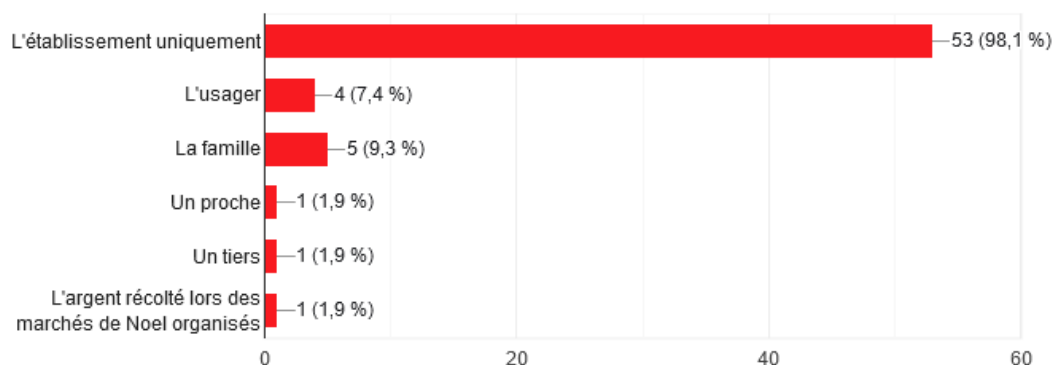
54 réponses



### Qui prend (ou peut prendre) en charge financièrement ces activités ?

[Copier](#)

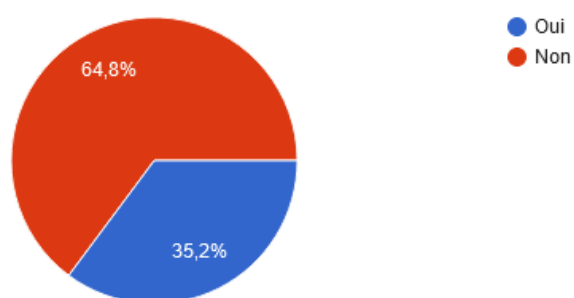
54 réponses



### Disposez-vous d'un véhicule adapté pour les résidents ?

[Copier](#)

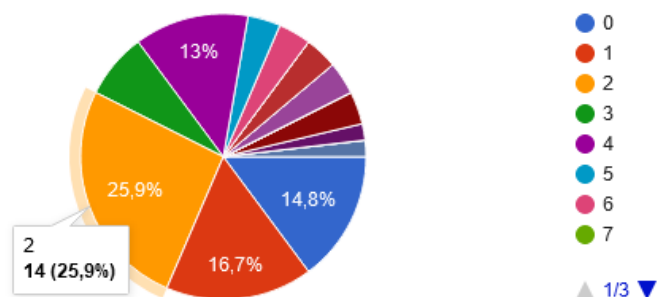
54 réponses



### Combien de trajets par mois pouvez-vous supporter à vos frais (maximum 40km aller-retour) ?

[Copier](#)

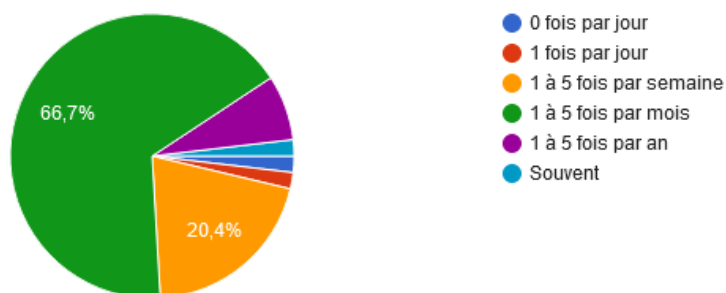
54 réponses



A quelle fréquence les usagers de votre établissement ont-ils un contact avec l'extérieur ou des personnes extérieures (hors visite des proches) ?

 Copier

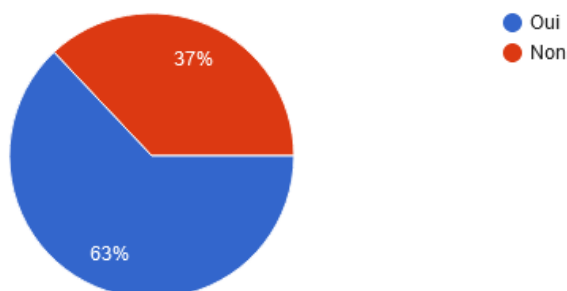
54 réponses



Connaissez-vous les offres d'activités ludiques, sportives, culturelles, de bien-être qui existent (et qui pourraient accueillir vos usagers) sur le territoire de votre établissement ?

