



HAL
open science

L'EHPAD à domicile : vers un nouveau paradigme dans le secteur médico-social

Mélanie Drouet

► **To cite this version:**

Mélanie Drouet. L'EHPAD à domicile : vers un nouveau paradigme dans le secteur médico-social. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-03932173

HAL Id: dumas-03932173

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03932173>

Submitted on 10 Jan 2023

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.



MEMOIRE DE MASTER 2

MANAGEMENT DES ORGANISATIONS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIALES (MOSMS)-OPTION MEDICO-SOCIALE

Année universitaire 2021-2022

L'EHPAD A DOMICILE : VERS UN NOUVEAU PARADIGME DANS LE SECTEUR MEDICO SOCIAL

Présenté par Mélanie DROUET

Numéro d'étudiant : 22100353

Sous la direction de Monsieur Arnaud Eve, Maître de conférences en Sciences de Gestion, Responsable pédagogique-Master Management des Organisations Sanitaires et Médico-Sociales-Option médico-sociale

Mémoire présenté le mardi 28 juin 2022

Composition du jury : Mme Caroline Cintas et M. Arnaud Eve

REMERCIEMENTS

Je tiens à témoigner ma reconnaissance aux personnes qui m'ont soutenue tout au long de la réalisation de ce mémoire et plus globalement durant cette année de Master 2 MOSMS qui fut une expérience très enrichissante et formatrice.

En premier lieu, je remercie mon directeur de mémoire, Monsieur Arnaud Eve pour sa disponibilité, son accompagnement tout au long de l'année et ses précieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je remercie très sincèrement l'ensemble de l'équipe de la Direction de l'Autonomie de l'ARS Normandie, pour son accueil durant la période de stage et tout particulièrement Jérôme Dupont, Directeur adjoint pour sa confiance ainsi que Anne Delhaye, ma tutrice de stage, pour sa bienveillance et qui malgré sa charge de travail, a toujours su trouver le temps pour répondre à mes questions, transmettre son savoir.

J'adresse également toute ma reconnaissance aux professionnels qui ont répondu favorablement à mes demandes d'entretien, pour le temps accordé. Chacun de ces échanges m'a permis d'avancer dans l'analyse du sujet de recherche.

Je tiens à remercier les intervenants et professeurs du Master pour le partage de leur savoir et de leur expérience ainsi que mes camarades de promotion pour nos échanges et nos moments de partage.

Je remercie également le Conseil départemental de l'Eure qui a permis que je m'inscrive dans cette démarche de formation continue en m'accordant un congé individuel de formation.

Merci aux personnes de mon entourage personnel et professionnel qui ont effectué une relecture du mémoire, pour leurs remarques éclairées tant sur le fond que sur la forme.

Enfin, un grand merci à ma famille et à mes amis, avec une pensée toute particulière pour mon conjoint et mes deux filles, pour leurs encouragements, leur soutien, leur patience et leur compréhension.

GLOSSAIRE

A

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASV : Anticipation de la Société au Vieillessement

C

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CD : Conseil Départemental

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNSA : Caisse Nationale Solidarité Autonomie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS : Communauté Professionnelles Territoriale de Santé

CRT : Centre de Ressources Territorial

D

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DRAD : Dispositif Renforcé d'Accompagnement à Domicile

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

E

EHPAD : Etablissement Pour Personnes Agées Dépendantes

EMED : Equipe Mobile d'Evaluation à Domicile

ERER : Espace de Réflexion Ethique Régional

F

FACS : Fédération Nationale des Dispositifs de Ressources et d'Appui à la Coordination des Parcours de Santé

G

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GIR : Groupe Iso Ressources

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

H

HAD : Hospitalisation A domicile

HPST : Hôpital Patient Santé Territoires

I

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

L

LFSS : Loi de Financement de Sécurité Sociale

M

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

O

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P

PAERPA : Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

PSD : Prestation Spécifique Dépendance

PRS : Projet Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

Q

QVT : Qualité de Vie au Travail

S

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAVS : Service d'Aide à la Vie Sociale

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

RESUME

Le modèle actuel de l'EHPAD doit évoluer afin de répondre à l'aspiration massive des Français de vieillir à domicile. Cette évolution passe par un nécessaire décloisonnement entre les services du domicile et les établissements médico-sociaux afin d'éviter les ruptures de parcours et de fluidifier le parcours de vie des personnes âgées et de leurs aidants.

Dans ce contexte de transformation de l'offre médico-sociale, cette étude propose d'explorer le lien entre virage domiciliaire et accompagnement au changement des pratiques professionnelles.

Afin d'analyser ce lien, notre étude s'est appuyée sur une méthode à visée qualitative qui nous a permis de confronter les concepts théoriques aux réalités décrites. L'observation s'est déroulée au sein de la Direction de l'Autonomie de l'Agence Régionale de Santé Normandie. L'enquête, basée sur des entretiens semi-directifs, a été menée auprès de directeurs d'établissements portant des expérimentations d'EHPAD à domicile, de professionnels constituant les équipes opérationnelles de ces dispositifs ainsi que des autorités tarifaires (ARS et Départements).

Si notre approche qualitative ne permet pas de garantir l'exhaustivité et la représentativité des données, l'analyse des résultats met néanmoins en exergue que l'EHPAD à domicile constitue un levier d'accompagnement au changement des pratiques professionnelles à plusieurs titres. Il représente une opportunité d'amélioration des conditions de travail, de diversification des parcours professionnels et d'attractivité sur les territoires. Pour autant, l'accompagnement au changement vers ce nouveau paradigme suppose une posture et des compétences managériales, notamment en gestion de projet, qu'il conviendra de soutenir. Au regard des récentes évolutions du cadre réglementaire qui prévoit le déploiement de Centres Ressources Territoriaux et la mise en œuvre de Services Autonomie à Domicile, les ARS et les Départements ont donc un rôle structurant à jouer d'articulation des politiques publiques.

Mots clés : EHPAD à domicile, parcours de vie, virage domiciliaire, accompagnement au changement des pratiques professionnelles, amélioration des conditions de travail, gestion de projet, compétences managériales.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Remerciements	2
Glossaire	3
Résumé	5
Introduction	8
1^{ère} partie : Approche conceptuelle	10
I/ L'institutionnalisation des personnes âgées en perte d'autonomie en France	12
1) Les personnes âgées en perte d'autonomie : de qui parle-t-on ?	12
A. Qu'est-ce qu'une personne âgée ?	12
B. Entre autonomie, perte d'autonomie et dépendance	13
2) Origine et émergence de l'institutionnalisation des personnes âgées	14
A. Les institutions médico-sociales	14
B. Des hospices aux EHPAD	15
C. Un modèle à adapter	16
II/ L'émergence du virage domiciliaire	17
1) Entre désinstitutionnalisation et parcours de vie	18
A. Définition et principe de la désinstitutionnalisation	18
B. Le parcours de vie comme nouveau modèle	19
C. Une même philosophie mais des terminologies différentes selon les publics	19
2) Les origines et les fondements du virage	20
A. Un cadre législatif favorisant	20
B. EHPAD Hors les murs : des appellations diverses qui complexifient leur lisibilité	22
C. Des dispositifs amenés à se déployer au regard des évolutions réglementaires	23
III / L'accompagnement au changement des pratiques professionnelles	24
1) En quoi le virage domiciliaire impacte-t-il le management ?	24
A. Le management de projet innovant	25
B. Le management des organisations	25
C. Le management des ressources humaines	26
2) L'accompagnement au changement	28
A. Les enjeux de la conduite du changement	28
B. Les modèles de conduite du changement	29

2^{ème} partie : Etude empirique selon une approche qualitative	31
I/ Méthodologie de recueil des données	32
1) Le terrain d'étude : l'Agence Régionale de Santé Normandie	32
A. La Direction de l'Autonomie de l'ARS Normandie	33
B. Le contexte régional de l'offre médico-sociale	33
C. L'étude sur la transformation de l'offre médico-sociale	34
2) L'approche qualitative	35
A. Définition de l'approche qualitative	35
B. Une technique de recueil de données basée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs	35
C. Une méthode d'analyse centrée sur une approche thématique	36
II/ Présentation et discussion des résultats	37
1) Le virage domiciliaire d'un point de vue managérial	37
A. Des motivations communes mais des choix organisationnels différents	37
B. Une culture du management de projet affirmée	40
C. Un management favorisant l'approche expérientielle et participative	42
D. Une posture managériale de leader	43
2) L'EHPAD à domicile : levier d'accompagnement au changement des pratiques professionnelles	45
A. Un développement de compétences à accompagner	45
B. Une modification de la relation à l'utilisateur à soutenir	49
C. Un enjeu de cohésion d'équipe en décroissant EHPAD/domicile	51
D. Un levier pour favoriser la fluidité du parcours professionnel, l'attractivité du secteur et la lutte contre l'absentéisme	52
3) Les limites de l'étude	53
III/ Préconisations et perspectives	54
1) Sur les principes de mise en œuvre de l'EHPAD à domicile	54
A. Une approche territoriale garantissant la complémentarité des acteurs	54
B. Une approche permettant le maillage territorial	55
C. Des prestations complémentaires à déployer	55
2) Sur le portage du projet et l'accompagnement au changement des pratiques professionnelles	57
A. Une culture de la gestion de projet à développer	57
B. Une opportunité à saisir pour améliorer l'attractivité des métiers, lutter contre l'absentéisme et favoriser la fluidité des parcours professionnels	59
C. Un accompagnement par un plan de formation qui favorise les enrichissements croisés	59
3) Sur les moyens matériels et financiers	61
Conclusion	63
Bibliographie	64
Table des annexes	66

INTRODUCTION

La France vieillit et le défi du vieillissement est devant nous. Les projections démographiques de l'INSEE prévoient une augmentation du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus de 10,4 millions entre 2007 et 2060, pour atteindre 23,6 millions de personnes, soit une hausse de 80% de la tranche d'âge pendant cette période. La part des personnes âgées de 60 ans et plus passerait de 26,4% en 2020 à 32,1% en 2060.

Si la majorité des personnes âgées vieillissent dans de bonnes conditions d'autonomie (seuls 8% des plus de 60 ans sont dépendants et 20% des plus de 85 ans), entre 2010 et 2060, le nombre de personnes âgées dépendantes passerait de 1 150 000 personnes en 2010 à 1 550 000 en 2030 puis à 2 300 000 en 2060.

Cette évolution prévisible nécessite des réponses et des évolutions de l'offre sanitaire et médico-sociale à la fois sur le plan quantitatif mais également qualitatif, afin de répondre aux attentes d'une nouvelle génération de personnes âgées qui expriment de nouveaux besoins.

La France compte 7519 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sur l'ensemble du territoire pour 600 000 personnes âgées accueillies. Ainsi, 69% des Français vivent à moins de cinq kilomètres d'un EHPAD, ce qui constitue un véritable atout pour assurer un maillage territorial de proximité.

Pour autant, comme l'illustre l'actualité récente et la naissance de l'expression d'« EHPAD Bashing », l'EHPAD a mauvaise presse dans l'opinion publique. Il ne répond plus à l'aspiration massive des Français de continuer à vivre à domicile et dans son environnement habituel.

Ainsi, les différents rapports publiés depuis 2019 sur le secteur du grand âge, en particulier ceux faisant suite à la crise sanitaire, ont montré que le modèle de l'EHPAD devait profondément se rénover et répondre à plusieurs enjeux : évoluer vers un établissement mieux articulé avec le secteur social, sanitaire et médico-social, apporter un soutien tant humain que logistique aux acteurs du domicile et s'ouvrir vers l'extérieur en proposant davantage de services au bénéfice de personnes âgées sur son territoire.

Par ailleurs, si les pouvoirs publics ont fait du maintien à domicile un axe prioritaire des politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie, force est de constater qu'une bipolarisation accrue entre les services du domicile et les établissements d'accueil s'est installée. Or, cette organisation en silos génère un fort sentiment de complexité tant pour les personnes âgées, leurs aidants que pour les professionnels et occasionne des ruptures dans le parcours de vie.

Le choix de ce thème de recherche se justifie par les observations de ces ruptures lors de mes différentes expériences professionnelles en tant que responsable de secteur d'un service d'aide à domicile, dirigeante d'un Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) ou plus dernièrement pilote d'une Méthode d'Action et d'Intégration dans le champ de l'Autonomie (MAIA). En effet, si l'offre domiciliaire s'est considérablement développée au cours

de ces dernières années, elle reste pour certaines situations insuffisante, faute de prestations complémentaires que les professionnels du domicile et notamment les services d'aide à domicile ne sont pas en mesure de proposer. Des organisations modulables et coordonnées et des financements adaptés font défaut. De plus, les tensions déjà fortes en ressources humaines ont été accrues par la pandémie.

Parmi les situations observées, je pense notamment aux personnes qui, par manque de solutions adaptées et personnalisées, orientent souvent leurs proches vers une entrée en établissement, celle-ci étant acceptée plus par résignation que par choix. Il en va ainsi notamment des personnes âgées présentant des polyopathologies nécessitant plusieurs passages par jour pour assurer les soins, des personnes isolées qui auraient besoin que du temps leur soit accordé pour participer à des activités ou tout simplement converser, des aidants inquiets pour la sécurité de leur proche présentant des troubles des fonctions supérieures.

Dans son discours du 20 janvier 2021, Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargée de l'autonomie, évoquait la nécessaire construction de l' « *EHPAD de demain : plus protecteur, plus bienveillant, moins isolant. Ouvert vers l'extérieur avec des tiers-lieux en son sein, l'EHPAD de demain sera aussi un centre de ressources gériatriques pour les services à domicile de son territoire.* »

Ainsi, ces différents éléments m'ont amenés à m'intéresser à ce nouveau paradigme dans le secteur médico-social que va représenter l' « EHPAD de demain ».

Notre recherche s'appuiera donc dans un premier temps sur une approche conceptuelle afin de mieux appréhender les notions mais également les enjeux du virage domiciliaire et de l'accompagnement au changement des pratiques professionnelles. Dans une seconde partie, nous nous attacherons à mettre à l'épreuve ces concepts au regard de la réalité de plusieurs expérimentations d'EHPAD dits « Hors les Murs » ou EHPAD à domicile.

1ERE PARTIE

APPROCHE CONCEPTUELLE

Emile Durkheim, 1895, à propos de l'usage de certains mots :

« On les emploie couramment et avec assurance, comme s'ils correspondaient à des choses bien connues et définies, alors qu'ils ne réveillent en nous que des notions confuses, mélanges indistincts d'impressions vagues, de préjugés et de passions. »

Après avoir considéré l'institution comme réponse phare à la prise en charge des publics vulnérables, la France s'engage dans une logique de « désinstitutionnalisation » ou autrement dit de « virage domiciliaire » dans le secteur des personnes âgées. En effet, l'arrivée des cohortes du baby-boom aux âges, où la prévalence de la perte d'autonomie est forte, va créer un choc quantitatif majeur sur les besoins. Ainsi, la pression démographique actuelle et à venir de la population nécessitant une compensation de sa perte d'autonomie tant physique que décisionnelle appelle une nécessaire adaptation de l'accompagnement des personnes âgées et de leurs aidants afin de répondre au mieux à leurs besoins.

Nous allons le voir, des expérimentations sont menées par des EHPAD depuis ces cinq dernières années sur le territoire Français afin de répondre à cette nécessaire adaptation. Ces expérimentations sont amenées à se déployer au regard des récentes évolutions législatives.

La question qui se pose est donc la suivante : quels sont les impacts du virage domiciliaire d'un point de vue managérial et de l'accompagnement au changement des pratiques professionnelles ?

Nous proposons de structurer notre approche conceptuelle en trois temps. Le premier reviendra sur l'institutionnalisation des personnes âgées en perte d'autonomie, en rappelant son émergence, son évolution et les critiques auxquelles elle fait face aujourd'hui.

Le second temps visera à analyser l'émergence du virage domiciliaire, en clarifiant des éléments de définition tels que la désinstitutionnalisation, le parcours de vie et la notion de « hors les murs ».

Enfin, le troisième temps de réflexion soulignera les enjeux et les effets de ce virage domiciliaire sur l'évolution des pratiques professionnelles, en rappelant les différents modèles conceptuels d'accompagnement au changement.

Les différents concepts étudiés sont synthétisés dans le schéma ci-dessous :



I / L'institutionnalisation des personnes âgées en perte d'autonomie en France

Pour bien poser le cadre de notre réflexion, il nous faut définir précisément ce dont nous parlons. Ainsi, à l'heure où semble s'imposer le modèle de désinstitutionnalisation, il nous semble essentiel de rappeler dans un premier temps le public auquel notre recherche s'intéresse et ainsi, ce que nous entendons par les notions de personne âgée, dépendance et autonomie. Dans un second temps, nous nous attacherons à définir le concept de d'institutionnalisation et les évolutions auxquelles il fait face depuis ces dernières années.

1. Les personnes âgées en perte d'autonomie : de qui parle-t-on ?

A) Qu'est-ce qu'une personne âgée ?

En France, le terme « personne âgée » est utilisé pour caractériser une certaine frange de la population. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit ainsi une personne âgée à partir de l'âge de soixante ans. C'est d'ailleurs cet âge qui, dans la réglementation française, a été retenu pour certaines prestations ou dispositions concernant les personnes âgées, notamment pour ouvrir droit à l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA).

Une personne âgée est, pour le sens commun, une personne de grand âge qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente.

La revue de Littérature démontre que la définition d'une personne âgée dépend avant tout du contexte. En effet, le vieillissement est un processus progressif, et une personne ne devient pas *âgée* subitement. Serge Guérin (2007), sociologue français, insiste sur le fait que l'âge est un construit social qui évolue en fonction des normes que se donne la société. Pour lui, l'âge a « *rajeuni* » du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, de l'amélioration de la santé et de la formation des plus de 60 ans.

De même, Philippe Albou (2001) indique que la notion d'image des personnes âgées ou plus exactement des « *images mentales collectives liées à la vieillesse* » est fondamentale. Selon lui, « *parallèlement aux questions purement démographiques, c'est aussi et surtout l'image des personnes âgées qui s'est modifiée. Qu'y a-t-il en effet de commun entre nos grands-parents qui vivaient avant la guerre, tels que nous les observons sur les photos jaunies des albums de famille, et les « personnes âgées » de la fin du XX e siècle qui prennent leur voiture pour faire leurs courses au supermarché, partent en avion visiter des pays lointains, s'habillent de couleurs vives, appellent leurs petits-enfants sur leur portable et se préoccupent éventuellement de leur sexualité...* » Il évoque ainsi le fait qu'être une personne âgée est avant tout se ressentir ou se comporter comme tel ou être reconnu comme tel par les autres.

Il s'avère que le « début de la vieillesse » a subi en un siècle un glissement d'environ 10 à 20 ans vers le haut. Dans un sondage publié par l'Express en 1999, l'âge du début de la vieillesse était estimé en moyenne à 71 ans (avec la moitié des 70-75 ans interrogés qui ne se considéraient pas encore comme « âgés »). La plupart des commentateurs s'accordent ainsi de nos jours pour faire débiter la « première vieillesse », celle de la baisse des fonctions physiologiques, vers 70 ou 75 ans et la « grande vieillesse », celle des handicaps, aux alentours de 80 ou 85 ans.

B) Entre autonomie, perte d'autonomie et dépendance

Les notions d'autonomie, de perte d'autonomie et de dépendance sont omniprésentes dans le champ médical et médico-social, tout particulièrement quand il s'agit de personnes âgées. Ces notions sont régulièrement mises en opposition, au sens où une personne âgée dépendante ne serait pas autonome. Or, nous pouvons constater que la définition de ces notions ne fait pas consensus dans le champ de la vieillesse.

L'autonomie, du grec *autos* (soi-même) et *nomos* (loi, règle), se définit par la capacité à se gouverner seul et à décider par soi-même. Elle présuppose ainsi la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, de pouvoir agir, d'accepter ou de refuser en fonction de son jugement. Ainsi, pour Myriam Winance (2007) « *dans une acception commune, autonomie est synonyme de liberté ; elle est définie comme la capacité du sujet à décider pour lui-même des règles auxquelles il obéit, et à agir en conséquence* ».

La dépendance est quant à elle définie par le Larousse sous trois grands aspects : *apport de liaison étroite entre quelque chose et ce qui le conditionne, le régit (au sens, corrélation, connexité), état de quelqu'un qui est soumis à l'autorité d'autrui (au sens sujétion, subordination) et enfin état de quelqu'un, d'un groupe, qui n'a pas son autonomie par rapport à un autre, qui n'est pas libre d'agir à sa guise*. Pour autant, le verbe « dépendre » est défini comme « *ne pouvoir se réaliser sans l'action ou l'intervention d'une personne ou d'une chose* » et exprime ainsi l'idée d'une solidarité de faits, d'une relation entre choses qui les rend nécessaires les unes aux autres.

Si le terme de dépendance est apparu dans les années 70, il se généralise à partir des années 80 pour se substituer aux qualificatifs de « grabataire » ou « invalide » utilisés pour qualifier des personnes âgées ayant des difficultés à accomplir seules les actes de la vie quotidienne. La loi du 27 janvier 1997, qui instaure la Prestation Spécifique Dépendance donne une définition officielle à la dépendance : « *La dépendance, mentionnée au premier alinéa, est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière.* » La loi instaure également un outil de mesure, la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) qui classe les personnes en six groupes GIR (Groupe Iso-Ressources) selon si elles sont en capacité ou non d'accomplir seules les actes de la vie courante. De fait, cette définition renvoie une image négative de la vieillesse au sens où elle constituerait un poids, une charge pour autrui.

La loi du 20 juillet 2001 qui remplace la PSD par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) substitue le terme de dépendance par perte d'autonomie. Ainsi, l'article L232-1 du code de l'action sociale et des familles indique que « *toute personne âgée résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental, a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins ; cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière* ».

A la lecture de ces deux définitions réglementaires, nous pouvons nous apercevoir que les notions de dépendance et de perte d'autonomie renvoient toutes deux à l'incapacité à effectuer seul sans aide les principaux actes de la vie quotidienne. Ainsi, Bernard Ennuyer (2013, p 139 à 157) évoque une confusion sémantique dans le sens où « supplantant le *mauvais mot de dépendance, la perte d'autonomie est devenue le qualificatif politiquement et gériatriquement correct pour définir les personnes âgées qui vieillissent mal* ». Ces définitions tendent par ailleurs à réduire l'autonomie sous un angle strictement fonctionnel.

L'autonomie a pourtant été définie par des approches complémentaires. Ainsi, la sociologue Nathalie Rigaux (2011) parle d'autonomie relationnelle. Pour elle, l'être humain se définit au sein d'un réseau d'interdépendances qui implique que la solidarité et la réciprocité dans le prendre soin sont pour lui fondamentales. De même, Bernard Ennuyer (2013) nous rappelle que le philosophe Fabrice Gzil distingue « *l'autonomie exécutionnelle* » qui est la capacité à effectuer soi-même des actes de la vie courante de « *l'autonomie décisionnelle* » qui est la capacité à se déterminer soi-même en connaissance de cause.

Afin d'éviter toute représentation négative de la vieillesse au travers l'utilisation des mots, Bernard Ennuyer (2013, p 139 à 157) propose ainsi d'abandonner à la fois dépendance et perte d'autonomie pour adopter le vocabulaire de la plupart des autres pays européens qui utilisent l'expression de « *long term care* ». En effet, il indique que les personnes âgées sont des personnes qui nécessitent qu'on prenne soin d'elles sur la longue durée, autrement dit « *en besoin de soins de longue durée* ».

Plus dernièrement, les sociologues adhèrent au concept de « autodétermination » et en font un principe d'intervention qui inspire le respect de la personne et la valorisation des droits des individus à faire des choix, à prendre des décisions et à vivre une vie autonome.

2. Origine et émergence de l'institutionnalisation des personnes âgées

A) Les institutions médico-sociales

Le verbe latin *instituere* signifie fixer, établir. Comme le rappelle Francis Batifoulier (2019), pour le philosophe Jean-Bernard Paturet, l'institution est ainsi « *ce qui tient, ce à quoi on peut s'arrimer (...) elle n'est pas un établissement, elle est un ensemble de fictions et de fonctions qui portent les entreprises et les établissements* ». L'institution représente ainsi le stable, le solide de toute organisation et de toute entreprise. Cette notion fait référence à un groupe, une collectivité, un ensemble d'acteurs. Elle ne doit ainsi pas être confondue avec celle d'établissement qui renvoie davantage à la notion de bâti, de lieu physique.

La loi du 30 juin 1975 donne une définition très précise : « Sont des institutions sociales et médico-sociales, tous les organismes publics ou privés qui, à titre principal et d'une manière permanente :

- Mènent avec le concours de travailleurs sociaux, d'équipes pluridisciplinaires, des actions à caractère social ou médico-social, notamment des actions d'information, de prévention, de dépistage, d'orientation, de soutien, de maintien à domicile ;

- Accueillent, hébergent ou placent dans des familles des mineurs ou des adultes qui requièrent une protection particulière ;
- Reçoivent des jeunes travailleurs ;
- Hébergent des personnes âgées ;
- Assurent, en internat, en externat, dans leur cadre ordinaire de vie, l'éducation spéciale, l'adaptation ou la réadaptation professionnelle ou l'aide par le travail aux personnes mineures ou adultes, handicapées ou inadaptées. »

La loi du 2 janvier 2002 ajoute des éléments complémentaires à cette définition en mettant l'accent sur l'importance de tenir compte de l'évolution des modes d'accompagnement.

B) Des hospices aux EHPAD

En France, des lieux d'hébergement sont construits pour les personnes âgées depuis le XVIIe siècle. En effet, le pouvoir royal ordonne alors la création d'hôpitaux généraux dans les villes. Ces institutions ne sont pas des lieux de soin mais de relégation, d'enfermement où sont accueillis les vieux, les infirmes et les indigents.

La loi du 07/08/1851 instaure une séparation entre l'hôpital qui soigne les malades et les hospices où sont recueillis « les vieillards, les infirmes et les indigents ». La deuxième moitié du XIXe siècle voit se développer de nombreux hospices publics et privés, notamment sous l'égide de fondations.

La loi du 14 juillet 1905 oblige les communes à porter assistance aux plus de 70 ans, aux infirmes et aux incurables. Or, jusqu'à la deuxième guerre mondiale, aucun effort de construction n'est fait en direction de l'habitat pour les personnes âgées. Après la libération de 1945, l'effort de reconstruction est dirigé en priorité vers l'habitat familial et les infrastructures du quotidien (administrations, écoles) et l'habitat pour les personnes âgées n'est pas perçu comme prioritaire.

Quand Pierre Laroque publie son rapport en 1962, les personnes âgées vivent dans des hospices construits un siècle plus tôt, dans des conditions sanitaires et sociales précaires : salles communes, dortoirs, séparation des hommes et des femmes, absence d'animation.

Ainsi, comme le souligne Philippe Albou (2001), « *A une époque encore récente (que les actuelles personnes âgées ont connu), l'image de « l'institution des vieillards » était symbolisée par les hospices, avec leur manque de confort manifeste et l'abandon à leur triste sort des malheureux qui avaient la malchance d'y aboutir.* »

La loi du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales instaure officiellement le concept de « maison de retraite », avec comme caractéristique la possibilité d'un choix entre un établissement médicalisé ou non. Cette loi écarte définitivement le terme de « hospice » devenu trop péjoratif. Et la notion de médicalisation commence à s'insérer dans le fonctionnement des établissements.

Gérard Brami (2013, p 56 à 61) rappelle que la réforme de 1999 des établissements, amorcée par la loi de 1997 sur la PSD, va conduire à l'appellation de « Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes » (EHPAD). En effet, cette réforme conduit tous les établissements, quel que soit leur statut, à ne bénéficier de la notion d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qu'à la seule condition d'une médicalisation bien définie et beaucoup plus développée : présence d'infirmiers et d'aides- soignants salariés, création d'un poste de médecin coordonnateur.

C'est la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui va inscrire définitivement le terme d'EHPAD dans le paysage médico-social. La création d'un EHPAD est soumise à une procédure d'autorisation conjointe du Président du Conseil départemental et du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS). L'article D312-155-0 du Code de l'action sociale et des familles définit les EHPAD de la manière suivante :

- Hébergent à temps complet ou partiel, à titre permanent ou temporaire, des personnes âgées dans les conditions fixées à l'article D.313-15 et fournissent à chaque résident, à minima le socle de prestations d'hébergement prévu aux articles D.312-159-2 et D.342-2 ;
- Proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée ;
- Mettent en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies ;
- Inscrivent leur action au sein de la coordination gériatrique locale, en relation, notamment avec les dispositifs d'appui à la coordination mentionnés aux articles L.6327-2 et L.6327-3 du code de la santé publique, les centres locaux d'information et de coordination gérontologique mentionnés à l'article L.312-1 du CASF.

C) Un modèle d'EHPAD à adapter

L'évolution sociodémographique actuelle se caractérise par une population âgée en croissance, vivant plus longtemps en bonne santé et donc accueillie plus tardivement en EHPAD mais également par une nouvelle génération exprimant de nouveaux besoins.

Les personnes âgées souhaitent rester à leur domicile le plus longtemps possible. Une étude du Baromètre Santé menée en 2017 montre en effet que 83% des Français souhaitent vieillir à leur domicile. Par ailleurs, quel que soit le lieu de vie des personnes, domicile ou EHPAD, leur souhait est de pouvoir « se sentir chez soi » en toute sécurité.

L'entrée en EHPAD se fait ainsi de plus en plus tardivement. Dans son article, Isabelle Donio (2005, p 73 à 92) indique que « *Pour la plupart des résidents en EHPADs, le passage du domicile, lieu intime et privé, vers ce probable dernier lieu de vie, collectif et public, se réalise souvent dans la difficulté, la réduction des choix et de la liberté, parfois dans l'urgence et dans la brutalité.* » Ainsi, une étude de la DREES menée en 2017 montre que l'entrée en EHPAD s'effectue en moyenne à l'âge de 86 ans et 6 mois pour un séjour de 2 ans et demi en moyenne. Il en résulte que l'admission en établissement est de plus en plus associée à celle de la dépendance lourde voire de la fin de vie. L'enquête du Baromètre Santé montre en

effet que 56% des Français ont une mauvaise image de ces établissements. Cette image dégradée s'est trouvée renforcée avec les récentes polémiques dans le secteur. L'EHPAD n'a donc pas bonne presse dans l'opinion publique.

A ces facteurs s'ajoutent une perte d'attractivité professionnelle qui s'est accentuée avec la récente crise sanitaire. En 2018, dans un rapport parlementaire, les députées Monique Iborra et Caroline Fiat font état d'une situation difficile pour les EHPADs. Elles affirment qu'ils n'ont pas les moyens de prendre en charge correctement les résidents, de plus en plus dépendants, du fait de la gravité des pathologies et de l'entrée de plus en plus tardive. Elles évoquent une prise en charge dégradée et de la souffrance au travail pour les soignants. Dès lors, elles proposent une augmentation du taux d'encadrement et l'ouverture des établissements vers l'extérieur, en proposant notamment des prestations à domicile.

Dans sa publication, *Transformation de l'EHPAD. S'adapter aux nouveaux besoins des personnes âgées*, l'ANAP identifie plusieurs enjeux auxquels les EHPADs vont devoir répondre afin de repenser leur fonctionnement :

- Un enjeu lié à l'augmentation des besoins en soins dans un contexte de démographie médicale souvent contraint. Les EHPADs doivent ainsi repenser l'accès aux soins en lien avec les professionnels de santé et les établissements sanitaires ;
- Un enjeu organisationnel et social lié à de nouveaux besoins. Cela implique d'adapter les prestations et de s'interroger sur leur place dans le parcours des personnes âgées en renforçant leur coopération avec les acteurs du domicile ;
- Un enjeu de valorisation de l'image de l'EHPAD pour qu'elle ne se limite pas aux problématiques de la grande dépendance et aux conditions de travail difficile ;
- Un enjeu financier dans un contexte économique contraint sur le plan individuel et collectif.

Il s'agit ainsi de permettre à l'EHPAD d'être un acteur intégré dans la vie de la cité et un lieu de vie où l'on soigne et non un lieu de soins où l'on vit. C'est pourquoi, pour Louis Braverman, Sandrine Dufour-Kippemen et Béatrice Fermon (2021, p 263- 277), « *Dans un contexte où le modèle de l'EHPAD doit affronter de nombreuses critiques et est poussé à se renouveler, à définir un « EHPAD du futur », le dispositif de l'EHPAD « Hors les murs » s'affirme comme source d'innovation.* »

III/ L'émergence du virage domiciliaire

Le maintien à domicile est considéré en France comme un élément essentiel des politiques publiques d'accompagnement de la perte d'autonomie depuis ces dernières années. Néanmoins, l'organisation des services de soins et d'aide est marquée par une bipolarisation majeure de l'offre entre les acteurs du domicile (SAAD, SSIAD, portages de repas...) et les établissements d'accueil. Cette bipolarisation implique des frontières inadaptées aux situations individuelles de personnes âgées et engendre des ruptures de parcours lors d'évènements tels qu'une hospitalisation, l'indisponibilité d'un proche aidant, un accident de la vie courante...

Or, après avoir défini le concept de désinstitutionalisation, nous allons voir que le virage domiciliaire nécessite des services adaptés, mixtes et communicants entre eux afin de garantir

un parcours de vie fluide et répondant à l'évolution des situations, des besoins et des attentes de la personne âgée.

1. Entre désinstitutionnalisation et parcours de vie

A) Définition et principe de la désinstitutionnalisation

La notion de « désinstitutionnalisation » pourrait se définir par opposition à l'institutionnalisation et de fait supposer la fin des institutions médico-sociales. Or, comme le relève JR Loubat, JP Hardy et MA Bloch (2016, p 70), « *il faut le comprendre non pas comme la fin des institutions, car dès lors, il ne s'agirait ni plus ni moins de la fin de ce qui fait société, mais comme la fin d'une certaine variété d'institutions identifiées à des établissements traditionnels* ». De même, pour Francis Batifoulier (2019), « *désinstitutionnaliser ne peut en aucun cas être une démarche qui consiste à faire moins d'institution, car, alors ce projet de désinstitutionnalisation serait porteur de menaces majeures pour le secteur social et médico-social, tout particulièrement dans les temps présents* ».

La notion de « désinstitutionnalisation » a émergé dans le secteur de la psychiatrie, en Europe mais également sur le continent américain, dans les années 1960. Des sociologues, philosophes, ou encore médecins remettent alors en cause « l'institution totale » qui déshumanise et dévalorise la personne. Ils mettent alors en avant la nécessité de penser le soin hors les murs. C'est ainsi que ce concept, fondé sur le respect des droits des personnes et la perspective de permettre à chacun de prendre en main son destin, a permis la sortie des patients de l'hôpital ou de l'asile.

Plus récemment, en 2010 la Recommandation européenne relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et de leur vie au sein de la collectivité envoyait le message suivant : « *Conscient du fait que le placement des enfants en institution augmente sérieusement les inquiétudes quant à sa compatibilité avec l'exercice des droits de l'enfant ; reconnaissant que le regard porté sur les personnes handicapées doit évoluer en profondeur pour conduire à des pratiques inclusives et non discriminatoires(...) il incombe à l'Etat d'assister les familles de manière à ce qu'elles puissent élever leur enfant handicapé à la maison et, notamment, de réunir les conditions nécessaires qui leur permettront de mieux concilier vie de famille et vie professionnelle : l'Etat devrait par conséquent financer et mettre à leur disposition toute une gamme de services d'excellente qualité parmi lesquels les familles d'enfants handicapés pourront choisir diverses aides adaptées à leurs besoins.* »

Si cette recommandation européenne concerne les enfants, elle peut être tout à fait transposable aux personnes âgées. JR Loubat, JP Hardy et MA Bloch (2016, p74) notent ainsi que la désinstitutionnalisation est objectivement en marche depuis plusieurs années au travers le développement de services et d'accompagnement du type Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)... Néanmoins, les auteurs insistent sur le fait que la désinstitutionnalisation « *ne consiste pas seulement à terme à remplacer les établissements par d'autres types de services hors les murs mais à reconfigurer en profondeur les dispositifs des opérateurs* ». Ainsi, ils résument le processus de désinstitutionnalisation en 5 axes majeurs :

- La proposition d'un bouquet de services circonstanciés et adaptés à des besoins divers en lieu et place d'un ensemble indissociables de prestations quelles que soient les attentes des bénéficiaires.
- Les modes d'intervention s'effectuent de manière privilégiée au domicile ou dans l'environnement de la personne.
- Les interventions s'effectuent en fonction de catégories de besoins et d'attentes et non plus de labels déféctologiques (déments, déficients, psychotiques...).
- L'adaptation à une diversité croissante des besoins.
- L'évolution des projets vers des concepts ascendants comme la participation sociale et le développement personnel.

La démarche de désinstitutionalisation s'inscrit dans une logique de parcours de vie de la personne âgée qui s'est imposée, au cours de ces dernières années, comme la référence terminologique.

B) Le parcours de vie comme nouveau modèle

Dans son rapport « *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé* » (p 33), la Caisse Nationale Solidarité Autonomie (CNSA) donne une définition du parcours de vie : « *La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de la vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des évènements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale.* » Ainsi, l'évolution terminologique reflète le passage d'une logique institutionnelle à une ouverture sur la personne, à son environnement et entérine le recentrage sur la personne, ses aspirations, ses choix, son projet de vie.

Pour JR Loubat, JP Hardy et MA Bloch (2016, p 79), « *Fondamentalement, c'est un modèle historique qui est en train de muter (...) Le parcours se présente désormais comme un paradigme remplaçant ou transcendant peu à peu ceux de filières et d'établissements, qui constituaient un maillage institutionnel auquel les secteurs de l'action sociale et médico-sociale s'étaient puissamment accoutumés au point que la désinstitutionalisation soulève force inquiétude.* »

La prise en compte de la logique de parcours suppose ainsi des modes d'accompagnement souples, modulables et individualisés, capables de s'adapter aux variations situationnelles du parcours de la personne.

C) Une même philosophie mais des terminologies différentes selon les publics

Si le processus de désinstitutionalisation s'affirme depuis ces 20 dernières années, les terminologies utilisées pour le caractériser peuvent être différentes selon les publics concernés : virage domiciliaire pour les personnes âgées, virage inclusif pour les personnes en situation de handicap, et démarche « aller vers » pour les personnes en situation de précarité.

Le concept d'inclusion s'est imposé durant ces dernières années dans le champ du handicap et a progressivement suppléé les concepts d'insertion et d'intégration. Sa consécration résulte d'un mouvement mobilisant acteurs du monde associatif et chercheurs autour d'un modèle social du handicap refusant l'exclusion des personnes qui présentent une déficience au profit de leur acceptation dans leur différence. Introduite par la loi du 11 février 2005, la notion d'inclusion s'organise autour d'une conception systémique de la société qui doit garantir aux personnes en situation de handicap l'accès aux libertés et droits fondamentaux.

Cyprien Avenel (2021) définit la démarche de l'aller-vers par deux dimensions principales : d'une part, une mobilité des professionnels « hors les murs » vers les lieux où les personnes se trouvent et vivent et d'autre part une posture relationnelle d'ouverture vers la personne dans ce qu'elle est globalement. Ainsi la démarche « aller-vers » se présente comme le moyen d'aller à la rencontre des publics marginalisés qui ne demandent pas ou plus leurs droits. Cyprien Avenel rappelle que même s'il n'existe pas de définition conventionnelle, un groupe de travail au CNRS a proposé des éléments de définition suivants : « *cette démarche rompt avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une demande exprimée. Elle permet d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande et engage les acteurs à se situer dans une démarche pro-active, pour entrer en relation avec ces publics* ».

2. Les origines et les fondements du virage domiciliaire

A) Un cadre législatif favorisant

En France, depuis ces 20 dernières années, les textes de loi confortent la notion de parcours et posent de nouveaux principes notamment autour de l'autonomie, la participation sociale et l'accès au droit commun.

Ainsi, la loi du 2 janvier 2002 affirme la place prépondérante des usagers, entend promouvoir l'autonomie, la protection des personnes et l'exercice de leur citoyenneté. Elle s'articule autour de quatre grands axes :

- Renforcer le droit des usagers : mise en place de sept outils spécifiques : livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, médiateur ou conciliateur, conseil de la vie sociale ou autres formes de participation, projet d'établissement ou de service.
- Elargir les missions de l'action sociale : en donnant une existence reconnue aux prises en charges diverses, avec ou sans hébergement, à titre permanent ou temporaire, en internat, semi-internat, externat, ... domicile, en accueil familial. Le texte confère également une base légale aux structures nouvelles, de lutte contre l'exclusion, aux services d'aide à domicile, notamment pour adultes handicapés ainsi qu'aux lieux de vie et aux centres de ressources prodiguant aide et conseils aux familles en difficulté.
- Mieux organiser et coordonner les différents acteurs du domaine médico-social et social : instauration de véritables schémas sociaux et médico sociaux pluriannuels, en rénovant le régime des autorisations et en diversifiant les règles de tarification, par l'introduction d'une base juridique permettant des tarifications adaptées à la nature de chaque catégorie d'établissements

- Améliorer la planification : notamment en instaurant avec les établissements des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, afin de favoriser la réalisation des orientations des schémas sociaux et médico-sociaux et la mise en œuvre des projets d'établissements.

Les pouvoirs publics privilégient depuis 2005 le virage domiciliaire. Plusieurs plans nationaux, notamment le Plan Solidarité grand âge 2007-2012 et le plan pluriannuel du handicap 2008-2014 ont été orientés sur une logique quantitative de créations de places nouvelles afin de renforcer l'offre à domicile et plus particulièrement celle des soins à domicile. A titre d'exemple, le plan Solidarité Grand Age a permis de créer 23935 places supplémentaires fin 2018, soit 72% de la hausse totale des places de SSIAD entre 2008 et 2018.

La loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV) en 2015 aborde la double dimension du bien vieillir et de la protection des plus vulnérables. Elle porte l'ambition suivante : anticiper les conséquences du vieillissement et inscrire cette période de vie dans un parcours répondant autant que possible aux attentes des personnes en matière de logement, d'accompagnement et de soins en cas de perte d'autonomie.

Dans la perspective d'une loi Autonomie Grand Age, Dominique Libault a remis un rapport, *Concertation Grand Age et Autonomie*, le 17 septembre 2018 contenant 175 propositions. Parmi les « 10 propositions clés », figurait la suivante : Améliorer la qualité de l'accompagnement et amorcer une restructuration de l'offre, en y consacrant 300 millions d'euros par an, vers une plus forte intégration entre domicile et établissement, pour des EHPAD plus ouverts sur leur territoire. Pour Dominique Libault, il s'agit d'une priorité pour concrétiser le libre choix de la personne. Il évoque la nécessité de « *évoluer vers une approche plus attentive aux besoins des personnes et sortir d'une approche binaire avec le cloisonnement entre EHPAD et domicile pour proposer une gamme de solutions intermédiaires, mieux articulées entre elles* ». Il propose ainsi de créer un nouveau statut pour les EHPADs, qui recevraient une autorisation et un financement global afin de délivrer une palette de services et constituer « *des centres de ressources du grand âge, ouverts sur leur territoire* ».

Pour autant, un récent rapport de la Cour des Comptes de décembre 2021 portant sur les services de soins à domicile nuance l'ampleur du virage domiciliaire. Il analyse en effet, que si une croissance des places s'est indéniablement effectuée vers le domicile durant une dizaine d'années, un très net ralentissement est à noter depuis 2015, du fait l'absence de nouvelles programmations liée à l'arrivée à maturité des plans. Parallèlement, en 10 ans, le nombre d'EHPAD a fortement augmenté : en 2017 la France compte près de 590 000 lits contre 500 000 en 2009.

Les comparaisons internationales menées par l'OCDE mettent ainsi en exergue un retard de la France dans le virage domiciliaire, comparativement à des pays tels que le Danemark. Il est relevé que le nombre de places en institutions médicalisées, rapporté à la population des plus de 65 ans, reste stable en France quand il diminue dans les pays Nordiques. Pour autant, ce constat doit être interprété avec prudence car elles prennent peu en compte les contextes institutionnels, démographiques et géographiques spécifiques.

B) EHPAD Hors les Murs : des appellations diverses qui complexifient leur lisibilité

Le Petit Larousse définit le « Hors les murs » par le fait d'être à l'extérieur d'un cadre traditionnel, d'une institution. Pourtant, la définition de « l'EHPAD Hors les Murs » n'est pas clairement établie. Elle recouvre de nombreux dispositifs, aux appellations différentes : EHPAD à la maison, plateforme de services, dispositifs renforcés d'accompagnement à domicile, EHPAD Pôle ressource de proximité, EHPAD Tiers lieu, ... et plus dernièrement EHPAD centre de ressources territorial.

Ces différentes terminologies peuvent susciter des interrogations voire l'incompréhension des acteurs œuvrant dans le secteur médico-social. La notion de « Hors les murs » peut également sous tendre que l'EHPAD est un lieu d'enfermement.

En date du 29/04/2021, le Ministère des Solidarités et de la Santé donne les définitions suivantes :

*** EHPAD « hors les murs » ou « à domicile »** : il comprend de nouvelles prestations en sus des prestations proposées par le droit commun (assurées par les SSIAD, SAAD, SPASAD, accueil temporaire) qui ne sont pas assurées habituellement par les intervenants à domicile (et qui sont usuellement assurées par un EHPAD ou par d'autres prestataires) afin de maintenir les personnes âgées dépendantes à domicile en respectant leur projet de vie grâce à une prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale graduée en mettant les compétences de l'EHPAD au service du domicile= une entrée usager maintenu à son domicile en alternative de l'EHPAD.

*** EHPAD « plateforme de services »** : il comprend une pluralité de services gérée par une seule entité possédant un statut unique (GCSMS, organisme gestionnaire, association) regroupant, pilotant et coordonnant divers services sociaux et médico-sociaux (voir d'autres services) complémentaires afin d'accompagner dans leurs parcours respectifs des personnes = une entrée établissement gestionnaire de plusieurs services.

*** EHPAD « centre de ressources territorial »** : il vise à créer des interactions entre l'EHPAD et son environnement de proximité et à positionner l'EHPAD en centre de ressources et d'expertise des acteurs gérontologiques du territoire : personnes âgées à domicile, appui aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées, appui et expertise pour des professionnels d'autres EHPAD ne disposant pas de temps d'expert = une entrée appui aux acteurs du territoire.

Le principe commun à l'ensemble de ces dispositifs est de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de bénéficier des offres et des technologies disponibles en EHPAD directement à domicile, ce qui n'est pas le cas actuellement. L'objectif est ainsi de leur garantir un maintien à domicile en toute sécurité et de prévenir les situations à risque. De plus, les deux éléments constitutifs en sont une coordination renforcée et étroite avec les acteurs du domicile (SAAD, SSIAD, HAD, réseaux, CLIC, ...) et l'utilisation des nouvelles technologies (domotique).

Il s'agit ainsi à la fois :

- D'inscrire les EHPADs dans une démarche de décroisement et d'intégration avec l'ensemble des acteurs de sanitaire, du médico-social et du social.

Mais également :

- De placer la personne âgée au cœur des dispositifs, sur le principe de l'autodétermination décrit plus haut, et dans une logique de parcours.

Ainsi, pour Louis Braverman, Sandrine Dufour-Kippelen, Béatrice Fermon (2021, p 263-277) « *Bien que l'appellation d'EHPAD « hors les murs » ne soit pas adoptée par l'ensemble des acteurs, elle permet de mettre l'accent sur le processus de désinstitutionnalisation à l'origine du développement de ce modèle.* »

C) Des dispositifs amenés à se déployer au regard des évolutions réglementaires

Les initiatives d' « EHPAD Hors les murs » sont encore récentes dans les territoires. Dans son étude menée en 2020, *Maintien à domicile : vers des plateformes numériques de services*, la Banque des Territoires note que plus de la moitié a vu le jour à partir de 2017 ; les plus anciennes datant de 2015.

Si la loi Autonomie Grand Age a été repoussée lors du précédent quinquennat, plusieurs mesures visant à renforcer le virage domiciliaire ont été introduites dans les dernières Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). Ainsi, en 2018, la LFSS a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. C'est dans ce cadre que l'expérimentation des Dispositifs Renforcés d'Accompagnement à Domicile (DRAD) s'est inscrite.

Le cahier des charges national des DRAD indique que l'expérimentation a pour objet de proposer une solution aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile, pour lesquelles un accompagnement « classique » des services du domicile n'est plus suffisant et qui seraient, à priori, orientées vers une entrée en établissement.

Le dispositif propose ainsi une coordination intégrée et renforcée des différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée, tout en s'appuyant sur l'expertise d'un EHPAD dans l'accompagnement de la perte d'autonomie d'une personne âgée.

Ce projet innovant est porté par le Fédération Nationale de la Mutualité Française, la Croix Rouge Française ainsi que l'Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve, et est expérimenté jusqu'en octobre 2023 au sein de 23 EHPAD répartis dans 10 régions.

Plus dernièrement, l'article 41 de la LFSS 2022 prévoit le déploiement des « EHPADs Centres de Ressources Territorial ». L'arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées positionne la structure désignée comme un facilitateur du parcours de santé des personnes âgées du territoire résidant à domicile ou dans

un autre établissement ainsi qu'aux professionnels en charge de leur accompagnement. Deux modalités d'intervention sont proposées :

- Volet 1 : Appui aux professionnels du territoire : formation, appui administratif et logistique, mise à disposition ponctuelle d'expertise gériatrique, de ressources spécialisées ou de plateaux techniques.