 Copier

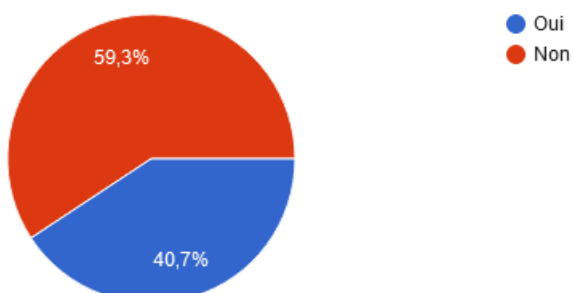
54 réponses



Êtes-vous en contact avec ces organisations ?

 Copier

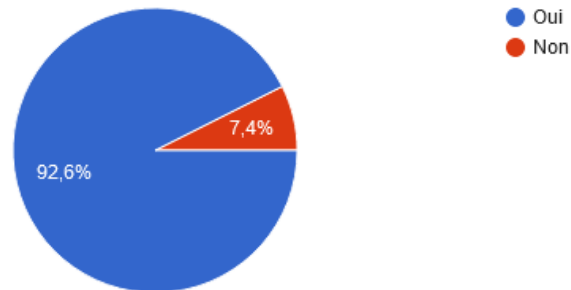
54 réponses



Si ce n'est pas le cas, seriez-vous intéressé de l'être ?

 Copier

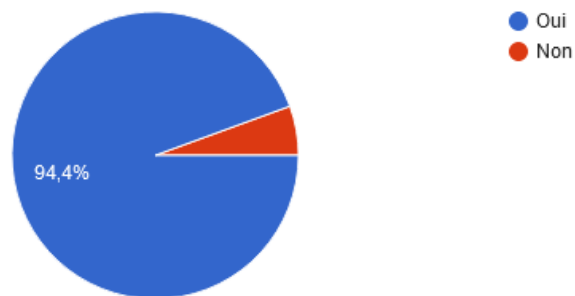
54 réponses



Seriez-vous prêt à accueillir des activités occupationnelles au sein de votre établissement ?

 Copier

54 réponses



Si oui, lesquelles ?

54 réponses

- .
- ;
- toutes
- activités autour de la musique et activités physiques adaptées
- Ferme pédagogique, chorale, spectacle, sport...
- a étudier avec l'animatrice
- nous avons mis en place un atelier sophrologie cette année, à reposer par exemple..
- atelier massage ,relaxation ,film, documentaire (voyages...)
- des activités type bien-être

Si oui, lesquelles ?

54 réponses

- ateliers d'écriture, théâtre, yoga
- activités intergénérationnelles
- ;
- Tout ce qui peut être intéressant pour les résidents
- cela doit rester dans un projet et pas juste occupationnelle
- Activités différentiantes
- Toutes activités favorables aux résidents
- Activités que nous proposons déjà telles que la gymnastique adaptée, médiation animale, relaxation, ateliers manuels, ateliers esthétiques, etc...
- RELAXATION, REFLEXOLOGIE, LUMINOTHERAPIE

Si oui, lesquelles ?

54 réponses

On peut en discuter de vive voix

Animation

yoga du rire

ateliers musicaux, atelier cognitifs, créatifs...

culturelles, loisirs, ludique, gustative

MEDIATION ANIMALE

intergénérationnelles, sport...

A définir avec les différentes organisations

Tout types d'animations qui plairaient aux résidents

Si oui, lesquelles ?

54 réponses

Musicothérapie, zoothérapie

Ouverte à Toutes activités

ateliers manuels / animaux

Toutes les activités qui peuvent permettre un accompagnement de nos résidents

Esthéticienne, professeur d'activités physique adaptée, Massages,

musique, spectacle, chasse au trésor, loto

danse

bien être, animaux

yoga- relaxation

Si oui, lesquelles ?