- Volet 2 : Accompagnement renforcé de personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD, coordination du parcours par un interlocuteur unique. Les missions du volet 2 sont ainsi inspirées de l'expérimentation DRAD.

Si les premières réflexions prévoyaient que cette mission soit portée par des EHPAD, l'arrêté du 27/04/2022 prévoit deux possibilités de portage :

- Soit portage par un EHPAD qui assure le volet 1 et le volet 2 de la mission, impliquant un partenariat avec des services à domicile, dans le respect de leurs compétences.
- Soit portage par un service à domicile : qui prévoit dans son projet un conventionnement avec un EHPAD pour réaliser les prestations du volet 1.

Enfin, le Ségur de la Santé, dans le champ de l'autonomie, prévoit une enveloppe d'aide à l'investissement de 1,5 milliards d'euros destinée à soutenir le libre choix du lieu de vie pour les personnes âgées et rendre possible leur vie à domicile dans une plus grande diversité de formes.

III/ L'accompagnement au changement des pratiques professionnelles

Parmi les critères d'évaluation de l'expérimentation des DRAD, prévue en octobre 2023, figure l'axe suivant : *Dans quelle mesure cette expérimentation modifie-t-elle l'expérience et les pratiques des professionnels impliqués ? Sont-ils satisfaits de ce dispositif ?*

En effet, le passage d'une logique d'établissement à une logique de parcours et de dispositifs entraîne de nombreux changements que ce soit en termes d'organisation, de postures et de pratiques professionnelles. Ce n'est plus l'institution qui définit un projet auquel un résident doit répondre. C'est la personne qui doit pouvoir composer son parcours à partir d'une offre de prestations modulaires offertes par des établissements ou services qui doivent veiller à coordonner leurs interventions.

Nous allons donc étudier dans un premier temps les impacts du virage domiciliaire sur le management pour ensuite aborder l'accompagnement au changement des pratiques professionnelles.

1. En quoi le virage domiciliaire impacte-t-il le management ?

Nous allons voir que ce changement de paradigme implique des changements de pratiques professionnelles tant du point de vue des professionnels qui interviennent directement auprès de la personne âgée que du point de vue de l'ensemble de la chaîne hiérarchique.

A) Le management de projet innovant

Le déploiement de dispositifs dits « hors les murs » positionne nécessairement le directeur d'établissement comme un manager de projet voire même manager d'innovation. JR Loubat, JP Hardy et MA Bloch (2016, p 305-306) utilisent le terme de « *coordinateurs d'innovation* » qui doivent combiner plusieurs fonctions : un rôle de manager d'équipe dans un fonctionnement hiérarchique, un rôle de chef de projet pour la mise en place et le développement de l'établissement et enfin, un rôle d'animateur territorial nécessitant la mise en place de partenariats à faire vivre dans la durée. Ainsi, pour les auteurs, « *ces trois rôles impliquent un accompagnement du changement et une animation de processus d'apprentissage, dans une posture de facilitation.* »

De même, pour Françoise Dupuich-Rabasse (2008, p155-162), les compétences génériques en management de projet sont liées à trois types d'aptitudes : les compétences cognitives (pensée analytique, capacités conceptuelles, gestion de la diversité, créativité, ...), les compétences sociales (maîtrise émotionnelle, communication, travail d'équipe...), et les compétences politiques (capacité d'influence, de négociation, de mobilisation...).

B) Le management des organisations

Cyprien Avenel (l'Aller-vers au cœur des mutations du travail social) insiste sur le fait que la démarche de désinstitutionnalisation implique une stratégie de déploiement et de management des organisations en donnant les moyens d'intervenir « hors les murs ». Mais selon lui, « *Cette orientation peut sembler aller à l'encontre de la maîtrise des risques, du contrôle des processus, des impératifs de gestion auxquels les politiques publiques sont confrontées. Elle signifie d'expérimenter de nouveaux modes de relation avec les personnes, de déployer des pratiques professionnelles innovantes et des démarches participatives territorialisées pour lutter contre l'usure professionnelle, les logiques de guichets, les conduites de non recours.* »

JR Loubat, JP Hardy et MA Bloch (2016, p 127-128) complètent cette analyse en identifiant plusieurs freins organisationnels. Outre les aspects liés au projet structurel et immobilier de l'opérateur, les auteurs indiquent que le déploiement de ce type de dispositif interroge plusieurs éléments organisationnels, notamment en termes de :

- Gestion : nécessité de se doter d'outils comptables et gestionnaires permettant une claire lisibilité des coûts ;
- Système d'information : il doit être repensé afin de garantir la fluidité des informations ;
- Nouvelles technologies : elles doivent être adaptées du point de vue de la relation avec les usagers ;
- Distribution des personnels : importance de réinterroger les fonctions et l'adéquation des compétences dans la mesure où la nouvelle configuration entraîne davantage de mobilité au sein de l'ensemble des personnels.

Ainsi, JR Loubat, JP Hardy et MA Bloch indiquent que le virage domiciliaire questionne le management de l'opérateur, dès lors que « *les évolutions de l'organigramme et des lignes hiérarchiques réinterrogent le rôle des divers cadres et le rôle d'une équipe de direction dans sa capacité à promouvoir et à organiser le changement* ».

Cette reconfiguration vient en effet questionner les organigrammes et les lignes hiérarchiques actuels.

C) Le management des ressources humaines

Pour Cyprien Avenel (2021), le virage domiciliaire « *oblige les acteurs à modifier leur posture, à être moins administratifs et plus proactifs, moins dans la culture d'instruction des dossiers que dans la culture de l'animation territoriale (...)* La démarche requiert en effet des compétences, des savoirs faire et des qualités relationnelles qui sont des compétences à acquérir par des techniques. Elle exige de posséder de véritables connaissances théoriques de la notion de territoire et celle de l'action collective, de maîtriser des compétences stratégiques et pratiques, et de développer une pratique critique et réflexive. Cela exige également une proximité et une connaissance fine des territoires, de leur dynamique d'acteurs et des réseaux locaux d'action qui les composent ».

Une perte d'identité

Le changement d'organisation qu'implique les EHPAD « Hors les murs » peut entraîner un sentiment d'insécurité et de perte de repères. En effet, comme le soulignent JR Loubat, JP Hardy et MA Bloch (2016, p130), « *Dans ce secteur d'activité, le sentiment d'appartenance repose traditionnellement sur le corporatisme (« on est éducateur, psychologue, infirmier, assistant social, kinésithérapeute, etc ») mais également sur le communautarisme (« on fait partie d'une équipe, d'un établissement, d'une unité, d'un groupe de vie »). Ces appartenances visent à se maintenir car elles apparaissent aux yeux des acteurs comme des repères stables, comme des garanties de légitimité et de conditions de travail acceptables.* »

Ainsi, le mot de « désinstitutionnalisation » peut résumer cette inquiétude. Dans son rapport du 15 février 2022, *Experts, acteurs, ensemble...pour une société qui change*, Denis Piveteau indique que l'utilisation de ce terme peut être « *perçue comme une remise en cause d'un cadre de travail chargé de sens* ». Il parle même de « *blessure psychologique* » dans le sens où des professionnels qui, très investis dans leur métier, ressentent une déconsidération des établissements qui continueraient à proposer « des places ».

Pour les professionnels qui interviennent directement auprès de la personne âgée, le virage domiciliaire implique ainsi de nouveaux modes d'exercices professionnels.

Un nouveau mode de relation à l'utilisateur

La démarche de l'autodétermination/ « aller vers », consistant à ne pas décider à la place de la personne déplace la relation d'accompagnement. Dans son rapport, Denis Piveteau indique que le professionnel n'est plus en surplomb. Ce déplacement de l'interaction oblige à développer une intelligence émotionnelle, accentue la dimension de réciprocité et revisite la stricte « distance professionnelle ». Pour autant, elle peut profondément déstabiliser les professionnels. Ainsi, pour Francis Batifoulier (2016), « *comment donner sens à ce nouveau paradigme quand on a été formé et habitué à être dans une position d'expert (...)* Nombre de professionnels du travail sur autrui ont le sentiment d'être emportés par une crise continue et peinent à donner du sens à ce qui est en train de transformer le secteur social et médico-social ».

Ce déplacement de la relation est d'autant plus vrai que le cadre de l'accompagnement n'est plus le même. Il s'effectue de façon privilégiée à domicile et non plus en établissement. Or, Elian Djaoui (2007, p 157-162), mentionne que l'intervention à domicile revêt des particularités. Pour lui, le domicile correspond au domaine privé de la personne âgée qui est maîtresse chez elle. Ainsi, « *le professionnel, même s'il est attendu et apprécié, n'est que toléré. En opposition à ce qui se passe dans une institution gériatrique, le rapport de pouvoir est là, du côté de la personne âgée.* ».

L'intervention à domicile implique également une modification de posture, dans le sens où elle fait résonance à l'intimité du professionnel. Pour Elian Djaoui, « *cette pratique n'a de sens que si le professionnel fait entrer, dans certaines limites, la personne âgée dans son espace intime* ». Il évoque ainsi la nécessité de construire un nouveau mode de relation qui aura une influence incontestable sur la prise en charge des personnes âgées vulnérables à domicile. Il met néanmoins en garde sur le risque de débordement et d' « *effraction de l'intimité du professionnel* ».

De nouveaux savoirs faire

Nous l'avons évoqué, les récents cahiers des charges des prochains Centres de Ressources Territoriaux (CRT) et des expérimentations DRAD prévoient une coordination renforcée autour de la personne âgée, en plaçant le professionnel en charge de cette coordination comme « l'interlocuteur unique » pour la personne âgée, les aidants et les acteurs du territoire. En effet, raisonner en « parcours » induit d'apporter des réponses à un ensemble de besoins et de proposer une diversité de services qui relèvent eux-mêmes d'une diversité d'acteurs et d'institutions. Cela impose une véritable coordination des acteurs autour de la personne âgée pour appréhender la diversité de ses besoins. Il s'agit ainsi d'établir un étroit partenariat avec des professionnels aux formations initiales, cultures métiers et institutionnelles, organisations et contraintes structurelles différentes.

Dans son rapport, Denis Piveteau (2022) note ainsi l'apparition de nouveaux intitulés professionnels tels que référent de parcours, coordinateurs de parcours, coach social...qui peuvent être présentés comme de nouveaux métiers. JR Loubat, JP Hardy et MA Bloch (2016, p 119), confirment cet aspect en indiquant « *qu'il s'agit bien d'une nouvelle fonction à temps plein, faisant appel à des compétences qui exigeront à court terme la mise en place de formations spécifiques* ».

La référence à la notion d'interlocuteur unique dans le parcours de la personne âgée renvoie d'ailleurs à la fonction de gestionnaire de cas, déployée dans le cadre de la méthode MAIA sur le territoire français. La CNSA définit le gestionnaire de cas comme un professionnel dédié à la coordination de l'ensemble des actions nécessaires au maintien à domicile des personnes âgées en situation complexe. Pour autant, le gestionnaire de cas est un professionnel spécifiquement formé à l'exercice de cette nouvelle fonction. Il suit un cursus pour obtenir un diplôme interuniversitaire « gestionnaire de cas ». Dernièrement, dans le cadre de la mise en place des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), ce diplôme a évolué vers la dénomination de « coordinateur de parcours ».

Des savoirs-être spécifiques

Au-delà des savoirs- faire, le virage domiciliaire implique de la part des professionnels des savoirs-être spécifiques tels que l'autonomie, la prise d'initiatives, la capacité à travailler dans une équipe pluridisciplinaire. Ainsi, dans son rapport, Denis Piveteau (p 14) indique que « *se mettre au quotidien à l'écoute de la diversité des désirs des personnes accompagnées suppose (...) une plus grande autonomie de décision et d'être capable dans un travail d'équipe, d'apporter sa compétence propre sans pour autant s'enfermer dans un périmètre d'actes à effectuer* ».

2. L'accompagnement au changement

Le changement est polymorphe. Il peut à la fois désigner une réorganisation totale d'un fonctionnement qu'un changement de bureau. Pour autant, David Autissier et Jean Michel Moutot 2016, p 9) définissent le changement par « *une rupture significative des modes de fonctionnement de telle manière que nous soyons contraints à un effort d'adaptation. (...). Le changement est une situation pour laquelle notre existant devient obsolète pour un avenir que nous acceptons en fonction des améliorations qu'il apportera* ».

A) Les enjeux de la conduite du changement

Tout projet de changement a des impacts importants pour l'ensemble des salariés. Il s'agit donc pour le manager de repérer ces impacts, de les anticiper et de les accompagner afin de limiter les résistances et les risques psychosociaux.

Cécile Dejoux (2017, p 85-87), rappelle que la résistance au changement est une situation normale. Ces résistances provoquent des peurs, des comportements de protection tels que la peur de l'inconnu, la perte d'habitudes, la perte de confiance, le sentiment d'être dépassé par les événements, le sentiment de honte, l'absence de sens. Elle identifie ainsi deux sources de résistance : les sources individuelles (liées aux habitudes, à la sécurité, la peur de ne plus être performant, au traitement sélectif des informations) et les sources organisationnelles (davantage liées aux menaces pour les relations au pouvoir, pour l'expertise et pour la répartition des ressources mais également à l'inertie des groupes qui sont parfois plus fortes que le désir de changer des individus).

Jean Marie Peretti (2020, p 258-263), complète cette analyse en indiquant que les manifestations de la résistance peuvent être de deux types : actives (action de s'opposer activement par une action contraire) ou passives (statu quo, lenteur, rumeurs et ralentissement). Il identifie ainsi plusieurs phases : le refus de comprendre, la résistance sous plusieurs formes (inertie, discussion du bien-fondé « cela fonctionne très bien , pourquoi changer ? »), la révolte qui peut se manifester par un excès de zèle pour prouver que le changement de fonctionne pas), la décompensation, la résignation (lorsque la personne accepte le changement, contrainte et forcée), l'intégration (lorsque le salarié ne se focalise plus sur les inconvénients mais découvre les avantages du changement). Jean Marc Peretti indique que chaque professionnel traverse ces phases à un rythme qui lui est propre. C'est pourquoi, il insiste sur le fait qu' « *il est nécessaire de faire précéder toute démarche de changement majeur d'une étude d'impact humain, c'est-à-dire l'analyse des conséquences*

humaines sur les salariés, y compris les risques psychosociaux et les besoins de compétences, en associant l'ensemble des acteurs concernés ».

B) Les modèles de conduite du changement

L'approche de la conduite du changement s'est profondément transformée depuis son apparition dans les années 60. Selon le modèle de Kotter décrit dans son ouvrage *Leading and change* (1996, Harvard Business School Press), la réussite durable d'un changement doit suivre 8 étapes : Créer un sentiment d'urgence (pourquoi changer), créer une équipe de pilotage constituée de leaders du changement, développer une vision et une stratégie, communiquer la vision du changement (vers où on va), responsabiliser les salariés (identifier les groupes relais), générer des victoires rapides (afin d'encourager les plus motivés et décourager les plus réfractaires), consolider les gains et produire plus de changements, ancrer les nouvelles mesures dans la culture de l'entreprise (ce qui était du changement devient la norme).

Plus dernièrement, Michael Petoux (2022) rappelle les cinq stratégies managériales proposées par Soparnot (2013) afin de lever les résistances au changement : « *hiérarchique* », qui est la manière la plus autoritaire, le « *développement organisationnel* » qui aborde le changement selon une dimension humaine par des mesures d'accompagnement et d'information), « *politique* » qui repose sur de la négociation, « *symbolique* » qui favorise la compréhension du projet et enfin « *historique* » qui s'intéresse au poids de l'histoire et des habitudes organisationnelles.

Pour autant, dans leur ouvrage David Autisser et Jean Michel Moutot (2015, p 10) décrivent les limites des différentes approches de la conduite du changement depuis les années 60 et évoquent un changement de paradigme. A l'approche instrumentale et managériale, ils préfèrent une approche « *expérientielle* ». Cette dernière, centrée sur « *l'expérience collaborateur* » se développe depuis vingt ans dans les sciences du management pour répondre aux exigences d'agilité, de collaboratif et d'expérientiel dans un contexte digital. David Autissier et Jean Michel Moutot définissent cette approche de la manière suivante : « *le changement est traité non plus comme un obstacle à franchir mais par le développement de la capacité à changer des acteurs par des dispositifs expérientiels. (...) Après avoir vécu une expérience de changement, les intéressés comprendront ou sauront mieux le traduire* ». Dans ce modèle, l'expérience concrète est le moyen de valider, éprouver et de revoir les concepts abstraits. Ils proposent ainsi un nouveau modèle de conduite du changement en mode agile, basé sur trois phases : Définir (réalisation d'un diagnostic permettant d'identifier les changements, les acteurs concernés, la culture et les irritants), expérimenter (mise en place de cycles d'ateliers participatifs et de cycles de pilotage pour mesurer la réalisation du changement), ancrer (suivre l'ensemble des projets au service de la transformation globale).

Enfin, outre la mise en place de méthodes pour conduire le changement, nous allons nous intéresser à la prise en compte des valeurs des professionnels et de l'établissement. Le système de valeurs est une forme d'invisible social. C'est un ensemble de codes et de règles implicites que les acteurs utilisent pour se représenter leur environnement et conduire leurs actions de telles manière que celles-ci soient acceptées et valorisées par les autres membres. Pour résumer, David Autissier et Jean Michel Moutot (2016, p 203) indiquent qu'il s'agit de

définir « à quoi carburent les principaux intéressés » pour mieux présenter et traiter un projet de changement. Ils conseillent ainsi de réaliser une « marguerite sociologique » qui dresse un bilan des principales résistances et des valeurs au sein du périmètre concerné.

Conclusion de la 1^{ère} partie

Les propos de Francis Batifoulier (2019) nous semblent tout à fait résumer cette approche conceptuelle et les enjeux du virage domiciliaire. En effet, pour lui, « *l'enjeu n'est pas de désinstitutionnaliser mais de faire institution autrement. Quand l'institution n'existe plus « en haut », elle doit exister « en bas » et chaque établissement devrait être « un système politique » engageant ceux qui y travaillent et fondant leur légitimité et leur autorité* ».

Ainsi, pour accompagner le changement, il indique que « ***l'institution qu'il s'agit de déconstruire n'est pas dans les murs mais dans les esprits*** ».

2^e PARTIE

ETUDE EMPIRIQUE SELON UNE APPROCHE QUALITATIVE

Une infirmière coordinatrice à propos de l'EHPAD à domicile (2022) :

« Avec l'EHPAD à domicile, ce n'est pas la personne âgée qui s'adapte au rythme de la structure. Ce sont les professionnels qui adaptent et modulent leurs interventions en fonction des besoins de la personne âgée. »

La première partie de notre recherche nous a permis d'appréhender et mieux comprendre les contours théoriques et conceptuels du virage domiciliaire dans le secteur des personnes âgées. Il s'agit désormais de mettre à l'épreuve ces concepts au regard de la réalité de plusieurs expérimentations d'EHPAD à domicile.

Après avoir présenté la méthodologie de recueil des données, nous analyserons les résultats en nous appuyant sur les verbatims recueillis lors des entretiens et en les confrontant à notre conceptualisation pour enfin préconiser des modalités opérationnelles de mise en œuvre du virage domiciliaire.

I/ Méthodologie de recueil des données

Nous allons positionner le cadre exploratoire de notre recherche en présentant dans un premier temps notre terrain d'étude puis en décrivant la méthode qualitative choisie pour la collecte et l'analyse des données.

1. Le terrain d'étude : l'Agence Régionale de Santé Normandie

Notre recherche s'est effectuée durant la période de stage, d'une durée de trois mois au sein de la Direction de l'Autonomie de l'Agence Régionale de Santé de Normandie. Elle s'est inscrite dans le cadre d'une étude confiée par la Direction visant à déterminer la stratégie régionale de transformation de l'offre médico-sociale des personnes âgées vers le maintien à domicile.

Créées le 1^{er} avril 2010 par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), les ARS sont des établissements publics autonomes, placés sous la tutelle du ministère de la santé et des solidarités. Elles sont chargées :

- Du pilotage régional de la politique de santé publique qui comprend trois champs d'intervention : la veille et la sécurité sanitaire, la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et promotion de la santé, l'anticipation et la gestion des crises sanitaires, en lien avec le Préfet.
- De la régulation de l'offre de santé en Région qui vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé. Cette régulation porte sur les secteurs ambulatoire (médecine de ville), hospitalier et médico-social.

Pour ce faire, la loi met à la disposition du Directeur Général de l'ARS divers leviers, notamment :

- L'autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources.
- La définition et la mise en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA), des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé en région.
- L'évaluation et la promotion de la qualité des formations des professionnels de santé.

A) La Direction de l'Autonomie de l'ARS Normandie

L'ARS Normandie, dont le siège est à Caen, comporte cinq délégations départementales. Elle est composée de plusieurs directions : des directions métiers (Offre de Soins, Autonomie, Santé Publique), des directions transversales (Stratégie, Mission Inspection et Contrôle, Appui à la Performance) et de fonctions support rattachées à la Direction Générale.

La Direction de l'Autonomie a pour objet de répondre à la fois aux défis du vieillissement et à l'évolution de la demande sociale en matière d'accompagnement. Elle est organisée en trois pôles : organisation de l'offre médico-sociale, allocation de ressources, évaluation des prestations médico-sociales. Ses enjeux sont de :

- Favoriser le bien vieillir en mobilisant des outils qui vont de la prévention à l'accompagnement de la perte de l'autonomie (à domicile ou en institution).
- Promouvoir l'inclusion des personnes en situation de handicap.
- Proposer des solutions adaptées pour toute personne en situation de handicap.
- Mettre en place une politique pour les proches aidants.

B) Le contexte régional de l'offre médico-sociale

L'action de l'ARS Normandie est incarnée par le Projet Régional de Santé (PRS) élaboré en concertation avec l'ensemble des acteurs de la démocratie en santé de la Région, en partant des besoins des usagers, au regard des diagnostics territoriaux de santé. Le PRS définit la stratégie régionale de santé, programme sa mise en œuvre opérationnelle et fixe les ambitions et les priorités régionales de santé.

Ainsi, dans le cadre de l'élaboration du PRS 2018-2023, les diagnostics territoriaux ont mis en exergue les quelques éléments de contexte suivants, au sujet du parcours de vie des personnes âgées :

- Un taux d'équipement en places d'hébergement permanent en EHPAD supérieur à la moyenne nationale (111,01 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans, France : 100,4 au 1er janvier 2015) mais des disparités entre les départements : la Seine-Maritime, la Manche et l'Eure sont moins équipés. La Normandie compte 34 192 places pour personnes âgées dépendantes dans 386 EHPADs.
- Un taux significatif de chambres non individuelles en EHPAD : 21 % des EHPAD ont un taux de chambres à plusieurs lits supérieur à 10%. 7,2% des chambres en EHPAD sont des chambres à plusieurs lits (données ANAP).
- Un taux d'absentéisme important en EHPAD (données ANAP) : 42,21% des EHPAD enregistrent un taux d'absentéisme supérieur à 10%, avec des disparités très marquées entre les départements.
- Un déficit de professionnels de premier recours.

- Un maillage territorial complet des services d'aide et de soins infirmiers à domicile (130 SSIAD dont 18 SPASAD expérimentaux) mais des taux d'équipement qui varient selon les départements.
- Une hétérogénéité des pratiques professionnelles des SSIAD : manque de coordination/collaboration avec les partenaires, critères d'inclusion non harmonisés et d'exclusion non recevables, manque de turn-over, constat d'un nombre de personnes accompagnées par place très hétérogène (de 1,9 dans le Calvados à 3,6 en Seine-Maritime).
- Des équipes mobiles d'évaluation à domicile (EMED) déployées principalement en ex Haute-Normandie.
- Une offre de services de répit inégalement répartie à l'échelle de la région et des départements (hébergement temporaire, accueil d'urgence, de jour, de nuit, balluchonnage/relayage...).

Ces éléments de diagnostic vont faire l'objet d'actualisation dans le cadre de l'élaboration du prochain PRS, pour lequel les groupes de travail vont être lancés fin 2022.

C) L'étude sur la transformation de l'offre médico-sociale

Durant la période de stage, notre recherche s'est inscrite dans le cadre d'une étude confiée par la direction de l'Autonomie visant à définir la stratégie régionale de déploiement des dispositifs dits « Hors les murs ».

A l'aube de la parution du cahier des charges sur les Centres de Ressources Territoriaux, les objectifs de cette étude étaient les suivants :

Objectifs intermédiaires	Objectifs opérationnels
Effectuer un point d'étape des expérimentations en cours	Recenser les expérimentations en cours/à venir
Capitaliser sur les retours d'expérience	Effectuer une démarche de benchmarking
Clarifier la sémantique	Effectuer une recherche documentaire
Déterminer un modèle de financement	Rencontrer les directeurs d'établissements portant des expérimentations en Normandie
	Réunir les représentants des 5 Conseils départementaux

En Normandie, trois dispositifs expérimentaux sont actuellement en activité dont deux bénéficient de financements de l'ARS ; le troisième fait partie des 23 sites retenus dans le cadre de l'article 51 pour la mise en place de DRAD. Il s'agissait donc d'identifier les principaux enjeux liés à la transformation de l'offre médico-sociale, notamment du point de vue organisationnel et économique. Ainsi, les objectifs de cette étude ont convergé et se sont

inscrits en complémentarité avec notre sujet de recherche portant sur l'accompagnement au changement des pratiques professionnelles.

2. L'approche qualitative

Afin de répondre à notre problématique de départ, le choix s'est rapidement porté vers une méthodologie à visée qualitative.

A) Définition de l'approche qualitative

Selon I. Aubin Auger, A. Mercier, L. Baumann, AM. Lehr Drylewicz, P. Imbert et L. Letrilliart (2008, p 142-145), la recherche qualitative est souvent mise en opposition avec la recherche quantitative. Or, les deux types de méthodes peuvent être complémentaires et se succéder dans une même recherche. Ainsi, pour les auteurs, « *la recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer (...) elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative* ». Pour ces auteurs, la démarche est décrite comme « *une démarche pas à pas et rigoureuse* » qui passe par plusieurs étapes : revue de littérature, définition de la question de recherche, choix méthodologique théorique, technique de recueil des données et enfin méthode d'analyse.

De même, pour Yvonne Giordano (2002, p 13), « *les recherches qualitatives privilégient, en effet, des canevas très émergents sans programmation rigide, ce qui oblige le chercheur à activer ses lectures mais aussi ses capacités à inventer un cheminement rigoureux et capable de s'intéresser aux acteurs de terrain. La démarche retenue est volontiers celle de l'induction ou de l'abduction, même si la déduction n'y est pas exclue. C'est ce bricolage ainsi que le caractère volontiers itératif des designs construits qui le contraste le plus à des recherches plus quantitatives* ». Pour l'auteure, toute recherche se doit de spécifier la position du chercheur eu égard son objet de recherche. Elle décrit ainsi trois types de traditions : positiviste, interprétative et constructiviste. Au regard des définitions de chacune de ces traditions, il semble que nous nous soyons inscrits au croisement de la position interprétative, fondée sur la compréhension empathique des représentations d'acteurs, et de la position constructive dans le sens où notre recherche vise la conception d'un projet régional.

B) Une technique de recueil des données basée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs

Afin de recueillir les données, nous avons, en amont de la programmation des entretiens, réalisé un guide d'entretien (cf. annexe n°1) construit autour de trois idées : présentation de la structure et du projet porté, méthode de construction et freins rencontrés, bilan à ce jour en termes d'effets sur les pratiques professionnelles, leviers pour accompagner le changement et points de vigilance. Ce guide simplifié constituait plus un point de repère qu'une trame imposée de conduite d'entretien. En effet, nous avons favorisé la fluidité et la dynamique des échanges afin de recueillir les pratiques, points de vue et analyses des professionnels interviewés. Le guide fut par ailleurs adapté en fonction du profil des professionnels rencontrés (fonction occupée, établissement concerné).

Notre démarche fut systématiquement présentée par le prisme d'un retour d'expériences des établissements/ institutions porteurs d'expérimentations. Afin de garantir la liberté de parole, un formulaire de consentement éclairé à la participation à un entretien (cf. annexe n°2) nous engageant à rendre anonyme l'ensemble des données recueillies fut systématiquement adressé en amont.

Les entretiens, d'une durée moyenne de 1H à 1H30, se sont déroulés, sous un format individuel ou collectif et selon différentes modalités : en visio-conférence, au téléphone ou au sein même des lieux d'exercice, en fonction des distances géographiques et des souhaits exprimés par les professionnels.

Afin de permettre une mixité des avis et opinions, nous avons choisi de nous entretenir avec plusieurs types de profils de professionnels :

- Des directeurs d'EHPAD portant des expérimentations d'EHPAD à domicile ;
- Des représentants d'autorités tarifaires (ARS et Conseil départemental) ayant soutenu le déploiement de ces expérimentations ;
- Des cadres intermédiaires, et notamment des infirmiers coordinateurs encadrant au quotidien les équipes se rendant à domicile ;
- Des professionnels (psychologue, assistant de service social) constituant les équipes ;
- Des professionnels des secteurs du handicap et de la précarité.

Au total, ce sont 17 entretiens qui ont été effectués dans le cadre de l'étude sur la transformation de l'offre. Cinq d'entre eux ont fait l'objet d'une retranscription pour notre sujet de recherche. Les autres ont fait l'objet de prises de notes détaillées et de retranscriptions partielles à partir des enregistrements. C'est pourquoi, les verbatims utilisés s'appuient sur l'ensemble des interviews.

En complément de ces entretiens, une journée d'immersion auprès d'une infirmière coordinatrice d'un dispositif d'EHPAD à domicile a permis de mieux comprendre son quotidien, d'identifier les atouts et contraintes de fonctionnement mais également de rencontrer une personne âgée bénéficiaire du dispositif. Un tableau récapitulatif, en annexe n°3, répertorie l'ensemble des entretiens (modalités, déroulement, fonction des personnes rencontrées, retranscription effectuée).

Par ailleurs, notre réflexion fut enrichie par l'ensemble des rencontres et échanges informels qui ont eu lieu pendant le stage.

C) Une méthode d'analyse des données centrée sur une approche thématique

Pour analyser les données textuelles, Bernard Fallery et Florence Rodhain (2013, p 1-16) ont décrit quatre approches : lexicale, linguistique, cognitive et thématique. Si les auteurs concluent leur recherche en appelant à "*un usage complémentaire de ces approches dans une démarche à la fois algorithmique et heuristique* », nous avons privilégié l'approche thématique pour analyser les textes retranscrits des entretiens réalisés. Cette approche nous a en effet paru être la plus adaptée car, selon ces mêmes auteurs, elle permet d'interpréter un contenu alors que les autres approches permettent respectivement de définir le sujet

(approche lexicale), de déterminer comment on en parle (linguistique) et enfin de structurer une pensée (carte cognitive).

Afin de mettre en œuvre cette approche thématique, nous avons appliqué les deux étapes décrites par les auteurs à savoir : « *Dans un premier temps, les significations des textes sont catégorisées selon le modèle qui guide le chercheur, c'est la fameuse « grille d'analyse »: matrices par phrases ou par thèmes, évolution de ces matrices...Dans un deuxième temps, intervient une analyse statistique assez simple sur les éléments de cette grille d'analyse : fréquence d'apparition, variation selon les locuteurs, selon les contextes, interdépendance entre les éléments du modèle... »*

Ainsi, nous nous sommes familiarisés avec les données à la lumière de la question de recherche, en effectuant un travail de codage manuel et en faisant émerger les thèmes principaux. Ce travail a nécessité de lire et relire les données, de les fragmenter pour ensuite les répertorier dans une grille d'analyse thématique afin de comparer et d'extraire certaines récurrences, points de convergences et divergences entre les acteurs. Un exemple de grille d'analyse se trouve en annexe n° 4.

II/ Présentation et discussion des résultats

La retranscription et l'analyse des entretiens nous ont donc permis de faire émerger plusieurs grandes thématiques, que nous allons détailler sous deux angles : le point de vue managérial et l'accompagnement au changement des pratiques professionnelles. Afin de répondre à notre problématique de départ, il s'agira d'analyser les résultats en confrontant les expériences et points de vue des professionnels rencontrés, au travers de verbatims, avec les concepts théoriques étudiés. Pour finir, nous clarifierons les limites de notre cadre méthodologique.

1. Le virage domiciliaire d'un point de vue managérial

A) Des motivations communes mais des choix organisationnels différents

Avant d'aborder les aspects managériaux, les entretiens ont systématiquement débuté par une présentation du dispositif expérimental d'EHPAD à domicile, en évoquant notamment le cadre juridique, la date de mise en place, les missions et objectifs recherchés, le public cible et la file active, les prestations apportées, les professionnels dédiés, les partenariats mis en place et enfin le mode de financement. Ces éléments ont été rapportés dans un tableau synthétique, en annexe n°5, afin de permettre une vue d'ensemble de ces dispositifs.

Ce travail nous a permis de confirmer le postulat évoqué lors de la première partie qu'il existe actuellement autant de modes organisationnels que de dispositifs rencontrés. En soi, ce constat n'est pas une réelle surprise dans le sens où il s'agit d'expérimentations et que, comme le définit le Larousse, *l'expérimentation vise à essayer, tester, vérifier et connaître quelque chose par l'expérience*. En effet, il n'existait pas avant 2018 et l'introduction dans la LFSS de l'article 51 permettant l'expérimentation de dispositifs innovants au travers des DRAD, de cadre réglementaire instituant un cahier des charges national. Pour autant, il

s'avère, au regard des entretiens réalisés, que même pour ces derniers dispositifs, les choix organisationnels sont très différents.

Cette diversité de modèles, pourtant source de richesse, va dans le sens d'un manque de lisibilité décrit dans la première partie. En effet, les échanges informels menés avec plusieurs professionnels lors du stage, ont montré un manque d'identification des missions de ces dispositifs induisant un certain attentisme de leur plus-value dans le service apporté à la population.

Pour autant, les motivations des directeurs d'EHPAD à s'inscrire dans le virage domiciliaire et à conduire une expérimentation d'EHPAD à domicile se rejoignent. En effet, ces motivations sont liées à une prise de conscience de l'enjeu démographique lié au vieillissement de la population mais également à la nécessité d'adapter le modèle actuel de l'EHPAD qui ne correspond plus aux attentes des personnes âgées et de leurs familles. Ainsi, plusieurs directeurs ont évoqué leur intention « **d'ouvrir l'EHPAD sur le domicile** » en déployant les prestations et l'expertise de l'EHPAD afin d'offrir une multitude de services. Il s'agit également de changer le regard sur la prise en charge de la vieillesse et de prendre en compte le souhait des personnes à vieillir chez elles. Ainsi, pour la directrice de l'EHPAD G, « **La première des motivations, c'est que les personnes âgées n'ont pas envie d'aller en EHPAD. 90% d'entre elles souhaitent rester à la maison. C'est donc pour répondre à ce besoin sociétal de rester le plus longtemps possible chez soi, jusqu'à la fin de sa vie si c'est possible. Il y a aussi l'enjeu financier. Toutes les personnes n'ont pas les moyens d'entrer en EHPAD ou ne souhaitent pas forcément solliciter l'aide sociale. Il n'y a pas de toute façon assez de places en aide sociale. Il y a aussi l'enjeu plus institutionnel d'ouvrir l'EHPAD vers l'extérieur. L'EHPAD est trop cloisonné, trop fermé aujourd'hui. Il y a urgence à offrir une multitude de services comme cela a commencé avec les accueils de jour, les accueils temporaires. On peut encore aller plus loin en proposant différentes prestations pour répondre aux besoins des personnes. Il y a enfin l'enjeu du regard sur le vieillissement et de se dire pourquoi aujourd'hui quand on est très dépendant, on a que cette possibilité de l'institution** ».

De même, pour le directeur de l'EHPAD D, « **L'EHPAD ne répond plus aux besoins ou il y répond à postériori. Les entrées se font souvent de façon subie, suite à une situation brutale liée à une hospitalisation, la perte d'un proche, une décompensation importante. On accueille des gens qui n'ont pas choisi réellement d'être dans nos établissements. Cela a un impact important sur le niveau d'acceptabilité des personnes et la façon dont se déroule leur séjour. C'est pour cela que l'on a réfléchi à une autre façon d'approcher l'accompagnement. Globalement, on souhaite bannir le terme EHPAD car cela renvoie à des notions qui paraissent dépassées. L'enjeu du grand âge, c'est de sortir de la dualité domicile/institution et d'apporter une réponse agile aux besoins des personnes. Approcher le sujet par la prise en charge de la dépendance ne nous paraît plus adapté. Il renvoie à la notion d'objet. C'est plutôt le maintien de l'autonomie qui nous paraît pertinent. Si on veut faire face aux besoins futurs, il vaut mieux prendre la tangente du maintien de l'autonomie avec des axes de prévention plutôt que d'arriver en bout de chemin, ce qui amène à des ruptures de parcours brutales.** » Ces témoignages corroborent avec les limites du modèle actuel des EHPAD évoqué dans notre première partie. Ils confirment la prise de conscience de la nécessité de

faire évoluer les organisations. Ainsi, pour le directeur de l'EHPAD D, « **On est au début d'un changement radical qui est bienvenu.** »

Mais si les motivations se rejoignent les choix organisationnels diffèrent. Ces choix reposent sur deux visions distinctes : proposer un service « clés en mains » en exportant l'ensemble des compétences de l'EHPAD vers le domicile versus mettre en place des prestations complémentaires aux services déjà existants dans un principe de subsidiarité.

Ainsi, pour le directeur général de l'EHPAD B, il s'agit de « **proposer un guichet unique de prise en charge en ayant la main sur l'ensemble des services que l'on organise et tous les professionnels qui interviennent.** » De même, pour la directrice de l'EHPAD A, « **Notre force, c'est ce service coordonné par une même institution. C'est moi qui gère tout le personnel donc, si ça ne marche pas, c'est de ma responsabilité. Alors que si on se repose sur les services du domicile, comment je vais pouvoir dire à un SAAD que l'heure du coucher est trop tôt, et qu'il ne respecte pas la période de jeûne ou que la prise en charge de Mme X n'est pas digne parce que l'incontinence n'est pas bien gérée ?** » Dans la même idée, pour l'infirmière coordinatrice de l'EHPAD B, coordonner des services qui ne dépendent pas hiérarchiquement de la même institution reviendrait à « **courir sans avoir les jambes** ».

La seconde vision organisationnelle des directeurs d'établissements correspond davantage à une démarche d'intégration des services reposant sur une dimension partenariale forte. L'intégration est ici entendue, selon la définition de la CNSA, comme une démarche conduisant tous les acteurs à coconstruire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. Cette approche permet une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse. Le modèle organisationnel de l'EHPAD G correspond à cette définition de l'intégration. En effet, pour la directrice, « **On vient en complémentarité des services d'aide à domicile. C'était vraiment une exigence de ma part quand on a développé le projet. On ne voulait surtout pas venir sur le terrain de ce qui existait déjà. L'objectif, c'est vraiment d'emmener l'expertise de l'EHPAD sur le domicile et de travailler la complémentarité. Pour plusieurs raisons. On se rend compte que les aides à domicile sont parfois peu qualifiées, démunies en termes de temps. Notre équipe vient en appui à ces professionnels, par exemple quand il y a des toilettes difficiles ou des mobilisations compliquées. Dans ce cas, l'ergothérapeute est intervenu plusieurs fois pour former les aides à domicile sur l'utilisation du matériel et aussi sécuriser l'accompagnement de la personne âgée à domicile. On souhaite aussi ouvrir nos formations internes aux professionnels du domicile. Prochainement, on va organiser une formation sur la bientraitance et on va accueillir quelques professionnels du domicile. Cette démarche permet aussi de décloisonner l'EHPAD et le domicile.** »

De même, pour le directeur de l'EHPAD D, « **Nous n'avons pas fait le choix d'un modèle qui propose un acteur unique qui porte toutes les dimensions de l'accompagnement. On est sur un dispositif qui est coopératif, sur un principe de subsidiarité. On veut s'inscrire dans les dynamiques existantes. On n'est pas là pour faire à la place de. C'est l'axe central du dispositif. On n'est pas là pour remettre en question l'action d'acteurs qui sont légitimes sur le domicile. C'est notre enjeu principal.** »

Parmi les huit directeurs interviewés, six ont fait le choix de proposer un EHPAD à domicile dans une démarche intégrée des services. Ce modèle semble garantir l'acceptabilité du dispositif par les partenaires mais également par les personnes âgées et leur famille. En effet, sur ce point, le retour d'expérience de l'EHPAD E est très intéressant car la directrice a expérimenté les deux modèles organisationnels : **« Au début, on s'est dit, on peut tout faire nous-mêmes car on a notre EHPAD, notre SSIAD, notre SAAD. Finalement, on s'est rendu compte que ce n'était pas du tout pertinent d'exiger des personnes qu'elles choisissent les partenaires E pour toutes les prestations. Les personnes sont très attachées à leurs aides à domicile, elles ont tissé une relation de confiance avec elles. On s'est rendu compte que c'est une erreur monumentale que de leur demander de changer d'intervenant afin de bénéficier de notre dispositif. D'un point de vue économique, c'est intéressant pour nous mais il faut voir au-delà. C'est de plus un frein pour recruter des personnes âgées. C'est à elles de décider. »**

B) Une culture du management de projet affirmée

L'ensemble des directeurs interrogés se sont rejoints sur la nécessité de faire évoluer la posture managériale en s'inscrivant dans une démarche de management par projet.

Pour la directrice de l'EHPAD A, **« Je pense que la fonction de direction, c'est d'animer le projet d'établissement à l'échelle de son territoire. La dimension financière et gestionnaire est importante mais il vaut mieux un directeur qui sait animer des projets. Pourtant, on a beaucoup de directeurs qui sont des gestionnaires. On anime des projets de vie pour des personnes. Il ne faut jamais oublier pourquoi on est là. »** De même, pour la directrice de l'EHPAD G, **« L'EHPAD n'est plus entre quatre murs. Il faut une ouverture d'esprit. Un directeur n'est plus un gestionnaire d'établissement. Il y a des fonctions supports pour l'y aider. Le directeur doit être visionnaire, inspirant et manager des projets. Les EHPADs qui ne vont pas suivre ce mouvement risquent de se retrouver très en difficulté »**. Dans le même sens, la directrice de l'EHPAD F indique, **« Je crois beaucoup au management de projet. C'est vrai que c'est chronophage. Mais je pense que ça emmène les équipes, ça motive et ça donne des perspectives. C'est stimulant et valorisant car ça montre aux équipes que l'établissement évolue. »**

La gestion par projet implique nécessairement la prise en compte de l'environnement. L'ancrage territorial et la dynamique partenariale apparaissent comme des enjeux majeurs pour garantir l'efficacité du projet d'EHPAD à domicile. Pour le directeur, il s'agit donc d'identifier l'ensemble des acteurs du territoire et de s'inscrire dans une démarche d'aller vers les partenaires. Cette démarche s'avère être une étape incontournable pour permettre l'acceptabilité du projet. Ainsi, pour la directrice de l'EHPAD G, **« le plus dur, c'est de s'inscrire en réseau. Je suis allée à la rencontre de toutes les mairies, et d'acteurs tels que la PTA. C'est important de bien connaître son territoire. Mon objectif était de travailler en coordination avec tout le monde et de participer à un maillage territorial »**. Pour la directrice de l'EHPAD A, il s'agit avant tout de rassurer et de lever les potentielles craintes **« C'est bien de faire avancer les partenaires avec nous. Ça se construit. C'est un peu comme un jeu d'échecs. Les partenaires, quand vous commencez à faire des choses innovantes, halte à vous. Le changement, ça vous met dans une posture managériale différente. Et vous pouvez susciter de l'envie, de la jalousie, de la crainte. Dès que l'on change, c'est un climat émotionnel que vous créez. Ce service va-t-il nous**

manger ? Va-t-il créer de la compétition ? Quand vous faites de l'innovation, vous pétillez. Vous pouvez donc créer des rivalités. Il faut rassembler, rassurer, accueillir tout cela et se présenter comme un petit frère ou une petite sœur qui vient apporter une pierre complémentaire. C'est comme l'arrivée d'un petit dernier dans une famille. Il faut que tout s'exprime, c'est normal. »

De même, pour le directeur de l'EHPAD D, « ***L'inscription des partenaires dans une gouvernance partagée du dispositif est fondamentale afin de garantir son acceptabilité. Il faut un dialogue constructif entre tous les acteurs. Le terme EHPAD « Hors les murs » peut être dérangentant pour les acteurs du domicile qui pouvaient avoir l'impression que l'on voulait marcher sur leurs plates-bandes et prendre les compétences qu'ils portent historiquement. C'est pourquoi, nous avons donné un autre nom au dispositif car ce n'est pas du tout notre philosophie.*** » Ainsi, dans son modèle organisationnel, ce directeur a associé des acteurs tels que les SAAD, le SSIAD, l'HAD, le DAC, le CCAS, le CLIC dans une commission qui étudie les demandes d'orientation vers le dispositif d'EHPAD à domicile et décide de leur inclusion ou non. Par ce principe, il s'agit de favoriser la co-responsabilité des acteurs. Or, la mise en place de cette commission de coordination « ***a supposé un travail qui culturellement n'existait pas de collaboration entre le domicile et l'établissement*** ».

Ces résultats vont dans le sens de l'analyse de Cyprien Avenel (2021) décrite dans la première partie pour qui, le virage domiciliaire implique une nécessaire modification de posture du manager qui doit s'inscrire dans une culture de l'animation territoriale et avoir une connaissance fine des acteurs et des enjeux de son territoire. Plus que de faire participer les acteurs, l'enjeu est de leur permettre de s'approprier le dispositif en s'appuyant sur leurs expertises respectives.

De même, cette démarche participe au changement de paradigme lié à la logique de parcours de vie des personnes âgées, telle que décrite dans la première partie. En effet, ce n'est plus l'institution qui définit un projet auquel un résident doit répondre mais bien la personne qui doit pouvoir composer son parcours à partir d'une offre de prestations modulaires offertes par des établissements ou services qui veillent à coordonner leurs interventions.

Pour autant, si les directeurs qui portent des expérimentations paraissent aguerris au management par projet, les professionnels des autorités tarifaires interviewés se rejoignent sur le fait que cette pratique ne correspond pas nécessairement à la norme. Ainsi, pour l'ARS E, « ***Les Directeurs ne sont pas acculturés au management par projet. Ces sujets ne sont pas innés. Les EHPADs sont toujours autocentrés sur eux-mêmes. Dans une dynamique de gestion de projet, il est indispensable que les directeurs d'EHPAD aient connaissance des partenariats sur le territoire. Cette dimension est encore trop peu développée et souvent restreinte à 1 ou 2 partenaires. Il faut une maturité de la dimension parcours et de l'ancrage territorial. Par exemple, être très au clair avec le fonctionnement de la filière gériatrique, ce qui n'est pas le cas actuellement.*** » De même, pour l'ARS B, « ***Il y a une dimension de montée en compétences dans la gestion de projet, le travail en partenariat. Un directeur d'EHPAD ne connaît pas forcément le DAC, les acteurs du domicile. C'est une acculturation qui est longue.*** » Ainsi, pour l'ARS A, « ***Il s'agit d'une évolution des mentalités. On pousse les porteurs à dépasser ce qu'ils font actuellement en les invitant à faire de la coordination domicile /établissement.*** »

Néanmoins, directions d'EHPAD et autorités tarifaires s'accordent sur un élément majeur pour relever ce défi : la stabilité des équipes, tant du point de vue des équipes managériales que du point de vue des équipes opérationnelles. En effet, la totalité des directeurs interviewés sont en poste depuis plus de 5 ans, ce qui permet une maturité pour aborder des projets innovants.

Ainsi, pour l'ARS E, « ***Pour accompagner le changement, il faut le personnel. Quand vous courez après les plannings, vous ne pouvez pas vous inscrire dans une dynamique projet. Si vous avez des difficultés à l'intérieur, vous aurez encore plus de difficultés à vous ouvrir à l'extérieur*** ». En ce sens, la crise sanitaire a pu avoir un effet très délétère au regard des tensions en ressources humaines qu'elle a générées. Pour l'ARS E, « ***la crise a entraîné un sentiment de découragement chez certains directeurs. On ne peut donc pas demander à une structure fragile de se porter volontaire pour une autre forme d'activité*** ».

C) Un management favorisant l'approche expérientielle et participative

La mise en œuvre opérationnelle du projet s'est effectuée pour la majeure partie des dispositifs après deux à trois années de réflexion. Cette durée semble être un prérequis nécessaire pour mûrir le projet, tant avec les équipes qu'avec les partenaires et les financeurs. Elle garantit également une démarche de co-construction avec les agents mais également avec les usagers.