54 réponses

- spectacle de comédie
- Cours de cuisine, de bricolage
- à concerter avec l animatrice
- atelier peinture
- pétanque
- tout jeu
- toute
- à voir
- jeu de mémoire

Si oui, lesquelles ?

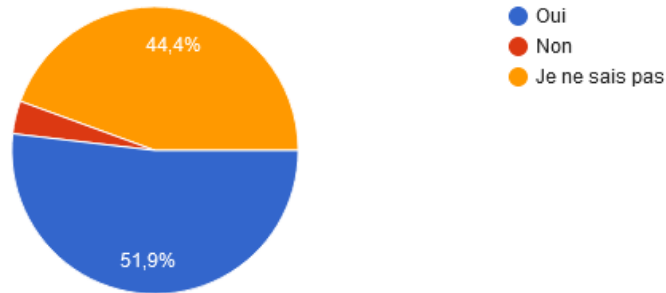
54 réponses

- atelier peinture
- pétanque
- tout jeu
- toute
- à voir
- jeu de mémoire
- TOUTES ACTIVITES
- gym douce, musique, massage
- parc animalier, spectacle transformiste

### Seriez-vous intéressé par notre offre ?

 Copier

54 réponses



### Si non, pourquoi ?

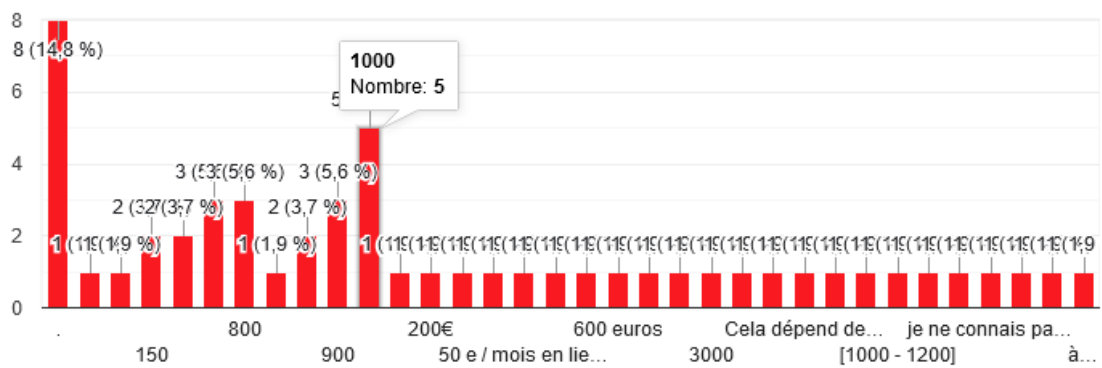
3 réponses

- connais pas bien
- souvent très cher
- Coût et distance

### Combien seriez-vous prêt à investir par an pour pouvoir bénéficier de ce service ?

 Copier

54 réponses

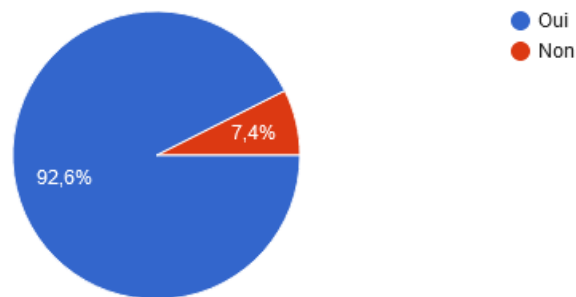




Pensez-vous que ce service pourrait soutenir vos équipes soignantes / éducatives ?

 Copier

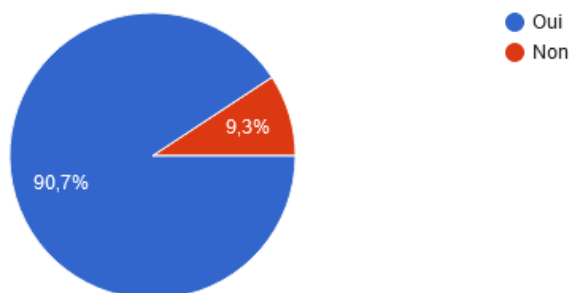
54 réponses



Seriez-vous intéressé que dans l'offre imaginée, soit inclus des interventions non médicamenteuses ? Exemple : Hypnose, Acupuncture, Digipuncture, Réflexologie etc...