En effet, pour la directrice de l'EHPAD A, « ***Dans ma stratégie, j'associe toujours les usagers dans la démarche projet. C'est évident, c'est pour eux qu'on est là. Ce sont les meilleurs ambassadeurs. Ils vont aider à convaincre. Car quand on est sur du nouveau, il n'y a pas meilleur témoin que les usagers eux-mêmes. C'est une façon éthique de manager. La phrase toute simple de l'utilisateur va être plus percutante que celle d'un professionnel.*** » De même, pour le directeur de l'EHPAD D, « ***On souhaite promouvoir l'expérience usager et faire évoluer les modalités de dialogue. Celles-ci reposaient jusqu'alors avec les représentants des usagers. Ce qui est bien mais pas suffisant. On souhaite mettre au centre de nos transformations l'expression des usagers. La création du dispositif répond d'ailleurs à cela car les personnes nous disaient que venir dans nos établissements médico-sociaux n'était pas un choix pour elles et qu'elles subissaient cela. Nous avons questionné les usagers et les aidants afin d'élaborer notre projet d'établissement.*** »

Par ailleurs, la majorité des directeurs d'EHPAD interviewés ont mentionné la nécessité d'associer les équipes dans la construction et la mise en œuvre du projet afin de garantir leur adhésion. Ainsi, pour la directrice de l'EHPAD F, « ***il ne faut pas être dans une démarche descendante. Il faut prendre le temps d'expliquer et beaucoup dialoguer avec les agents. Cela demande de la clarté dans les objectifs recherchés et suppose une équipe encadrante de confiance qui porte les mêmes objectifs. Il faut beaucoup de patience. Cela nécessite de savoir doser en plantant quelques graines de temps en temps.*** » De même, pour la directrice de l'EHPAD G, « ***la démarche de co-construction avec les équipes est une grosse force pour garantir l'adhésion au projet. Je les ai toujours mises en veille sur les évolutions du secteur et associées aux différentes démarches. C'est hyper intéressant car cela permet d'ajuster le projet en fonction de leurs expériences.*** »

Ces témoignages de directeurs, qui ne sont pas exhaustifs, rejoignent les théories de David Autisser et Jean Michel Moutot (2016) qui préfèrent l'approche expérientielle pour accompagner le changement à l'approche instrumentale et managériale. En effet, cette approche est davantage en adéquation avec les aspirations actuelles des salariés et de la société. Les modèles hiérarchiques en mode « commande/contrôle » atteignent leurs limites en termes de performance et d'attente sociale. Ils vont également dans le sens de Francis Batifoulier (2016) qui indique que l'enjeu, pour le directeur d'établissement, est « *de pluraliser les espaces de pensée et de parole, propices à l'élaboration des états émotionnels, des équipes, espaces où les professionnels coconstruisent le projet de service ou d'établissement, espaces où la parole des usagers est prise en compte.* ».

Pour autant, ces témoignages ne réfutent pas le modèle de Kotter car ils mettent en avant la nécessité, dans une démarche d'accompagnement au changement, de donner de sens, une vision, de communiquer avec les équipes, ainsi que de structurer la démarche en constituant une équipe de pilotage. En effet, selon Francis Batifoulier (2016), « *même dans les institutions où l'on parle et où on élabore collectivement, il est des situations qui requièrent que celui qui est en place prenne le risque de décider et de trancher* ». En tant que directeur, il s'agit ainsi de donner un cadre et de coconstruire avec les équipes et les usagers à l'intérieur de ce cadre.

Ces éléments s'inscrivent dans le courant des théories du management situationnel, selon lequel il n'existe pas de bon ou de meilleur style de leadership mais un management qui adopte le style le plus adapté à la situation. L'objectif ainsi recherché est d'accroître le niveau de maturité de ses collaborateurs afin de développer leur autonomie de travail.

D) Une posture managériale de leader

Comme évoqué en première partie, les initiatives d'EHPAD à domicile sont récentes (la plus ancienne date de 2015 et plus de la moitié a vu le jour à partir de 2017). A l'exception d'un, l'ensemble des directeurs interviewés ont été à l'origine de l'expérimentation et ont été en ce sens très novateurs et précurseurs. Cette capacité à porter des projets innovants suppose un état d'esprit et une posture spécifique. En effet, pour la directrice de l'EHPAD A, « ***Pour pouvoir innover, un manager, dans cette période de mutation, doit s'autoriser à penser autrement, à imaginer des modèles nouveaux. Il doit avoir un peu de fantaisie, les pieds sur terre mais la tête dans les étoiles. Si ce n'est pas le cas, il ne sera pas très progressiste. Il va mettre en place des politiques mais ne va pas contribuer à l'évolution de ces politiques et au progrès.*** »

Ce caractère innovant s'avère également être un levier pour motiver et valoriser les équipes. En effet, pour la directrice de l'EHPAD E, « ***Le fait que ce soit un sujet innovant a été très porteur et a suscité de l'enthousiasme chez les équipes. Une chose qui a été très favorable, c'est que, au début, on a vraiment été sous les feux des projecteurs. On a eu la visite de ministres, de députés. On a eu énormément de sollicitations qui sont super valorisantes. L'intérêt porté aux équipes, à ce qu'elles faisaient de nouveau, c'était génial pour elles et pour tout le monde. Ça a mis la lumière sur ces métiers.*** » De même, pour la directrice de l'EHPAD F, « ***Il y a une fierté des équipes à participer à quelque chose de nouveau.*** »

L'innovation peut donc se révéler comme source d'attractivité sur le territoire. Nous reviendrons sur cet aspect par la suite.

Ces résultats corroborent le concept porté par les auteurs JR Loubat, JP Hardy et MA Bloch (2016) de « *coordinateur d'innovation* » qui doivent allier plusieurs compétences : le management d'équipe, le management de projet et l'animation territoriale. Dans leur ouvrage, ces auteurs citent d'ailleurs Ramecourt et Pons (2001) qui décrivent le manager idéal comme une sorte de « *mouton à vingt-cinq pattes* » car c'est celui qui sait gérer des situations complexes, entraîner et motiver son équipe, piloter le changement, identifier et faire croître les ressources de son équipe, s'engager, se remettre en cause, être créatif, créer lui-même ses missions dans le cadre des orientations stratégiques, être porteur de sens.

En tout état de cause, il s'avère que les différents leviers managériaux utilisés par les directeurs rencontrés (management par projet, innovation, approche expérientielle et management participatif) ont permis de lever les résistances au changement du point de vue des équipes. En effet, si quelques directeurs ont eu à répondre à des interrogations, questionnements liés notamment à une potentielle charge de travail supplémentaire ou à des craintes liées à l'évolution de leurs missions, aucun n'a eu à faire face à des résistances majeures. Ainsi, la résistance au changement, selon la directrice de l'EHPAD A, ne se situe pas tant du point de vue des équipes que du point de vue des tutelles. En effet, « ***Pour moi, les plus durs à bouger, ce ne sont pas les personnels mais plutôt les partenaires et les financeurs. Car ce que l'on propose soulève des changements des modes de tarification. Tout le monde dit partout qu'il faut changer les choses et penser à de nouveaux modèles mais quand vous présentez un projet, on vous dit, oui...mais. On dit toujours que ce sont les salariés qui formulent ce oui...mais alors que ce sont aussi les autorités de tarification. Et c'est normal. Donc, avant toute chose, je tâte le terrain et je n'emmène pas les équipes si je ne sens pas que le projet aura un écho favorable du côté des financeurs.*** » En outre, même si ce point a été peu évoqué par les directeurs d'établissement, il s'agit d'emmener les membres du conseil d'administration et les instances représentatives du personnel dans cette dynamique.

Par ailleurs, le développement des soft skills apparaît être un enjeu prioritaire pour aborder les transformations. Certes, cet aspect a été peu développé dans notre recherche conceptuelle. Pour autant, les résultats de notre étude empirique montrent la place majeure de ces derniers. Par opposition aux hardskills qui reposent sur des compétences techniques et méthodologiques, les soft skills se définissent comme des compétences comportementales et relationnelles. En effet, selon la directrice de l'EHPAD A, « ***Pour pouvoir accompagner les autres, il faut bien se connaître en tant que directeur*** ». Ainsi, à la question « quelles compétences sont nécessaires pour mener ce type de projet », les directeurs d'établissement ont mis en avant plusieurs compétences qui peuvent être regroupés en trois grands types de soft skills :

- la communication : expliquer, associer, rassurer, réunir, informer, animer, écouter, dialoguer, faire participer.

- la personnalité : la conviction, persévérance, patience, clarté, savoir lâcher prise, se remettre en question, bien se connaître.

- l'agilité : ouverture d'esprit, innovation, créativité, progressisme, éthique, curiosité, enthousiasme.

L'ensemble des résultats positionnent ainsi les directeurs d'établissement interviewés comme des leaders. En effet, pour Kotter, le manager gère la complexité, organise, contrôle et gère les problèmes alors que le leader gère le changement, motive, crée le sentiment d'appartenance, propose une vision, inspire et donne du sens à l'action. Cécile Dejoux (2017) rappelle que deux approches du leader sont évoquées : la conception des psychologues qui renvoient au leader émergent, autrement dit la personne qui influence, est reconnue et focalise l'attention et la conception des gestionnaires qui renvoie au leader formel, autrement dit la personne qui symbolise l'autorité, le pouvoir et dispose d'un statut hiérarchique supérieur. Pour elle, « *si nombreux sont ceux qui se rêvent leader, seuls quelques-uns s'imposeront en tant que tel* ».

De notre point de vue, la conduite du changement est résumée par la directrice de l'EHPAD A, à travers l'allégorie suivante, « ***Le virage domiciliaire, c'est un changement. Si vous conduisez et que voulez prendre un virage, il faut mettre le clignotant. Il faut prévenir tout le monde que vous allez bouger. Ça veut dire que tout le monde doit tenir compte de ce virage. Il faut bien les connaître et savoir comment ils fonctionnent. Il faut accompagner le changement, au-dessous, au-dessus, à côté, partout*** ».

2. L'EHPAD à domicile : levier d'accompagnement au changement des pratiques professionnelles

Nous l'avons vu, le projet d'EHPAD à domicile est guidé par l'amélioration de la qualité d'accompagnement des personnes âgées et la réponse aux nouveaux besoins du territoire et des usagers. Ces principes constituent le fil directeur qui permet d'emmener les professionnels dans la démarche et d'envisager des changements de pratiques professionnelles.

A) Un développement de compétences à accompagner

La totalité des directeurs interviewés s'accordent sur le fait que la constitution des équipes de l'EHPAD à domicile appelle des professionnels avec des compétences particulières, en termes de savoirs faire mais également de compétences comportementales et relationnelles.

L'autonomie, la prise d'initiatives et la responsabilisation

Ces compétences comportementales sont pour l'unanimité des directeurs interviewés incontournables. Ils s'accordent à dire que l'intervention « dans les murs » offre un cadre d'intervention plus protecteur pour les salariés. En effet, pour la directrice de l'EHPAD E « ***Le domicile demande beaucoup plus d'autonomie. Beaucoup plus qu'en EHPAD où vous êtes tout le temps avec votre équipe*** ». Dans le même sens, le directeur de l'EHPAD D pense que « ***La gestion du risque est différente à domicile. On a tendance dans les murs à avoir une gestion du risque 0. A domicile, on a une approche plus libre et responsabilisante. Il y a une négociation avec l'utilisateur et ses proches pour certains points. C'est quelque chose de nouveau pour les professionnels et qui est très intéressant. Il faut encadrer mais philosophiquement, on s'y retrouve. Il peut y avoir une***

prise de risque à partir du moment où elle est décidée avec l'usager. On respecte une expression de l'usager. Ethiquement, c'est plus intéressant qu'un risque 0 poussé à l'extrême qui peut aller à l'encontre des droits de la personne âgée. »

Si ces qualités font l'unanimité, elles font l'objet de de stratégies managériales différentes pour constituer les équipes. En effet, les entretiens ont permis de distinguer deux types de stratégies : soit constituer une équipe en recrutant de nouveaux professionnels ayant une expérience dans le domicile, soit utiliser ce dispositif comme levier d'accompagnement au changement des pratiques des professionnels en favorisant les passerelles EHPAD/domicile.

Ainsi, pour le directeur général de l'EHPAD B, « ***Ce ne sont pas les soignants de l'EHPAD qui vont faire du domicile. C'est plus facile de partir d'un secteur, d'une structure qui connaît déjà le domicile.*** » Pour l'infirmière coordinatrice, « ***Si on veut faire du tennnis, on ne va pas sur un terrain de basket. Les soignants du domicile ont l'habitude de tout de suite remarquer les anomalies, c'est leur domaine de compétences.*** » De même, la directrice de l'EHPAD E considère que « ***l'expertise du domicile permet de porter le projet. Les profils des professionnels ne sont pas les mêmes entre le domicile et l'EHPAD. A domicile, on tombe toujours sur des choses qui n'étaient pas prévues. Les gens sont plus autonomes, plus débrouillards. En EHPAD, le personnel a davantage besoin d'être rassuré.*** »

D'autres directeurs ont fait le choix d'ouvrir en premier lieu les postes aux professionnels de l'EHPAD en les accompagnant dans la démarche. Ainsi, pour le directeur de l'EHPAD D, « ***La zone de confort que représente l'institution peut être rassurant pour un certain nombre de personnes. Mais il ne faut pas non plus être fataliste. Il faut parfois accompagner les salariés vers de nouvelles formes d'intervention car il y a un enjeu de durabilité, d'épanouissement, de développement personnel, c'est tout le rôle du manager, c'est d'accompagner ces parcours-là.*** »

Ce choix managérial a permis une évolution significative des compétences des professionnels qui travaillaient en EHPAD. Ainsi, pour la directrice de l'EHPAD F, « ***les professionnels doivent être beaucoup plus autonomes à domicile. Elles sont seules et doivent être en capacité de prendre des initiatives. Mais ça les valorise. Les professionnelles nous disent, « en EHPAD, on travaillait comme des robots, on s'appuyait beaucoup sur l'établissement ». Les retours d'expérience montrent qu'elles se sentent également beaucoup plus solidaires en intervenant à domicile qu'en établissement. On perd moins de temps à gérer les conflits entre les professionnels.*** » De même, le directeur de l'EHPAD D considère que « ***C'est surtout sur le plan de l'autonomie que les professionnels s'y retrouvent. Ils ont cette capacité à décider du plan d'accompagnement. Ils sont sur des modalités d'accompagnement qui ne sont pas séquencées. Il n'y a pas de taylorisation comme on peut retrouver en EHPAD. Cette expérimentation est très positive sur ce point-là. On n'avait pas forcément initialement perçu l'apport de ce dispositif de ce point de vue. C'est donc un modèle très inspirant*** »

Cette évolution de compétences a également eu un impact majeur sur la motivation au travail. Pour la directrice de l'EHPAD F, « ***on retrouve des gens contents de venir travailler*** ». De même pour le directeur de l'EHPAD D, « ***en étant partie prenante des décisions d'organisation et des modalités d'accompagnement des personnes âgées.***

Ça renforce leur pouvoir d'agir ; ils ont un sens au travail qui est décuplé par rapport à des fonctions classiques d'aide-soignante. »

Afin d'accompagner cette montée en compétences, différents leviers ont été utilisés par les directeurs. Ainsi, le directeur de l'EHPAD D a proposé des formations, animées par le médecin coordinateur, sur la connaissance des troubles cognitifs ou bien encore sur la gestion des situations d'urgence. Par ailleurs, afin de faire naître une volonté d'évolution, des partages d'expérience, au moyen notamment de mises en situation du type « vis ma vie » sont proposés. Ces partages permettent aux professionnels qui travaillent en institution de découvrir l'intervention à domicile et inversement.

Une nouvelle culture de l'intervention faisant tomber la barrière entre soins et accompagnement

Plusieurs porteurs d'expérimentation ont saisi l'EHPAD à domicile comme une opportunité pour favoriser une approche d'accompagnement global de la personne âgée, en faisant évoluer les missions des professionnels.

Pour le directeur général de l'EHPAD B, « **La complexité managériale, c'est que l'on casse les repères. On a beaucoup segmenté les professions en partant du principe que pour une infirmière ou une aide-soignante, ce n'est pas son boulot de réchauffer le repas le midi.** » Pour son adjointe, « **Les professionnels étaient au premier abord réfractaire à cette évolution de tâches qu'ils considéraient comme dévalorisante. Le professionnel qui vient faire une toilette pourra si nécessaire faire tourner une machine, fermer les volets, passer le balai. Mais une grande majorité de salariés se rend compte que c'est une autre facette de l'accompagnement qui ne leur déplaît pas du tout au final. Ils passent plus de temps à la relation à l'autre. Ils ont maintenant un autre regard et le transmettent à leur collègue. On a remis du sens à la prise en charge.** » Pour l'infirmière coordinatrice, « **On essaie de gommer cette vision d'actes de soins et de la faire glisser vers une mission d'accompagnement global. En voyant les choses sous cet angle, elles se sont dites « oui, c'est notre cœur de métier. Il y a un vrai sens de l'accomplissement en ayant cette approche.** » Il s'agit ainsi de prendre soin au sens large.

De la même façon, la directrice de l'EHPAD E a favorisé cette approche globale dans la mesure où les missions des aides-soignants se sont élargies à des missions d'agent de service hospitalier (ASH). Elle indique que « **Les professionnels ont vécu ce glissement de tâche comme allant dans la logique de leur accompagnement** ».

Ces résultats peuvent contredire les concepts théoriques évoqués dans notre première partie qui mettaient en avant le risque de perte d'identité des professionnels. En effet, les témoignages montrent que l'EHPAD à domicile permet aux professionnels de redonner du sens au travail. Or, cette quête de sens permet de légitimer tout projet de changement des pratiques professionnelles.

Un nouveau savoir-faire : La coordination

Une des plus-values du dispositif d'EHPAD à domicile repose pour l'ensemble des directeurs d'établissement sur la coordination apportée. Cette coordination se justifie par la

nécessité de fluidifier le parcours de vie de la personne âgée, au regard de la multiplicité des intervenants et d'un cloisonnement persistant entre le social, le médico-social et le sanitaire. En effet, selon le directeur de l'EHPAD D : « **Ce que l'on a constaté, c'est que malgré la qualité des interventions du domicile, il n'y a personne pour organiser le quotidien et quelque part être le chef de file pour identifier les besoins de la personne et la manière dont on y répond. C'est le rôle que l'on prend. On a mis en place une fonction de coordination de parcours qui est là pour être l'interlocuteur entre les personnes à domicile, leurs aidants et les professionnels. Il centralise en quelque sorte les informations et le dialogue avec les parties prenantes.** » De même, pour la directrice de l'EHPAD A, « **On fait tous le constat que les services ne sont pas coordonnés actuellement. Il y a à domicile de multiples intervenants qui ont chacun leurs contraintes. Qui coordonne du coup ? C'est l'aidant. Mais c'est une tâche qui est hyper difficile.** » En ce sens, les expérimentations répondent au récent cahier des charges relatif à la mise en œuvre de la mission de centre de ressources territorial qui prévoit que « *En accord avec les partenaires du dispositif, l'accompagnement renforcé permet au bénéficiaire et à ses aidants de s'adresser à un interlocuteur unique, plutôt qu'à une pluralité d'acteurs intervenants au domicile au sens où, le dispositif simplifie la réalisation des actions des différents intervenants et décharge le bénéficiaire et son aidant de l'organisation et du suivi de l'accompagnement.* »

Pour assurer cette fonction de coordination, l'ensemble des directeurs a choisi un profil infirmier. Pour le directeur général de l'EHPAD B, « **L'encadrement intermédiaire est important. On a opté pour un profil d'infirmier mais qui accepte de voir son métier différemment pour ne pas être sur un calque de l'hôpital et une déclinaison des soins mais bien sur une coordination de parcours. Il ne faut pas forcément être infirmier pour coordonner mais concernant l'expérimentation, c'est indispensable car le soin est un des éléments de la prise en charge mais pas forcément l'essentiel. Sinon, on se retrouve sur une segmentation du soin et de l'accompagnement** ». Ce choix rejoint d'ailleurs les préconisations de l'arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées, notamment sur le volet 2 du dispositif concernant l'accompagnement renforcé. Il y est ainsi noté que « *Pour le coordinateur, le profil d'IDE est privilégié pour ce poste. Il assure la coordination des interventions des professionnels à domicile (soins, accompagnement, activités de la personne), particulièrement en l'absence de SPASAD et d'HAD et de mobiliser si besoin les expertises complémentaires. Ce coordinateur est également chargé d'évaluer la situation des personnes, d'élaborer le plan d'accompagnement personnalisé et d'assurer son suivi et son adaptation si besoin. Le coordinateur est l'interlocuteur privilégié des personnes en perte d'autonomie à domicile et de leurs aidants.* »

Pour autant, on note une hétérogénéité dans la définition de la coordination, de son objet, son périmètre et son cadre organisationnel. Ainsi, pour la directrice de l'EHPAD G, l'infirmier doit jouer un rôle dans la coordination du parcours de soin : « **L'objectif de la coordination est d'éviter la rupture du parcours de soin. L'infirmier coordinateur travaille la bonne réalisation du parcours et la coordination des acteurs de soins. Car on s'est rendu compte que les acteurs avaient du mal à se coordonner et à identifier qui faisait quoi. Ils interviennent tous indépendamment et du coup, parfois il y a des loupés.** » Selon le mode organisationnel choisi et décrit plus haut, cette coordination est légitimée si l'établissement gère en son sein un ensemble de dispositifs. Ainsi, pour le directeur

de l'EHPAD B, « **Ce qui a du sens, c'est que l'on a la possibilité d'activer en interne plusieurs services. Sinon, on est sur des modalités de coordination sans moyen d'action. L'infirmière coordinatrice a déjà travaillé en EHPAD. On fait partie de la même entité, de la même organisation. Il y a un échange autour du projet et pas autour de l'impossibilité à faire.** ». Il peut par ailleurs s'agir d'avoir une approche plus globale, comme l'indique l'infirmier coordinateur de l'EHPAD C, qui va « **chercher la cohérence des interventions du domicile** ». Cette hétérogénéité de modèles se retrouve d'ailleurs dans la diversité d'appellations utilisée pour qualifier les professionnels dédiés à ce service : coordinateur de parcours, interlocuteur unique, référent, infirmier coordinateur...

Enfin, comme évoqué dans notre première partie, cette fonction de coordinateur ou d'interlocuteur unique peut renvoyer à la fonction de gestionnaire de cas, déployée dans le cadre de la méthode MAIA sur le territoire français ou encore de coordinateur de CLIC. En effet, la coordination n'est pas une question nouvelle. Elle est née avec la mise en place des premières politiques publiques destinées aux personnes âgées, notamment avec le rapport Laroque en 1963. Afin de permettre une meilleure lisibilité de ces dispositifs, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé prévoit d'ailleurs une unification au 1^{er} juillet 2022 de la MAIA, de la PTA, de la coordination territoriale d'appui et du CLIC (sur décision du Conseil départemental) en Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC). Pour autant, les entretiens menés montrent que l'articulation avec ces dispositifs reste à construire. Cette articulation sera primordiale afin de garantir une lisibilité des actions telle qu'évoquée par le directeur de l'EHPAD D : « **On a recherché une complémentarité avec les gestionnaires de cas et aujourd'hui les DAC, en travaillant avec la FACS. L'objet n'est pas de faire la même chose que les DAC. A notre niveau, on est plutôt sur une coordination du quotidien. Les DAC sont plus sur une coordination générale, autour de situations complexes. A l'EHPAD à domicile, on peut avoir des situations qui ne sont pas forcément complexes. On se donne le relais en fonction des situations. Il y a une articulation très forte qui a encore besoin d'être documentée mais qui fonctionne en très bonne intelligence.** » En effet, selon JR Loubat, JP Hardy et MA Bloch (2016), « *A l'origine, le case management concernait des cas complexes qui n'entraient pas dans les programmes et dispositifs courants. Aujourd'hui, il se situe à différents niveaux d'intervention et s'est étendu à des situations plus générales* ».

En tout état de cause, il s'agit comme le décrit la directrice de l'EHPAD G, « **d'un nouveau métier** » dont les missions gagneront à être identifiées et accompagnées par de la formation. Nous reviendrons sur ce point dans nos préconisations.

B) Une modification de la relation à l'usager à soutenir

L'intervention à domicile comporte plusieurs particularités soulevées par les témoignages des professionnels. Pour le psychologue de l'EHPAD C, « **Quand on rentre dans le domicile, le cadre thérapeutique est différent. On rentre chez les gens. Il faut attendre quelque fois un moment à la porte avant d'entrer dans la maison, ce qui est différent en institution même si la personne est considérée comme étant chez elle.** » De même, pour sa collègue assistante de service social, « **Les gens verbalisent des choses qu'ils ne verbalisent pas forcément en établissement. On est plus à même de repérer les problèmes, les besoins et de faire du sur mesure.** ».

Pour la directrice de l'EHPAD G, la relation qu'entretiennent les professionnels avec la personne âgée n'est pas la même qu'en établissement. **« A domicile, les professionnels entrent dans l'environnement personnel de la personne âgée. Elle va par exemple lui offrir un café. Le professionnel a donc le sentiment d'être plus proche. La relation de confiance s'instaure plus vite qu'en EHPAD qui est un cadre plus impersonnel. »** Tout comme le soulignait par ailleurs Elian Djaoui (2007) dans notre recherche conceptuelle, à domicile, le rapport de pouvoir peut être inversé. En effet, pour la directrice de l'EHPAD A, **« Les personnels imaginent qu'à domicile, ils seront peut-être moins forts, moins puissants entre guillemets parce que parfois il peut y avoir cette puissance du soignant en institution, même si c'est une notion sur laquelle on travaille ».**

L'intervention à domicile implique également la prise en compte de l'environnement de la personne âgée, tant du point de vue de son entourage familial que de ses conditions de logement. Ainsi, la directrice de l'EHPAD G indique que, **« l'intervention à domicile a bousculé la pratique de notre psychologue. Il y a un impact très fort concernant le soutien de l'aidant et la nécessité d'intégrer l'aidant dans le parcours d'accompagnement. C'est d'ailleurs souvent l'aidant qui a plus besoin que la personne âgée dépendante. On a découvert cela, c'est nouveau pour nous. En EHPAD, on n'accompagne pas forcément l'aidant ».**

Il s'agit en outre de respecter le lieu de vie de la personne âgée. Pour la directrice de l'EHPAD A, **« En établissement, les professionnelles se sentent un peu chez elles. Elles oublient parfois qu'elles sont chez le résident. On travaille beaucoup là-dessus. Les règles, c'est les résidents qui doivent les faire. Quand elles vont à domicile, c'est pareil. Elles doivent se mettre au service des personnes, dans leur environnement. J'en parlais hier avec l'infirmier coordinateur qui me disait « il faut que l'on mette dans notre protocole un meuble pour ranger notre matériel à domicile ». Je lui ai répondu ok mais ça se construit, ça se travaille progressivement avec la personne âgée. »** De même, pour la directrice de l'EHPAD G, **« Les professionnels découvrent ce qu'est un domicile précaire. On a par exemple la situation d'un Monsieur qui a quinze chats à son domicile. Pour les professionnels, il faut prendre du recul. C'est un grand sujet de discussion avec les équipes car l'objet n'est pas de changer le domicile mais de s'adapter aux conditions de vie. C'est un autre positionnement. Ça nous vaut de grands moments d'échange et de réflexion en équipe ».**

Ces éléments vont dans le sens de l'analyse d'Elian Djaoui (2007) évoquée dans notre recherche conceptuelle qui mentionne que l'intervention à domicile implique une nécessaire modification de posture. En effet, comme l'indique Isabelle Donio (2005, p 73-92), **« le domicile représente le terrain privé de l'intime, de la liberté individuelle et une « extension » de la personne qui lui donne une coloration personnelle et identitaire. Pour certains, c'est le lieu où ils sont nés, pour d'autres, ce n'est que le énième lieu de vie mais pour tous, c'est « chez eux » et n'y rentrent que ceux qui y sont invités ou appelés ».**

Pour accompagner les professionnels dans ce changement de posture, des séances de supervision et de soutien psychologique ont été inscrites dans le projet de qualité de vie au travail de l'établissement F. Par ailleurs, il peut s'agir de former les professionnels à l'approche parcours car selon la directrice de l'EHPAD A, **« Il y a une incompréhension de la dimension de parcours de la part des professionnels. Au moment où une personne âgée rentre**

dans un endroit, c'est au service de s'adapter et pas à la personne de changer d'environnement du fait de sa perte d'autonomie. Mais souvent, les gens vous disent, « il relève de ».

C) Un enjeu de cohésion d'équipe en décloisonnant EHPAD/Domicile

Le décloisonnement EHPAD/Domicile implique nécessairement un enjeu de cohésion d'équipe au sein du même établissement. Pour ce faire, les directeurs interviewés utilisent des stratégies basées sur un encadrement intermédiaire commun et la définition de valeurs communes.

Un encadrement intermédiaire commun

Si le directeur détient l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des services déployés par l'EHPAD, la majorité a opté pour un organigramme permettant une mutualisation de l'encadrement entre les services du domicile et de l'EHPAD. Cette mutualisation de la chaîne hiérarchique peut se situer, selon la taille des établissements, au niveau de la direction des soins ou plus en proximité, assuré généralement par un(e) infirmier(e) coordinateur. Ainsi, pour la directrice de l'EHPAD E, « ***On a un management qui est commun, ça aide vraiment. On a des fonctions supports qui sont communes. J'ai une responsable qualité, Ressources Humaines, financière qui travaillent sur toutes les structures. Donc, dans leur tête, même s'il y a des singularités, il y a une approche globale. C'est facilitant pour nous.*** » De même, pour le directeur de l'EHPAD B, « ***le fait d'être dans la même organisation, avec une direction commune est facilitant*** ».

Cet encadrement intermédiaire constitue le pivot pour décloisonner les services de l'EHPAD et du domicile, construire un projet commun et des objectifs partagés.

Lutter contre les représentations respectives et définir des valeurs communes

L'expérimentation de l'EHPAD à domicile a représenté une opportunité pour la directrice de l'EHPAD F de mettre en place une dynamique de polyvalence et de transversalité au sein de l'établissement car « ***on sentait qu'il y avait un fossé qui s'était créé entre l'institution et le domicile avec parfois la mise en avant de valeurs différentes suivant les services, des conditions de travail différentes. Donc mon souhait, avec les équipes encadrantes, ça a été de retravailler sur une vraie logique d'établissement, une valorisation des compétences et des expériences des uns des autres, de décloisonner surtout et de favoriser la transversalité et la polyvalence*** ». Pour autant, ce décloisonnement a nécessité une réflexion sur la définition de valeurs communes. En effet, elle a dû faire face à une vision binaire des modes d'intervention de chacun. « ***Du côté des professionnels du domicile, elles avaient une vision très négative du travail en EHPAD, en disant qu'on n'est pas sûr de la valorisation de l'autonomie de la personne mais sur une prise en charge de la dépendance. Grosso modo, on travaille mal en EHPAD et on ne prend pas le temps d'accompagner les personnes. C'était la vision qui était renvoyée. A l'inverse, les professionnels de l'EHPAD avaient une représentation très idéalisée du domicile en se disant que le travail est beaucoup plus tranquille et que les personnes sont moins dépendantes.*** » La directrice de l'établissement indique que la crise

sanitaire a eu de ce point de vue un impact favorable car elle a suscité de l'entraide entre les équipes.

Ces résultats confirment la conception de David Autissier et Jean Michel Moutot (2016) évoquée dans notre première partie qui insistait sur la nécessité d'identifier les valeurs des professionnels afin de conduire un projet de changement. Pour y parvenir, la directrice de l'EHPAD E a mis en place, dans le cadre de sa politique de qualité de vie au travail, des séances de type « vis ma vie ». Ces dernières sont proposées à des agents volontaires ou effectuées sur demande du responsable de service. Par cette démarche, il s'agit de faire découvrir les contraintes respectives et de favoriser une reconnaissance mutuelle. De même, des expériences du type team building sont projetées. Cette méthode, au moyen d'activités collectives, permet en effet de prendre conscience que le collectif est plus fort que la somme des individualités et vise ainsi un objectif de cohésion d'équipe. En ce sens, la directrice de l'EHPAD A considère que « **La problématique aujourd'hui dans les EHPADs, c'est qu'ils n'ont pas le temps de prise de recul. Ils sont dans une prise en charge routinière et n'ont pas ce temps. J'ai un projet d'emmenner des agents à une journée de ressourcement en passant par exemple une journée à la mer. Car les gens que l'on perd, ce n'est pas que pour des questions financières. Le problème, c'est l'épuisement professionnel. La Qualité de vie au Travail est un super levier pour cela** ».

D) Un levier pour favoriser la fluidité du parcours professionnel, l'attractivité du secteur et la lutte contre l'absentéisme

Nous l'avons vu, les expérimentations d'EHPAD à domicile s'inscrivent dans une logique de parcours de vie de la personne âgée. Mais il s'avère que ces dernières ouvrent également les perspectives en termes de parcours professionnels, dès lors que les porteurs s'engagent dans une démarche de décroisement institution/domicile. Il s'agit en effet de permettre des passerelles entre les secteurs d'intervention et de favoriser les mobilités.

Ainsi, pour le directeur de l'EHPAD D, « Un aide-soignant avait jusqu'alors très peu de perspectives dans une institution. L'évolution vers un poste d'infirmier restait rare. Là, on a peut-être trouvé une piste pour donner des perspectives d'évolution et dire : Vous ne serez pas aide-soignant dans les mêmes conditions toute votre vie. ». De même, pour la directrice de l'EHPAD F, « le fait d'avoir la plateforme est une opportunité. Ouvrir la possibilité à des professionnels d'avoir un parcours RH et des mobilités est un vrai élément d'attractivité. C'était impossible jusqu'alors. Quand ça fait des années qu'on est dans le même service, ça peut faire du bien d'aller découvrir et expérimenter de nouveaux modes d'exercice ». L'ARS E rejoint ce postulat en indiquant que « le parcours d'une aide-soignante est limité aujourd'hui. L'EHPAD à domicile permet de proposer des métiers différents, d'envisager des parcours professionnels et ainsi de lutter contre l'épuisement. »

D'après l'ANAP en juin 2018, le taux d'absentéisme dans les EHPADs était de 10%. Les récents chiffres de la Cour des Comptes sont bien supérieurs. En effet, dans son bilan annuel publié en février 2022, la Cour des comptes s'est intéressée au fonctionnement des EHPADs entre mars 2020 et mars 2021. Il s'avère que dans les établissements contrôlés, la médiane d'absentéisme s'élève plutôt à 20%.

Or, notre recherche montre que donner de nouvelles perspectives professionnelles en favorisant les parcours constitue un levier majeur pour lutter contre l'absentéisme. En effet, pour le directeur de l'EHPAD D, « **Ça se ressent sur la fidélité des professionnels. On a une équipe stable depuis 3 ans. J'avais des professionnels aides-soignants qui se questionnaient sur leur avenir. Ils étaient usés psychologiquement, physiquement, ils ne trouvaient pas toujours du sens à ce qu'ils faisaient. Ces personnes ne veulent plus quitter aujourd'hui le secteur. Elles ont retrouvé un vrai goût à leur métier au quotidien. C'est une source d'inspiration pour nous, pour faire évaluer nos organisations sur ce modèle-là. Evidemment, il y a moins de soins techniques donc c'est peut-être moins exigeant mais il y a surtout du sens retrouvé.** » De même, pour la directrice de l'EHPAD F, « **Notre stratégie RH a porté ses fruits. Quand je suis arrivée sur l'EHPAD, le taux d'absentéisme était galopant. Il est passé de 17% en 2018 à 8,5% aujourd'hui.** »

Néanmoins, il convient de minorer ce postulat dans la mesure où ils ne sont pas partagés dans toutes les expérimentations. En effet, la directrice de l'EHPAD E mentionne « **J'ai envie de me dire que c'est un élément d'attractivité mais ça ne se traduit pas encore dans les faits. Je pense que ce n'est pas encore assez connu pour que ça puisse devenir un vrai atout. Notre grosse difficulté reste le recrutement de personnel qualifié, à la fois en aide-soignant et assistant de soins en gérontologie. La deuxième difficulté, c'est également la continuité des soins la nuit.** »

La réduction de l'absentéisme est un enjeu majeur pour garantir à la fois la qualité de prise en charge des personnes âgées mais également pour le maintien de la qualité de vie au travail des salariés. Ainsi, même si les résultats de notre recherche restent partiels, ils n'en demeurent pas moins encourageants en donnant de nouvelles perspectives d'action. Il pourra en effet s'agir d'accompagner l'émergence de nouveaux métiers tels que les coordinateurs de parcours ou encore, comme le proposait le directeur de l'EHPAD D, « **d'aide-soignante en pratique avancée.** »

3. Les limites de l'étude

La première limite de l'étude repose sur la subjectivité du chercheur dans l'approche qualitative. Cette subjectivité se retrouve notamment dans le choix de l'analyse thématique des verbatims. En effet, selon Fallery et Rodhain (2013, p 1-16), « *le thème, construction intellectuelle élaborée par le chercheur à partir d'éléments textuels récurrents est une abstraction. Il est donc tout à fait possible que le thème construit ne corresponde à aucune expression précise du texte, autrement dit que le thème ne soit pas inscrit dans le texte. (...) Plus le thème est abstrait, plus est grande cette possibilité d'écart entre les mots du texte et le thème élaboré* ».

La deuxième limite réside dans le fait que les expérimentations d'EHPAD à domicile sont des initiatives récentes. En effet, parmi les actions recensées, plus de la moitié a vu le jour à partir de 2017. La plus ancienne date de 2015. Il y a de ce fait peu de retours d'expérience et de recul concernant ces expérimentations. De plus, nous n'avons pas pu nous appuyer sur des évaluations, notamment du point de vue médico-économique, de ces dispositifs.

Par ailleurs, le temps imparti à notre recherche ne nous a pas permis d'être exhaustif. Nous avons choisi de concentrer notre étude sur une catégorie d'acteurs agissant sur la phase de mise en œuvre du changement dans l'organisation. Il aurait été intéressant de compléter cette approche par des entretiens auprès de professionnels mettant opérationnellement en œuvre le virage domiciliaire, notamment les aides-soignants afin qu'ils témoignent de leur vécu en termes d'évolution de pratiques. De même, nous nous sommes centrés sur des dispositifs ayant bénéficié de soutiens financiers des ARS. Nous n'avons ainsi pas élargi notre enquête à des opérateurs tels que les services du domicile, les résidences autonomie, les résidences services qui peuvent bénéficier d'autres sources de financement (Caisses de retraite et de prévoyance, Conseils départementaux, Mutuelles...).

De plus, même si une personne âgée bénéficiaire d'un dispositif d'EHPAD à domicile a pu être rencontrée dans son lieu de vie, il aurait été intéressant de compléter la recherche par le point de vue et l'expérience des bénéficiaires eux-mêmes, à savoir les personnes âgées et leurs aidants familiaux.

Enfin, nous avons pu l'évoquer dans l'analyse des résultats, notre recherche a rencontré des professionnels directeurs d'établissement avec un profil de leader visionnaire. Or, l'ensemble des directeurs ne se situent pas dans ce positionnement et il conviendra d'ailleurs d'en tenir compte dans nos préconisations.

Nous pouvons donc reprocher à notre approche qualitative une relative imprécision.

III/ Préconisations et perspectives

Les résultats de notre recherche empirique nous permettent d'envisager des préconisations, à visée opérationnelle, sous trois angles : les principes de mise en œuvre de l'EHPAD à domicile, le portage du projet et les axes d'accompagnement au changement des pratiques professionnelles et enfin les éléments matériels et financiers.

1. Sur les principes de mise en œuvre de l'EHPAD à domicile

A) Une approche territoriale garantissant la complémentarité des acteurs

Les EHPADs de demain devront proposer une organisation souple permettant des parcours individualisés qui s'inscrivent dans la durée et qui évoluent selon les besoins de la personne. L'enjeu est, par conséquent, double : optimiser l'organisation de l'offre en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie sur un territoire de proximité, en intégrant des prestations complémentaires dans un panier de services existant et s'inscrire dans une logique d'accompagnement global et coordonné. En effet, que la personne âgée souhaite vivre à domicile ou en structure, elle devra pouvoir trouver sur son territoire une offre correspondant à son besoin.

La dimension territoriale est donc primordiale. La création du dispositif doit s'inscrire dans une démarche d'intégration des acteurs et être largement concertée avec l'ensemble des partenaires du territoire (professionnels de santé libéraux, sanitaire, médico-social, social, pharmaciens, élus locaux, société civile...). Il s'agit de définir l'évolution attendue de l'offre ainsi que les modalités de coopération entre les acteurs, en s'appuyant sur les instances de

concertation et de coordination territoriale existantes. En effet, au regard de nos résultats, nous pensons que cette démarche d'intégration garantira l'acceptabilité de cette nouvelle offre par les acteurs.

Ainsi, en termes de méthodologie, il peut s'agir de faire un état des lieux des acteurs, dispositifs et établissements existants sur le territoire afin de déterminer comment offrir un panier de service complet à la population, en répondant à des besoins non couverts jusqu'alors. Nous préconisons la réalisation d'un diagnostic partagé, en prenant en compte les diagnostics territoriaux déjà réalisés (ex : par les MAIA ou les Contrats Locaux de Santé). Ce diagnostic doit notamment aboutir à la réalisation d'une cartographie des prestations réalisées sur le territoire et à la définition des évolutions et/ou prestations complémentaires à conduire au regard des besoins des personnes âgées du territoire.

Les retours d'expérience montrent que l'inscription des partenaires dans la gouvernance du dispositif est un facteur de réussite. Ainsi, nous recommandons d'inclure les acteurs dans les différentes instances de gouvernance (comité de pilotage, comité stratégique, comité d'inclusion des situations) et de définir des modes de coopération partagés.

B) Une approche permettant le maillage territorial

L'enjeu est de garantir une équité d'accès à la population (personnes âgées, aidants) à cette évolution de l'offre, quel que soit le lieu de vie afin de respecter les choix de vie. De même, les professionnels d'un territoire devront pouvoir identifier le/les EHPADs à domicile et pouvoir recourir aux prestations proposées.

Il s'agira ainsi de veiller à ce que l'offre soit lisible et accessible pour tous. Ainsi, pour les autorités de tutelle, la répartition et l'articulation des dispositifs devront être des éléments d'attention. Or, l'arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial prévoit le déploiement de deux CRT par Département échelonné sur cinq ans. Soit, à titre d'exemple pour la région Normandie, 10 CRT. Il est ainsi convenu que ce déploiement ne pourra garantir un maillage territorial et une offre de proximité.

C'est pourquoi, mener la réflexion à partir des filières gériatriques de territoire GHT nous apparaît opportun. Elle garantira également l'apport de l'expertise gériatrique auprès des professionnels. Par ailleurs, une articulation forte entre les ARS et les Conseils départementaux, qui portent les politiques auprès des services d'aide et d'accompagnement à domicile, nous semble indispensable.

C) Des prestations complémentaires à déployer

Nous l'avons évoqué dans notre première partie, les initiatives d'EHPAD à domicile reposaient depuis ces dernières années sur des expérimentations. La publication de l'arrêté du 27 avril 2022 relatif aux missions des centres de ressources territoriaux prévoit le financement, d'ici 5 ans, de deux centres par département. Dans le cadre de ce déploiement, la prise en compte des retours d'expérience est essentielle. Concernant les prestations à déployer, notre recherche a en effet permis de capitaliser les idées à retenir et les points de vigilance.

Dans le cadre du volet 1, le cahier des charges du Centre de Ressources Territorial prévoit que le porteur devra réaliser au minimum une action dans chacun des 3 champs d'interventions suivants :

- Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention
- Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants
- Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques

Ainsi, cette mission peut représenter une opportunité pour déployer la politique de prévention et d'accompagnement à la qualité des soins menée par les ARS, en cohérence avec les Conseils départementaux, notamment dans le cadre des appels à projets de la conférence des financeurs.

Il s'agirait ainsi d'animer, à l'échelon de la filière gériatrique de chaque GHT, une démarche globale de prévention, dans une approche parcours. Cette animation permettrait de diffuser une culture de la prévention et de rendre davantage lisible les actions menées pour les acteurs du territoire qui pourront ainsi mieux orienter les publics. Elle permettra également d'éviter l'écueil de la mise en place de multiples actions non coordonnées et non pérennes observées dans certaines régions suite à la mise en place d'expérimentations.

Par ailleurs, les retours d'expérience montrent que, concernant les actions qui sont proposées dans les murs de l'établissement, il est indispensable qu'elles soient accompagnées par un professionnel qui va rassurer et inciter la personne âgée à s'y rendre et/ou par une solution de transport. A défaut, ces actions ne rencontrent pas leur public.

Concernant le volet 2 du cahier des charges du CRT, le principe de complémentarité avec les services déjà en place est à retenir afin de renforcer et sécuriser le maintien à domicile. En effet, les modèles organisationnels qui proposent d'exporter l'ensemble des prestations de l'EHPAD vers le domicile peuvent rencontrer des difficultés d'acceptabilité tant de la part des acteurs du territoire que du public auquel ils s'adressent.

Dans tous les cas, les prestations proposées doivent s'inscrire dans le cadre d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) formalisé avec la personne âgée et les aidants familiaux. Afin d'élaborer ce PAP, l'équipe pourra s'appuyer sur une évaluation pluridisciplinaire des besoins qui intégrera nécessairement les évaluations déjà réalisées par les acteurs en place, dans un principe de reconnaissance mutuelle. De la même façon, l'orientation des situations pourra s'effectuer par un formulaire identifié et commun à l'ensemble des partenaires sur la base de critères d'inclusion partagés. Le PAP pourra intégrer de façon modulable et personnalisé :

- Des activités thérapeutiques : ateliers cognitifs, ateliers équilibre, ateliers nutrition, séances de psychomotricité, ateliers bien être (ex : socio esthétique).
- De l'animation à domicile : en individuel ou en collectif.
- Du soutien psychologique : auprès de la personne âgée et des aidants.
- Un bilan ergothérapeute : préconisations et mise en œuvre d'adaptation du logement.
- De la domotique : en laissant le choix à la personne âgée de la modularité du matériel installé.
- De la veille de nuit : les retours d'expérience montrent l'importance d'un passage ou à minima d'un contact téléphonique en fin de journée/début de nuit afin d'apaiser les

angoisses, rassurer et garantir un bon déroulement de la nuit. Dans la mesure où cette réassurance est effectuée, la mise en œuvre d'une astreinte durant toute la nuit ne s'impose pas nécessairement. Si elle est mise en œuvre, son efficacité reposera sur le fait que les professionnels connaissent la situation de la personne âgée afin de donner les conseils et mettre en œuvre les mesures adaptées. Ainsi, des directions d'EHPAD ont conventionné avec des SSIAD afin de permettre cette astreinte.

- De la coordination : afin de mettre en œuvre cette fonction de coordination, il s'agira de déterminer le périmètre de cette dernière. Pour ce faire, un travail de définition des niveaux de coordination et des articulations avec le CLIC, le DAC, la CPTS, la Plateforme de répit est à envisager afin de clarifier le qui fait quoi.

Des conventionnements avec des associations de visiteurs bénévoles apparaissent également comme des leviers intéressants pour lutter contre l'isolement.

2. Sur le portage du projet et l'accompagnement au changement des pratiques professionnelles

A) Une culture de la gestion de projet à développer

Les résultats de notre recherche montrent que la mise en œuvre de ce type de projet est l'aboutissement d'une réflexion de plusieurs années, inscrite dans un projet d'établissement. Cette réflexion est généralement portée par des directeurs d'EHPAD avec un profil de leader plus que de manager ou de gestionnaire d'établissement, dans un positionnement visionnaire et convaincus de la plus-value de la gestion de projet.

Dans le cadre de la mise en œuvre des Centres Ressources Territoriaux, il faudra veiller à ce que le dispositif s'inscrive dans le cadre d'une réflexion inscrite au projet d'établissement. Les retours d'expérience montrent en effet que si le dispositif est « descendant » ou vécu par les équipes comme une « injonction à faire », son appropriation et sa mise en œuvre seront d'autant plus difficiles.

Dès lors, de la même façon qu'un diagnostic de territoire coconstruit avec les partenaires est une étape indispensable, la réalisation d'un diagnostic interne sera incontournable pour identifier les forces et faiblesses de l'établissement à s'engager dans la démarche et cerner les potentielles résistances. Cette étape réalisée permettra de s'inscrire dans un management situationnel et expérientiel.

Ainsi, afin de mener à bien son projet de transformation, et au vu des enjeux décrits, nous préconisons que le manager se saisisse des outils suivants :

- Le projet d'établissement : la mise en place de l'EHPAD à domicile sera d'autant plus légitimée si ce projet a été inscrit dans le projet d'établissement, coconstruit avec les équipes et les instances de l'EHPAD, notamment le Conseil de Vie Sociale et les instances représentatives du personnel.
- Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens : outre la formalisation des objectifs et moyens, le CPOM peut constituer un levier de valorisation et de reconnaissance institutionnelle de la démarche engagée.

- Le plan de Qualité de Vie au Travail (QVT) : Cette démarche est d'autant plus nécessaire quand les organisations se transforment. L'élaboration de ce plan devra s'appuyer sur l'expertise des professionnels quant à leur propre travail et à leur capacité à identifier les moyens d'améliorer les organisations.
- Le plan de Gestion Prévisionnel d'Emploi et des Compétences (GPEC) : Ce plan permet à l'établissement d'anticiper les conséquences des évolutions liées à ses environnements interne et externe et à ses choix stratégiques. Il a pour finalité de déterminer les actions à mettre en œuvre à court et à moyen terme, pour faire face aux évolutions d'effectifs. Le GPEC permet en outre, de contribuer à l'évolution de carrière des salariés, notamment à travers les dispositifs de formation. En ce sens, la GPEC permettra aux établissements d'être dans une démarche de gestion prospective des ressources humaine et d'accompagner le changement que représente l'EHPAD à domicile.
- Les conventions de partenariat : elles permettront de déterminer les modalités de coopération et d'articulation avec les acteurs du territoire et de clarifier les modes de gouvernance.