 Copier

54 réponses



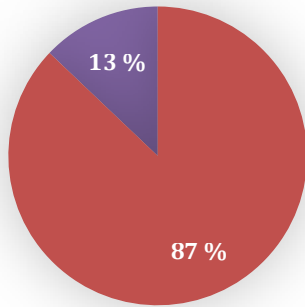
Commentaire :

Une réponse

C'est une idée innovante et qui attirerait les personnes de l'extérieur dans nos structures et permettrait également de sortir les résidents plus souvent

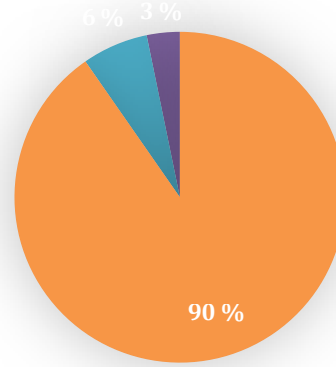
## Annexe 2 : Questionnaire à destination des résidents

Est-ce que les activités occupationnelles occupent une place importante dans votre quotidien ?



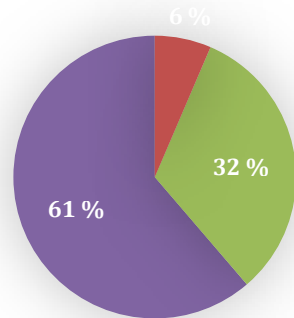
● Oui ● Non

Seriez-vous intéressé de participer à des animations avec des personnes extérieures à l'établissement ?



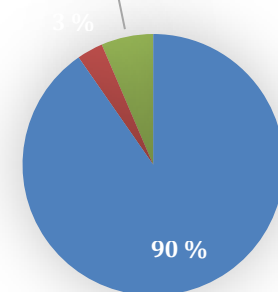
● Oui ● Non ● Je ne sais pas

Combien de fois souhaitez-vous bénéficier d'activités dans le semaine ?



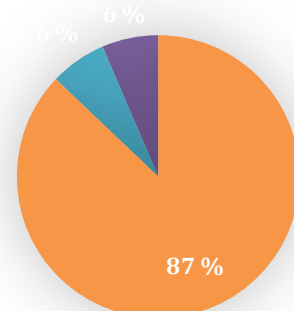
● 1 fois par semaine ● 3 fois par semaine  
● 5 fois par semaine ● Tous les jours de la semaine

Êtes-vous intéressé par la médecine douce ?



● Oui ● Non ● Je ne sais pas

Si une activité vous plaît seriez-vous prêt à le financer pour y participer ?

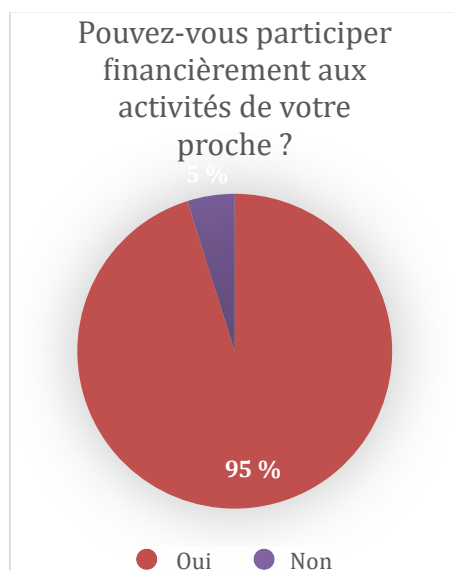


● Oui ● Non ● Je ne sais pas

Quels sont les activités que vous aimez ou aimeriez faire ?

- musique
- art plastique
- balade en forêt
- aller au restaurant
- cinéma
- activité extérieure
- jeu de société
- couture
- marche
- gym
- pêche
- sport
- cuisine, pâtisserie
- lecture
- danse
- dessin
- voyage
- recevoir des amis
- piscine
- BBQ
- fête
- activité manuelle
- bowling

### Annexe 3 : Question pour l'entourage



Non, pourquoi ?

1. : Coût de l'hébergement cher
2. : Les frais d'animations doivent être compris dans le prix de la chambre

Si oui, combien par mois ?

1 400 €

4 200 €

7 150 €

1 40 €

17 100 €

1 80 €

4 50 €

1 120 €

3 20 €

40 réponses

Moyenne de 111 €