Par ailleurs, la culture de la gestion de projet ne semble pas acquise par l'ensemble des directeurs d'EHPAD. De même, la démarche d'intégration et l'ancrage de l'EHPAD dans une dimension territoriale apparaissent comme des leviers trop peu utilisés par les directions.

Afin de développer cette culture de la gestion de projet, nous préconisons deux axes :

- Pour les futurs directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux : Renforcer l'apport de connaissances dans la formation initiale, en y consacrant un module spécifique.
- Pour les directeurs actuellement en fonction et dans le cadre de la mise en œuvre des prochains CRT : proposer un accompagnement méthodologique aux directeurs qui se positionneraient, dans le cadre des appels à projet lancés par les ARS, en lien avec les Conseils départementaux.

Cet accompagnement peut s'envisager par deux angles complémentaires :

- Une dimension collective en organisant des manifestations de type colloque / séminaire par Région. Co-portées par les autorités tarifaires, ces manifestations permettraient d'engager une réflexion collective sur l'EHPAD de demain et plus spécifiquement sur l'EHPAD à domicile. Cette réflexion pourrait être ponctuée d'apports sociologiques sur les enjeux du vieillissement, d'une clarification de la sémantique, de retours d'expérience des expérimentations menées au national ou dans d'autres pays, de questionnements éthiques.
- Une dimension individuelle permettant à chaque porteur d'être accompagné à la mise en œuvre du dispositif en mode projet. Cet accompagnement pourrait être effectué par un cabinet d'audit externe ou potentiellement par l'Association Régionale d'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT).

B) Une opportunité à saisir pour améliorer l'attractivité des métiers, lutter contre l'absentéisme et favoriser la fluidité des parcours professionnels

Les résultats de notre recherche montrent qu'il est opportun d'utiliser l'EHPAD à domicile comme levier d'accompagnement au changement des pratiques professionnelles, au travers plusieurs aspects, inscrits dans une démarche globale de qualité de vie au travail.

De la même façon qu'il est nécessaire d'inscrire les acteurs du territoire dans la gouvernance du projet afin de favoriser leur adhésion au projet, la co-construction de la démarche avec les professionnels constituera un réel gage de réussite.

Certaines expérimentations menées ont permis de réduire considérablement le taux d'absentéisme en apportant de nouvelles perspectives professionnelles, notamment pour les aides-soignantes et de lutter contre l'usure professionnelle.

Pour ce faire, nous préconisons de décloisonner les organisations domicile/EHPAD et de favoriser l'approche expérientielle (en mettant par exemple en place des immersions respectives, des journées du type « vis ma vie »), mais également de lever les représentations respectives, en associant par exemple les équipes à l'élaboration d'une charte de valeurs partagées.

L'innovation que représente ces nouvelles formes d'accompagnement est également source de valorisation pour les professionnels, de mise en lumière et de fait, source d'attractivité sur un territoire.

Les démarches d'ouverture sur le domicile représentent par ailleurs un levier d'amélioration des conditions de travail. En effet, l'expérimentation de l'EHPAD à domicile a été pour certaines Directions d'établissement l'occasion de « faire tomber les barrières » entre le soin et l'accompagnement. Ces nouvelles modalités organisationnelles ont permis aux professionnels de s'inscrire dans une prise en charge globale des besoins de la personne âgée, d'améliorer la relation d'aide et ainsi, de répondre à un besoin prégnant de retrouver du sens à leur travail.

C) Un accompagnement par un plan de formation qui favorise les enrichissements croisés

La mise en place de ces transformations appelle un plan de formation d'ensemble, tant sur le contenu des formations que sur les parcours professionnels.

Forger collectivement les concepts

Il s'agira de sensibiliser collectivement aux concepts de virage domiciliaire, d'auto-détermination, d'inclusion et de partager la sémantique. Cette sensibilisation devra s'inscrire dans la démarche de décloisonnement EHPAD/ domicile et se destiner à l'ensemble des professionnels afin de permettre une même approche d'accompagnement et de soin.

Il serait pour ce faire intéressant de s'inspirer des démarches effectuées dans le secteur du handicap et de la précarité. En effet, la « stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté » a déployé en 2021 un ample plan de formation en direction des professionnels intervenant dans le champ de la précarité et de la petite enfance.

De la même façon, il pourrait s'agir de s'inspirer des travaux interdépartementaux menés dans le cadre de la mise en place d' « une Réponse accompagnée pour tous » visant

à accompagner l'évolution des organisations et des pratiques professionnelles à visée inclusive et à définir un plan de formation. En Normandie, un groupe de travail, composé de représentants de l'ARS, des MDPH, des 5 Conseils départementaux, de la DRJSCS, des centres experts avait permis d'élaborer un cahier des charges mettant en avant 4 volets de formation prioritaires à coconstruire avec les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA) : le virage inclusif, la co-responsabilité, le rôle clé de l'encadrement, les formations spécifiques aux handicaps.

Plus globalement, il serait intéressant de favoriser les enrichissements croisés en évitant de cloisonner les approches par typologie de population (personnes âgées/ personnes en situation de handicap/ personnes en situation de précarité) et en permettant la mutualisation des retours d'expériences.

Diffuser une culture commune de la coordination

La coordination est un enjeu majeur, en particulier dans le secteur du domicile. Les expérimentations de dispositifs renforcés d'accompagnement à domicile prévoient tous une fonction de coordination, mettant en avant pour certaines, la notion d' « interlocuteur unique ». Le rapport « Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge » remis le 29/10/2019 à la ministre des Solidarités et de la Santé par Myriam El Khomri reconnaît l'intérêt et le caractère innovant de ce nouveau métier dans la mesure 51 : Innover dans la coordination territoriale des acteurs par la promotion d'un nouveau métier : « care manager ».

Pour autant, les entretiens menés montrent que les définitions de la coordination, son objet, son périmètre et les modalités opérationnelles sont hétérogènes. Cette diversité de pratiques peut entraîner un manque de lisibilité pour les acteurs et les familles, occasionner des tensions avec les dispositifs dédiés à la coordination (CLIC, DAC notamment) si les articulations ne sont pas clairement définies et potentiellement, et à terme occasionner une perte de légitimité de cette fonction.

Il s'agirait ainsi :

- De définir et de graduer les niveaux de coordination, en clarifiant les missions de chacun selon plusieurs niveaux de coordination : proximité (ou du quotidien), situation complexe et coordination des organisations. Cette réflexion peut être menée par les opérateurs lors du dépôt du projet ou plus en amont par les acteurs institutionnels en actualisant les protocoles Conseil Départemental/ARS existant dans certaines régions.
- D'élaborer un référentiel métier.

- D'accompagner la montée en compétences des professionnels en promouvant la formation de « care manager ». Quelques initiatives de formation émergent sur le territoire français (ex : organisme de formation Centr'Ad dans le Département 93).

D'autres approches peuvent s'envisager pour compléter le plan de formation :

Sensibiliser à la prise en compte des aidants familiaux

L'EHPAD à domicile suppose un nouveau cadre d'intervention pour les professionnels dans la mesure où elle s'effectue à domicile et non plus en établissement. Or, l'intervention à domicile implique un nouveau mode de relation avec la personne âgée mais également avec

les aidants familiaux. Les retours d'expérience montrent que cette dimension avait parfois été sous- estimée. Il s'agirait donc de sensibiliser en amont les professionnels sur les spécificités de ce public.

S'inscrire dans une démarche de réflexion éthique

Cette dimension éthique devra être prise en compte afin d'accompagner les professionnels de l'EHPAD à domicile. En effet, de nombreux questionnements peuvent surgir, dès lors que l'on pénètre dans la sphère privée que représente le domicile de la personne âgée. Ainsi, comment limiter le risque d'interventions intrusives au prétexte de soins, d'accompagnements et parfois d'impératifs de sécurité.

Ces questionnements devront être accompagnés au travers différents moyens d'action : séances de supervision individuelle/ collective, mise en place d'instances de réflexion éthique dans les établissements, notamment en lien avec les Espaces de Réflexion Ethique Régionaux (ERER).

3. Sur les moyens matériels et financiers

Hormis pour les Dispositifs Renforcés d'Accompagnement à Domicile (DRAD) relevant de l'article 51 qui détermine un financement harmonisé dans son cahier des charges, il existe actuellement autant de modèles de financement que d'expérimentations d'EHPAD à domicile. En effet, les retours d'expérience montrent une hétérogénéité des politiques menées dans chaque Région voire dans chaque Département.

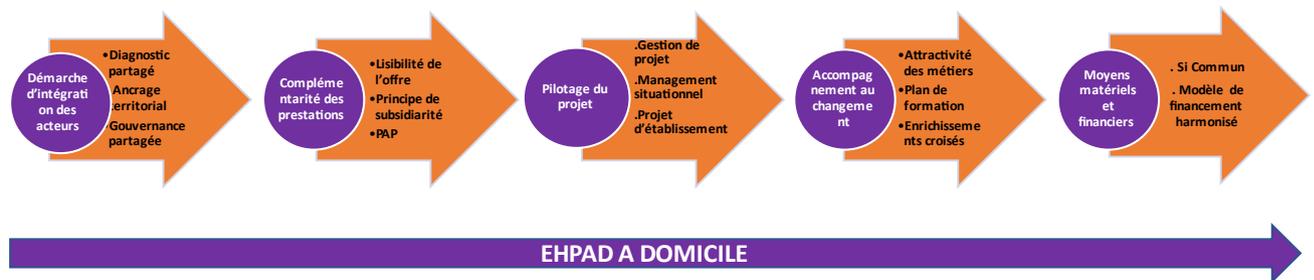
L'arrêté du 27/04/2022 relatif à la mission des CRT prévoit un financement des ARS de 400 000€ par dispositif, répartis de la manière suivante : 80 000€ pour assurer le volet 1 et 320 000€ pour le volet 2 (correspondant à un forfait de 900 € pour une file active de 30 personnes âgées). Afin de permettre le maillage territorial de l'offre, il nous paraît opportun que des réflexions soient menées au sein de chaque Région, pilotées par les ARS, et associant les Conseils départementaux. L'enjeu est en effet d'harmoniser le modèle de financement afin de garantir une meilleure lisibilité des dispositifs et une équité d'accès aux prestations proposées. Pour autant, cette harmonisation peut s'avérer complexe car dépendante des politiques menées sur chaque département et de leurs particularités. En effet, à titre d'exemple, certains Départements participent au financement d'expérimentations d'EHPAD à domicile et/ou portent des appels à projets afin de financer de l'accompagnement renforcé à domicile tandis que d'autres Départements ne se positionnent pas en ce sens. Ainsi, en l'état actuel des choses, notre recherche n'a pas permis de déterminer un modèle de financement en particulier.

Une réflexion sera également à engager sur la pérennité du financement de ces dispositifs. En effet, le rapport de la Cour des Comptes de décembre 2021 relève qu'il convient de relativiser le coût deux fois moindre pour les dépenses publiques de l'accompagnement à domicile par rapport à la prise en charge en établissement. En effet, ce constat n'est établi que lorsque l'on compare l'ensemble de l'offre d'aide à domicile, délivrée essentiellement par les SAAD à des institutions médicalisées, dotées de médecins et de personnels soignants qualifiés. En revanche, les coûts publics sont commensurables si l'on restreint la comparaison aux soins techniques, comme le démontre la Cour des Comptes en comparant les dépenses publiques moyennes par place entre SSIAD et EHPAD.

En termes de moyens matériels, la mise à disposition de locaux pour l'équipe de l'EHPAD à domicile au sein de l'EHPAD est à privilégier. Par ailleurs, il conviendra que les équipes disposent d'un système d'information permettant les échanges d'informations « en interne » (au sein de l'EHPAD) mais également avec l'ensemble des acteurs intervenant au sein du domicile. Pour ce faire, l'inscription des équipes d'EHPAD à domicile dans l'actuel déploiement des systèmes numériques d'appui à la coordination est à envisager.

Conclusion de la 2^e partie :

Pour conclure cette seconde partie, nous proposons de synthétiser nos préconisations avec le schéma suivant :



CONCLUSION

Dans un contexte de désinstitutionnalisation, notre recherche avait vocation à répondre à notre question de départ : ***quels sont les impacts du virage domiciliaire d'un point de vue managérial et de l'accompagnement au changement des pratiques professionnelles ?***

L'appréhension des contours conceptuels et théoriques confrontés à la réalité de plusieurs expérimentations d'EHPAD à domicile nous ont permis d'apporter des éléments de réponse. En effet, dans les différentes expériences que nous avons observées, nos résultats ont permis de mettre en exergue que l'EHPAD à domicile constitue un levier d'amélioration des conditions de travail des professionnels des EHPAD dans la mesure où il peut atténuer le phénomène d'usure. Plus globalement, il constitue une réelle opportunité de valorisation des carrières médico-sociales. Redonner du sens au travail, favoriser l'émergence de nouveaux métiers, accroître l'autonomie des professionnels constituent autant de pistes pour les directeurs d'établissement afin d'accompagner le changement vers ce nouveau paradigme.

Or, le déploiement de l'EHPAD à domicile suppose des compétences et une posture managériales particulières. Ces dernières reposent principalement sur une culture du management par projet, favorisant l'approche expérientielle et participative et légitimant le directeur dans une position de leader. Ces compétences permettent de lever les potentielles résistances au changement, tant de la part des équipes que des acteurs institutionnels et partenariaux.

S'il est construit dans un principe de subsidiarité et de complémentarité de l'offre, l'EHPAD à domicile permet de favoriser l'ancrage territorial des établissements, la coordination entre les acteurs, et le décloisonnement EHPAD/domicile. Il représente donc un enjeu majeur pour éviter les ruptures et fluidifier le parcours de vie des personnes âgées.

Pour autant, le virage domiciliaire ne doit pas se traduire comme une injonction à faire mais bien comme un horizon. Au lendemain de la crise sanitaire, il s'agit en effet de prendre en compte la capacité des établissements à mener ce type de projets, au regard de leurs contraintes notamment du point de vue financier et en ressources humaines.

Ainsi, dans le cadre des prochains déploiements de Centres Ressources Territoriaux, les ARS et les Départements auront un rôle structurant à jouer. Ce rôle sera déterminant au regard des prochaines réformes à venir. En effet, l'article 44 de la LFSS pour 2022 prévoit une restructuration du secteur du domicile en fusionnant les services existants (SAAD, SSIAD et SPASAD) pour former une catégorie unique de services autonomie à domicile qui répondront aux conditions minimales de fonctionnement définies par un cahier des charges. De plus, cette mesure s'accompagnera d'une refonte du modèle de financement des activités d'aide et d'accompagnement. Or, la réforme, qui doit aboutir en 2023, permettra aux services autonomie à domicile de porter le volet 2 du Centre Ressource Territorial, à la condition qu'une convention soit signée avec un EHPAD pour la mise en œuvre du volet 1 notamment. Il existe donc un enjeu majeur d'articulation des politiques de l'autonomie afin de garantir une cohérence de mise en œuvre et une équité d'accès sur les territoires.

BIBLIOGRAPHIE

Articles académiques

Aubin Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr Drylewicz AM, Imbert P. et Letrilliant L. et le groupe de recherche universitaire (2008). *Introduction à la recherche qualitative*. La revue française de médecine générale. 142-145.

Avenel C. (2021). *L'aller-vers au cœur des mutations du travail social*.

Batifoulier F (2016). Un défi majeur pour l'équipe de direction : refaire de l'institution. Forum. N°147. 18-26.

Batifoulier F (2019). *Refaire de l'institution à l'heure de la désinstitutionalisation*. Accompagnement et insertion sociale. 57-71.

Brami G. (2013). *Les paradoxes de l'évolution des EHPAD*. Erès n°91, 56-61.

Braverman L., Dufour-Kippelen S., Fermon B. (2021). *Un dispositif d'EHPAD Hors les murs : l'utilisation par ses bénéficiaires*. Gérontologie et société n°165, 263-277.

Djaoui E. (2007). *De l'intimité du professionnel dans l'intervention au domicile*. Gérontologie et société, n°122, 157-162.

Donnio I. (2005). *L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Gérontologie et société, n°112, 73-92.

Ennuyer B. (2013). *Les malentendus de l' « autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse »*. Le sociographe. Hors- série 6, 139-157.

Fallery B., Rodhain F. (2013). *Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique*. XVI ème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS, Montréal, Canada, 1-16.

Petoux M. (2022). *L'accompagnement du changement organisationnel lors de la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement globalisé dans un IME*. Projectics/Proyética/Projectique ». HS, 129-154.

Rigaux N. (2011). *Autonomie et démence : Pour une conception de l'autonomie*. Ger Psychol Neuropsychiatrie Vieil, 107-115.

Winance M. (2007). *Dépendance versus autonomie...de la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales*. Sciences sociales et santé. Vol 25, 83-91.

Ouvrages

Albou P. (1999). *Evolution de l'image des personnes âgées au cours du XXe siècle*. Editions Glyphe et Biotem.

Autissier D., Moutot JM. (2016). *Méthode de conduite du changement, Diagnostic, accompagnement, performance*. Editions Dunod.

Dejoux C. (2017). *Du manager agile au leader designer*. 3^e édition. Editions Dunod.

Françoise Dupuich Rabasse (2008). *Management et gestion des compétences*. L'Harmattan.

Giordano G. (2002). *Conduire un projet de recherche : une perspective qualitative*. Editions EMS.

Guérin S. (2007). *L'invention des seniors*. Editions Hachette

Kotter J. (2015). *Conduire le changement*. Pearson France pour l'édition française.

Loubat JR., Hardy JP., Bloch MA. (2016). *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico- sociale*. Editions Dunod.

Peretti JM. (2020). *Gestion des Ressources Humaines*. 23^e édition. Editions Vuibert.

Textes règlementaires

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

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes.

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées

Guides, études et rapports

ANAP. *Transformation de l'EHPAD. S'adapter aux besoins des personnes âgées*. Juillet 2020.

Banque des territoires. *Maintien à domicile : vers des plateformes numériques de services*. Décembre 2019.

CNSA. « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé⁶⁵ » 2012.

Cour des comptes. *Les services de soins à domicile : Une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins*. Décembre 2021.

Libault D. *Rapport de la Concertation Grand Age et Autonomie*. 17 septembre 2018.

Piveteau D. *Experts, acteurs, ensemble...pour une société qui change*. 15 février 2022.

Recommandation CM/Rec (2010) du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité (adoptée par le Comité des Ministres le 3 février 2010).

TABLE DES ANNEXES

	Pages
Annexe 1 : Guide d'entretien des directeurs d'EHPAD	67
Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé à la participation d'un entretien	68
Annexe 3 : Liste des entretiens	69
Annexe 4 : Grille d'analyse	70
Annexe 5 : Tableau récapitulatif des retours d'expérience d'EHPAD à domicile	75
Annexe 6 : Check-list mémoire Master MOSMS	88
Annexe 7 : Fiche d'évaluation du stage	89

GUIDE D'ENTRETIEN DES DIRECTEURS EHPAD

Présentation de la structure

Quelle définition de l'EHPAD Hors les Murs

Présentation du projet/expérimentation de l'EHPAD à domicile

Motivations à mettre en œuvre ce projet : contexte sociétal, législatif, interne à l'établissement, demande des familles/partenaires ?

Construction du projet : quelle méthode, quels participants, quelles compétences d'un point de vue managérial ? Quel positionnement du directeur ?

Quels freins rencontrés ? Globalement ? D'un point de vue des équipes : questionnements, résistance au changement, adhésion au projet ?

Quels effets ? Sur les pratiques professionnelles ? Sur la culture professionnelle ?

Quel bilan à ce jour : pour les équipes, les personnes âgées, les familles ?

Quels points de vigilance ? Conditions de réussite ?

Quels leviers utiliser pour accompagner le changement ?

Formulaire de consentement éclairé à la participation à un entretien

Je soussigné(e),

Monsieur/Madame.....
déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer à cet entretien, dans le cadre de la réalisation de l'étude de Monsieur/Madame..... étudiant(e) du Master Management des Organisations Sanitaires et Médico-Sociales de l'Université de Rouen Normandie, dans le cadre de la réalisation de son mémoire dont le thème est :
.....
.....

J'accepte donc d'être enregistré(e) et autorise Monsieur/Madame..... à utiliser les données recueillies dans le cadre de son mémoire et de ses éventuels prolongements. Ce(tte) dernier(e) s'engage à rendre anonyme l'ensemble des données recueillies.

Fait à..... Le/...../..... en 2 exemplaires.

Signatures :

Le/la participant(e)

L'étudiant(e)

Annexe 3

ENTRETIENS REALISES

	Type d'établissement	Fonction occupée / Service	Retranscription
Entretiens individuels	EHPAD A	Directrice	X
	EHPAD D	Directeur	X
	EHPAD E	Directrice	X
	EHPAD F	Directrice	
	EHPAD G	Directrice	
	EHPAD H	Directrice	
	ARS B	Direction de l'Autonomie	
	ARC C	Direction de l'Autonomie	
	ARS D	Planification médico-sociale	
	ARS E	Direction de l'Autonomie	
	CD A	Direction de l'Autonomie	
	CD B	Direction des Solidarités	
	ESMS PH	Directeur	
ARS F	Directeur de la Santé Publique et chargée de mission		
Entretiens collectifs	EHPAD B	Directeur général Directrice adjointe Infirmière coordinatrice	X
	EHPAD C	Directrice Infirmier coordinateur Psychologue Médecin coordinateur Assistante de service social	X
	ARS A	Référente Alzheimer, Référente Domicile	
Immersion/observation	EHPAD B	Infirmière coordinatrice	

Annexe 4

GRILLE D'ANALYSE PARTIE I :
LES IMPACTS DU VIRAGE DOMICILIAIRE D'UN POINT DE VUE MANAGERIAL

	Soft skills/ position de leader plus que de manager	Approche expérientielle et management participatif	Motivation/ innovation/valorisation	Acculturation au management de projet	Outils
EHPAD A	Etre inventif, penser autrement Avoir de la fantaisie, la tête dans les étoiles Progressiste Force de conviction Un Directeur doit bien se connaître pour pouvoir accompagner les autres	Associer les usagers, meilleurs ambassadeurs Façon éthique de manager Il faut rassembler, accueillir, rassurer Prévenir que l'on va mettre le clignotant Trouver des personnels motivés, volontaires Expliquer l'intérêt, associer, faire de la réassurance, informer	On pétille quand on fait de l'innovation	Convaincre les partenaires Avoir la confiance des autorités de tarification Le Directeur n'est plus un gestionnaire. C'est un animateur de projet territorial.	QVT Coaching du directeur et des salariés Supervision
EHPAD B					
EHPAD C					
EHPAD D	Agilité Regard nouveau	Favoriser les expériences « vis ma vie » afin de faire naître une volonté d'évolution		Sortir d'une logique de structure Créer les conditions du partenariat : prérequis indispensable Définir une gouvernance partagée	Formations : par le médecin coordinateur, sur la gestion des situations d'urgence du fait de l'isolement du personnel, connaissance des troubles cognitifs

				Mettre en place un dialogue constructif avec les acteurs	
EHPAD E	Ouverture d'esprit Créativité Ne pas se laisser décourager	Beaucoup d'écoute des équipes Les soutenir, les accompagner Participer aux réunions Implication des professionnels à la mise en place du projet	On a été sous les feux des projecteurs, visite des ministres. Intérêt porté ce que les équipes faisaient Super valorisant, lumière sur leur rôle Enthousiasme, curiosité L'innovation est porteuse pour les équipes		
EHPAD F	Beaucoup de patience Avoir de la détermination. Ne pas abandonner mais ne pas passer en force Savoir doser	Expliquer, être pédagogue Prendre le temps Etre dans une dynamique participative Ne pas être dans un principe descendant Planter quelques graines de temps en temps Avoir une équipe encadrante de confiance qui partage les mêmes objectifs Clarté dans mes objectifs		Management de projet= motivations, perspectives, stimulation, valorisation car établissement qui évolue	Dynamique de formation Démarche QVT : équipes mobiles QVT Avenir : Team Building, supervision, soutien psychologique
EHPAD G	Visionnaire, inspirant, manager des projets sur des fonctions nouvelles.	Co-construction du projet= grosse force afin de garantir l'adhésion. Les équipes sont conscientes de l'évolution du secteur. Je les ai	Fierté des équipes/ projet innovant	L'EHPAD n'est plus entre 4 murs. Un directeur n'est plus un gestionnaire d'établissement. Les directeurs d'EHPAD qui ne vont pas suivre ce	Projet inscrit au CPOM Equipe mobile QVT

		toujours mis en veille sur les évolutions. L'équipe doit être mature et stable pour mener ce type de projet.		mouvement vont être très en difficulté. Il faut être dans une dimension réseau partenarial sur le territoire	
EHPAD H			Le caractère expérimental du dispositif est valorisant et stimulant pour les professionnels	Nécessité de travailler avec les partenaires du territoire, de leur expliquer qu'on allait pas faire à leur place.	
ARS A				Il s'agit d'une évolution des mentalités. On pousse les porteurs à dépasser ce qu'ils font actuellement en les invitant à faire de la coordination domicile /établissement	
ARS B		Repenser l'organisation du travail différemment		Dimension de montée en compétences dans la gestion de projet, le travail en partenariat. Un directeur d'EHPAD ne connaît pas forcément le DAC, les acteurs du domicile. C'est une acculturation qui est longue.	Accompagnement méthodologique à la gestion de projet
ARS C		La résistance au changement peut être liée à	Le Hors les Murs favorise la valorisation professionnelle. Ca fait du		

		la crainte d'une charge de travail supplémentaire ;	bien de faire autre chose, de voir de nouvelles personnes.		
ARS D					
ARS E				<p>Les Directeurs ne sont pas acculturés au management par projet. Ces sujets ne sont pas innés pour les directeurs. Les EHPADs sont toujours autocentrés sur eux-mêmes. Dans une dynamique de gestion de projet, il est indispensable que les directeurs d'EHPAD aient connaissance de leur clientèle et des partenariats sur le territoire. Cette dimension est encore trop peu développée et souvent restreinte à 1 ou 2 partenaires. Il faut être très au clair avec le fonctionnement de la filière gériatrique, ce qui n'est pas le cas actuellement. Leur demander de développer une nouvelle activité suppose de disposer de savoirs faire dont ils ne</p>	

				<p>disposent pas forcément aujourd'hui. Il faut une maturité de compréhension de la dimension parcours et de l'ancrage territorial. Pour accompagner le changement, il faut le personnel. Quand vous avez des difficultés à l'intérieur, vous avez encore + des difficultés à vous ouvrir à l'extérieur. Découragement des directeurs / crise.</p>	
--	--	--	--	--	--

Annexe 5

TABLEAU RECAPITULATIF DES RETOURS D'EXPERIENCE D'EHPAD A DOMICILE

	EHPAD A	EHPAD B	EHPAD C	EHPAD D	EHPAD E	EHPAD F	EHPAG G	EHPAD H
EHPAD Porteur	Etablissement public autonome 71 places HP 9 places Alzheimer 4 places HT 1 PASA de 12 places 1 PFR 6 places ADJ	Privé associatif	Privé associatif 76 places dont 70 HP et une unité de vie protégée 1 ADJ 1 PFR 1 PASA de 12 places	Privé associatif 87 lits	Privé associatif 90 lits HP 3 lits HT 1 PASA de 14 places	Etablissement public autonome 73 lits HP, 4 HT 1 unité de vie protégée.	Privé associatif 64 lits HP 1 PASA 1 Equipe Mobile de Qualité de Vie au Travail	Privé associatif 160 lits d'EHPAD, 2 Accueils de jour, 107 places de SSIAD, une Plateforme de répit à destination des aidants
Type de dispositif			DRAD	DRAD	Dispositif expérimental de 2017 à 2020 DRAD depuis 2020			
Cadre juridique	Convention pluriannuelle CD/ARS/ Etablissement	Convention pluriannuelle ARS/ Etablissement	Article 51	Article 51	Article 51		AAC de l'ARS (cahier des charges paru en 2018)	Expérimentation dans le cadre d'une convention avec l'ARS et le CD, suite AAP conjoint
Date de mise en place	Expérimentation du 01/04/2022 au 31/03/2025	Expérimentation 01/01/2021 au 31/12/2023.	Janvier 2021	Réflexion menée dès 2016	2017		Février 2021 (démarrage des travaux en 2020)	Janvier 2017

				Mise en œuvre opérationnelle en septembre 2019 Intégration dans le dispositif DRAD en octobre 2020				1 ^{er} bénéficiaire : décembre 2017
Missions	Permettre aux personnes âgées souhaitant rester chez elles de bénéficier des services proposés en EHPAD	Garantir au domicile un même niveau de service qu'en EHPAD, avec une capacité de personnalisation de l'accompagnement renforcée. 3 missions : *Assurer un accueil 24H/24, 7J/7 *Elaborer un diagnostic multidimensionnel des situations *Assurer la coordination de l'offre, en lien avec le projet personnalisé de la personne	<u>Cahier des charges DRAD :</u> Proposer une solution aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile, pour lesquelles un accompagnement « classique » des services du domicile n'est plus suffisant et qui seraient de prime abord orienté vers une entrée en institution. Le dispositif propose une coordination intégrée et renforcée des différents professionnels	*Proposer une alternative à l'entrée en EHPAD en coordonnant et complétant l'accompagnement au domicile. *Proposer une réponse adaptée au conformé au souhait de la personne âgée *Décloisonner domicile/établissement	*Ouvrir l'EHPAD vers l'extérieur *Proposer une offre alternative innovante pour répondre aux enjeux de demain pour l'accompagnement des personnes âgées		*Constituer une alternative à l'entrée en institution. *Favoriser le maintien à domicile en complétant les aides dont bénéficient déjà les personnes âgées, en les accompagnant de manière spécifique sur les difficultés liées à la dépendance. *Venir en soutien aux structures d'aide à domicile tant dans l'expertise du soin et des accompagnements que dans le développement du	*Eviter ou retarder une entrée en établissement *Fluidifier et améliorer le parcours de la PA notamment en cas d'hospitalisation *Respecter le libre choix de la personne : proposer mais ne pas imposer *Ne pas faire à la place des acteurs de terrain mais se positionner en coordination et en complémentarité *Proposer un accompagnement

			intervenant auprès de la personne âgée, tout en s'appuyant sur l'expertise d'un EHPAD dans l'accompagnement de la perte d'autonomie d'une personne âgée				parcours de l'emploi et compétences des acteurs du domicile.	individualisé, adapté aux besoins et à la situation de chaque bénéficiaire *S'appuyer sur des technologies innovantes et de la domotique *Proposer un coût raisonnable permettant une accessibilité économique du dispositif
Objectifs	<p>*Prévenir la perte d'autonomie par le renforcement de l'accompagnement et la meilleure coordination des interventions</p> <p>*Améliorer l'accompagnement auprès des personnes âgées en perte d'autonomie ou en situation de prise en charge</p>	<p>*Préserver la qualité de vie des personnes, dans le respect de ses choix</p> <p>*Gagner en réactivité dans la mise en place et l'accompagnement des personnes dépendantes, en proposant une coordination de l'aide et du soin à domicile</p> <p>*Sécuriser l'accompagnement</p>	<p>*Renforcer et améliorer la qualité de l'accompagnement à domicile</p> <p>*Lutter contre l'isolement de la personne âgée et des proches aidants</p> <p>*Assurer une continuité dans l'accompagnement des parcours de vie et prévenir</p>	<p>*Compléter les prestations en place</p> <p>*Sécuriser la vie à domicile</p> <p>*S'appuyer sur les acteurs existants, soulager la personne âgée et son aidant</p>	<p>*Déployer les prestations de l'EHPAD vers le domicile</p> <p>*Diversifier des modes de prise en charge disponibles et favoriser le libre choix d'une offre de services</p> <p>*Sécuriser l'accompagnement en s'appuyant sur les nouvelles technologies</p>	<p>*Personnaliser les parcours de vie : faire du « sur mesure »</p> <p>*Offrir de la lisibilité</p> <p>*Eviter de démultiplier les interlocuteurs</p> <p>*Gommer le cloisonnement domicile/ EHPAD,</p>	<p>*Offrir un dispositif complémentaire aux services d'aide à domicile existants : ateliers de prévention, de rééducation, télémédecine, animations</p> <p>*Être un interlocuteur dans la continuité du parcours de soins</p> <p>*Proposer un hébergement</p>	

	<p>complexe à domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> *Proposer une solution d'accompagnement aux personnes âgées qui ne souhaitent pas vivre en EHPAD *Permettre un lien entre le domicile et l'EHPAD pour faciliter d'éventuelles transitions. 	<p>la nuit, y compris dans les situations d'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> *Prévenir les hospitalisations *Soutenir les liens sociaux et familiaux ; permettre aux couples âgés de rester plus longtemps ensemble au domicile, apporter aux aidants une offre de soutien et de répit. 	<p>la perte d'autonomie.</p>		<ul style="list-style-type: none"> *Maîtriser des coûts tant pour le bénéficiaire que la société. 	<p>favoriser la polyvalence</p>	<p>temporaire d'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> *Développer le conseil et favoriser la sécurité au domicile *Utiliser des technologies innovantes *Accueillir à la journée les personnes souffrant de troubles cognitifs sur un lieu adapté (PASA) *Proposer des animations et des accompagnements à visée thérapeutique *Prévenir l'isolement de la personne et de son entourage *Favoriser le bien être des aidants 	
Public cible	<p>Personnes GIR 1 ou 2</p> <p>Ne pouvant plus rester à domicile et relevant des</p>	<p>*Personnes de plus de 60 ans, en perte d'autonomie ou avec des troubles cognitifs modérés</p>	<p>*Personnes GIR 1 à 4</p> <p>*Retour d'hospitalisation</p>	<p>Personnes âgées évaluées GIR 1 à 4</p>	<p>Initialement : personnes âgées GIR 1 à 6. Pour les personnes de GIR 5</p>		<p>Personnes âgées de plus de 60 ans, dépendantes sur le plan physique et/ou psychique</p>	<p>Personnes âgées de plus de 60 ans</p> <p>Evaluées en GIR 1 à 4</p>

	critères d'entrée en EHPAD Périmètre : 10-15 kms autour de l'EHPAD	* pour qui le domicile peut devenir dangereux sans aménagement *qui ont connu des prises en charge répétées aux urgences *qui présentent des besoins d'accompagnement proposés en EHPAD	*Logement inadapté *Absence d'aidant à proximité *Vulnérabilité ne permettant pas un maintien à domicile dans des conditions adaptées		à 6 : démarche préventive Dans le cadre du DRAD : GIR 1 à 4			Résidant sur 3 communes identifiées Ne présentant pas de troubles sévères du comportement Dont le maintien à domicile est devenu précaire ou nécessite une coordination importante des acteurs
File active	10 personnes à minima	10 personnes	<u>Cahier des charges DRAD :</u> 30 personnes <u>Situation EHPAD :</u> Au 14/04/22 : 15 personnes	40 personnes Taux d'occupation : 110% Mode d'adressage : *personnes inscrites sur liste d'attente de l'EHPAD *partenaires du domicile *médecins traitants *acteurs hospitaliers	25 places	90 places (pôle domicile)	20 personnes	30 places Signature d'un contrat individualisé d'accompagnement TO : Depuis 2017 : 52 personnes incluses dans le dispositif Au + : file active de 25 personnes

								Durée moyenne de séjour : 1,8 ans.
Prestations socles	<p>Evaluation pluri-professionnelle de la situation afin d'élaborer un projet de soins et de vie</p> <p>Réalisation d'un diagnostic afin d'évaluer la nécessité d'aménagement du logement</p> <p>Installation d'un dispositif de téléassistance mobilisable 24/24</p> <p>Coordination de l'ensemble des professionnels et des prestataires</p> <p>Accompagnement dans les AVQ 7J/J entre 7H et 21H</p> <p>Entretien du logement</p> <p>Suivi psychologique et ergothérapique</p> <p>Gestion des médicaments</p>	<p>*La vie au domicile : lien avec l'environnement de la personne, son réseau familial et amical, animation, stimulation : proposition d'ateliers thérapeutiques individuels ou collectifs de remédiation cognitive</p> <p>*Le soin : soins infirmiers, psychomotricité, ergothérapie, kinésithérapie, orthophonie, soutien psychologique : 3 passages par jour d'aide-soignant, 1 passage par jour d'infirmier, astreinte de nuit assurée par une infirmière</p>	<p><u>Cahier des charges :</u></p> <p>Accompagnement à la vie quotidienne</p> <p>Accueil séquentiel : HT, ADJ, garde</p> <p>Santé au domicile : soins, médicaments, éducation thérapeutique, assistance à la téléconsultation</p> <p>Participation sociale : activités, transport</p> <p>Accompagnement des aidants : évaluation, actions de soutien, répit</p> <p>Adaptation du logement : évaluation, aide aux aménagements</p> <p>Surveillance gériatrique :</p>	<p>Interventions au domicile de la PA à hauteur de 3H/Semaine de l'équipe mobile.</p> <p>Proposition de prestations en fonction du Projet Personnalisé d'Accompagnement et en complémentarité des prestations déjà dispensées par les acteurs du territoire. Signature d'un contrat d'accompagnement :</p> <p>*Ateliers cognitifs</p> <p>*Ateliers équilibre</p> <p>*Animation</p> <p>*Reprise d'un parcours de soins : accompagnement consultation MG, médecins spécialistes</p>	<p><u>A domicile :</u></p> <p>*Soutien psychologique</p> <p>*Séances de psychomotricité</p> <p>*Téléassistance</p> <p>*Domotique renforcée : capteur de chutes, chemin lumineux</p> <p>*Astreinte de nuit</p> <p>*Coordination</p> <p><u>Au sein de l'EHPAD :</u></p> <p>*Activités sociales, animations, sorties</p> <p>*Restauration</p> <p>*Coiffeur</p> <p>*Séance de kinésithérapie</p> <p>*Chambre d'urgence</p>	<p><u>Pôle domicile :</u></p> <p>*SSIAD : 60 places</p> <p>*ESA : 10 places</p> <p>*Equipe d'appui aux sorties d'hospitalisation : 10 places</p> <p>* ADJ : 10 places</p> <p>*Plateforme de répit</p>	<p><u>2 volets :</u></p> <p><u>EHPAD Ressource :</u></p> <p>Mettre à disposition l'expertise EHPAD</p> <p>*Ouverture du PASA sur le domicile : interventions au domicile et dans les murs (des PA du domicile participent aux activités du PASA) : activités à visée thérapeutique, prévention, organisation de sorties</p> <p>*Campagnes de vaccination</p> <p>*Télé médecine</p> <p>*Ouverture des formations de l'EHPAD aux professionnels du</p>	<p><u>Le panier obligatoire</u> comprend :</p> <p>* 1h/j d'auxiliaire de vie</p> <p>*l'abonnement à la téléassistance</p> <p>* les frais de structure</p> <p>* la PEC SSIAD</p> <p><u>Le panier modulable</u> s'ajoute au panier obligatoire et comprend les prestations individualisées, adaptées aux besoins de la personne :</p> <p>* temps supplémentaire d'auxiliaire de vie</p>

<p>Fourniture et gestion du matériel d'incontinence</p> <p>Accompagnement à des consultations de télé-médecine</p> <p>Accès à une chambre d'urgence</p>		<p>détection des facteurs de risque, suivi</p> <p>Gestion des urgences : astreinte paramédicale 24H/24, chambre d'accueil, télésurveillance et assistance</p> <p><u>EHPAD :</u></p> <p>Evaluation globale de la situation</p> <p>Soutien psychologique à domicile : 2X/Mois ou 1X/Semaine si besoin</p> <p>Ouverture de droits, demandes de révision de plan d'aide, aide administrative</p> <p>Financement d'un transport 1X/Mois pour participer aux activités de la résidence</p>	<p>* Bilan ergo : installation d'objets connectés (chutes, sommeil, fumée...) avec plateforme qui analyse les données</p> <p>*Veille de nuit, intervention à domicile pour lever de doute, apaisement des angoisses</p> <p>*Coordination opérationnelle du quotidien</p> <p>Aire d'intervention : 20 min autour de l'EHPAD</p>			<p>domicile (ex : bienveillance)</p> <p><u>EHPAD de proximité :</u> dans un rayon de 10 kms autour de l'EHPAD</p> <p>*Intervention en complémentarité avec les services du domicile (SSIAD, SAAD, ...). Pas de prestations d'auxiliaire de vie ou de soins</p> <p>*Evaluation des fragilités</p> <p>*Elaboration d'un PAP : social (animations), thérapeutique (chutes, troubles neuro-dégénératifs, iatrogénie, nutrition...), soins (au sens coordination : s'assurer de la bonne réalisation des actions), soutien</p>	<p>* livraison des repas</p> <p>* garde itinérante de nuit : un aide-soignant de nuit véhiculé : Surveillance des personnes à risque, couchers tardifs, aide à la prise des médicaments, changes, réassurance, réponse aux urgences via la téléassistance</p> <p>*Livraison de fourniture d'hygiène,</p> <p>*ateliers thérapeutiques de prévention, transport</p> <p>*adaptation du logement, installations de dispositifs de domotique : détecteurs de chutes, caméras,</p>
---	--	--	--	--	--	---	--

			<p>Chambre d'urgence : 12J/A</p> <p>Pack domotique : GPS, capteurs (frigo, portes, lits, chutes), appareils médicaux connectés, tablette. Chaque alerte fait l'objet de l'envoi d'un rapport.</p> <p>Lever de doute la nuit : intervention d'une société prestataire (96€ à la charge de la PA)</p> <p>Aide aux aidants : participation des aidants au groupe de paroles des aidants de l'ADJ.</p> <p>Mise en place de PAP en cours</p>				<p>psychologique de la personne âgée et de l'aidant</p> <p>*1 chambre d'urgence</p> <p>La fréquence des passages de l'équipe s'effectue en lien avec les objectifs du PAP : de 1 fois par semaine à plusieurs fois par jour.</p>	<p>bracelets connectés, surveillance des constantes à distance...</p> <p>*adaptation de la téléassistance</p> <p>*aide aux aidants</p>
Prestations complémentaires		Portage de repas, téléalarme, aide à domicile/entretien du logement, offre de répit, aménagement du logement.		Maintenance au domicile (petites réparations, bricolage...). A la charge financière du bénéficiaire	Intervention d'un ouvrier de moyens généraux pour des prestations de bricolage, réparations,			A la charge de la PA : services à la demande de la personne : activités de loisirs et de bien-être,

		Appui sur des services de télémédecine.			déplacement d'un meuble...			aménagement du logement
Professionnels	<p>IDEC : coordination : 0,5ETP</p> <p>Médecin co : 0,2 ETP</p> <p>6 ETP d'AS</p>	<p>Cadre coordinateur : pilotage du service, réfèrent des personnes et des familles, coordination des soins et de l'aide</p> <p>Agent d'accueil/ concierge médico-social : Accueil physique et téléphonique, commercial, qualité, conventionnement</p> <p>Médecin coordinateur : validation du projet de soin, coordination médicale, soutien de l'équipe, prescription en cas d'urgence</p> <p>Assistant de service social : aide aux démarches administratives, liens avec les partenaires</p>	<p><u>Cahier des charges :</u></p> <p>Coordinateur autonomie, IDE, aide-soignant, aide à domicile, médecin du dispositif, psychologue, animateur, travailleur social, chef de projet</p> <p><u>EHPAD :</u></p> <p>IDEC : 1ETP</p> <p>MEDEC : 0,10 ETP</p> <p>Psychologue : 0,40 ETP</p> <p>Assistante de service social : 0,2 ETP</p> <p>Administrative : 0,5ETP</p> <p>Ergothérapeute : partenariat avec libérale qui</p>	<p>Equipe composée de :</p> <p>1 médecin co : 0,2 ETP</p> <p>IDEC : 1 ETP</p> <p>Une ASG pour 10 bénéficiaires soit 4 ETP au total</p> <p>Psychologue : 0,2 ETP</p> <p>Ergothérapeute : 0,2 ETP</p> <p>1 ASG de nuit dédiée au dispositif</p>	<p>Pour le dispositif: équipe dédiée d'aides- soignantes</p> <p>Depuis le DRAD, arrêt de l'équipe dédiée : appui sur les dispositifs de droit commun.</p> <p>Infirmière coordinatrice : 0,7 ETP</p> <p>Psychologue</p> <p>Psychomotricienne</p> <p>ASG : en cours de recrutement</p> <p>Pour l'astreinte de nuit : projet de la faire reposer sur les professionnels du SSIAD</p>		<p>Equipe pluridisciplinaire composée de :</p> <p>IDEC</p> <p>Psychomotricienne</p> <p>Ergothérapeute</p> <p>Psychologue</p>	<p>Gériatre : 0,3 ETP</p> <p>Réfèrent parcours : 1 ETP : interlocuteur unique pour le bénéficiaire, son entourage et les intervenants professionnels</p> <p>Ergothérapeute : 0,4 ETP : établit pour chaque bénéficiaire des préconisations et effectue une aide au choix et à l'installation de matériel favorisant l'autonomie et la sécurité de la personne</p> <p>Administrative : 0,4 ETP</p> <p>Diététicien : 0,08 ETP</p>

			intervient à la demande.					Intervention possible de la psychologue des SSIAD
Partenariat			<p>Pour les admissions et la coordination : CLIC, MAIA, SAAD, SSIAD, hôpitaux, HAD</p> <p>Projet de conventionnements en cours.</p>	<p>HAD, SAAD, SSIAD, CLIC, MAIA, PTA, CCAS, partenaires hospitaliers, médecins généralistes, kinésithérapeutes.</p> <p>Dispositif coopératif visant à s'inscrire dans les dynamiques existantes. S'appuie sur le principe de subsidiarité.</p> <p>Acteurs du territoire inscrits dans la gouvernance du dispositif. Signature de conventions avec HAD, DAC, SAAD, SSIAD, CCAS, CLIC. Ces acteurs participent à la commission</p>	<p>Partenariat avec les acteurs du territoire</p> <p>Réseau de bénévoles très impliqué</p>		<p>Mairies, SSIAD, SAAD, PTA</p>	<p>Partenariat avec les acteurs du territoire</p> <p>Signature d'une convention avec les SAAD et les SSIAD. Les SAAD facturent leurs interventions à Diapason.</p>

				<p>d'admission et de coordination du dispositif : étude des demandes et validation de l'inclusion.</p> <p>Travail avec la FACS pour déterminer la complémentarité avec le DAC.</p>				
Financement	<p>Budget Total : 401 366€ dont : *216 816€ par l'ARS dans le cadre d'une dotation soins sous la forme de Crédits Non Reconductibles.</p> <p>*Paiement direct de l'APA à domicile par le Département sur la base du montant mensuel correspondant au plafond des plans d'aide selon les GIR auxquels</p>	<p>Financement par redéploiement de 10 places de SSIAD, 6 places d'accueil de jour, 2 places d'HT</p> <p>Coût annuel de fonctionnement : 358 200€ pour 10 places</p> <p>Financement de 20 000€/an de l'ARS sous forme de Crédits Non Reconductibles (CNR)</p>	<p>Somme forfaitaire de 1004€/Mois et par patient, indépendamment du niveau de dépendance et du volume de soins prodigués</p>	<p>Le forfait CPAM alloué dans le cadre du dispositif DRAD (1004€/Mois /personne accompagnée) comprend l'ensemble du dispositif.</p> <p>Pas de reste à charge pour la personne âgée.</p>	<p><u>Dans le cadre de l'expérimentation :</u> recherche de mécènes par la Croix Rouge + fonds propres de la Croix Rouge.</p> <p>Soutien de principe de l'ARS et du CD mais pas de financement</p> <p><u>Dans le cadre du DRAD :</u> 1004€/Mois par bénéficiaire</p>	<p>Dotation de l'ARS : 300 000€ pour 3 ans.</p> <p>Discussion en cours avec le CD pour intégration dans le plan d'aide APA ;</p> <p>Reste à charge pour la personne âgée : 420€/Mois</p>	<p>Coût de la place : 15 000€ = Forfait soin : 41€/jour</p> <p>Assurance Maladie : 41%</p> <p>CD : 31%</p> <p>Bénéficiaire : 28% . Reste à charge : entre 18€ et 4500€. En moyenne : 1 200€/M</p>	

	appartiennent les personnes bénéficiaires.							<p>Facturation unique au bénéficiaire à terme échu, comprenant l'ensemble des interventions ou dispositifs dont il a bénéficié</p> <p>Tarifs journaliers couvrant les paniers obligatoire et modulable :</p> <p>GIR 1 : 86.93 €</p> <p>GIR 2 : 63.82 €</p> <p>GIR 3 : 53.66 €</p> <p>GIR 4 : 44.55 €</p> <p>(Soit entre 2 600€ et 1 330€ par mois environ)</p> <p>Le reste à charge du bénéficiaire varie selon : Le plan d'accompagnement, les ressources et les charges du</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								bénéficiaire qui vont déterminer, le montant de l'APA qui peut lui être accordé, le versement, le cas échéant, d'une aide complémentaire du CD (accordée pour 15 places)
--	--	--	--	--	--	--	--	--