



Université de Lille 2  
Faculté Ingénierie et Management Lille 2  
Master Management Sectoriel



**Joséphine RABUT**

# **L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes de demain : perspectives d'évolution de cet établissement et des compétences du directeur d'EHPAD**

**Sous la direction de Monsieur Arnaud Parenty**

**Mémoire de fin d'études de 2<sup>ème</sup> année de Master**

Année 2016/2017 – Master Management Sectoriel parcours Management des établissements sociaux et médico-sociaux, de la qualité et des risques, et des flux

## **Composition du Jury :**

- Monsieur Stanislas Woch, Président du Jury
- Monsieur Arnaud Parenty, Directeur de mémoire
- Monsieur Fabien Boutoille, Directeur d'EHPAD

**Date de la soutenance : 25 octobre 2017**

Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé – ILIS  
42 rue Ambroise Paré  
59120 LOOS



## Remerciements

*Je tiens tout particulièrement à remercier Monsieur Arnaud PARENTY, mon maitre de mémoire. Durant toutes les étapes de ce travail, il m'a épaulée, s'est rendu très disponible et attentif. Je le remercie pour ses conseils avisés, sa réactivité et surtout son soutien, qui m'ont permis de mener à bien ce mémoire.*

*Je souhaite remercier également Monsieur Stanislas WOCH pour la disponibilité qu'il a accordée à ce travail en tant que président de jury.*

*Je remercie aussi Monsieur Fabien BOUTOILLE pour avoir accepté d'être présent à ma soutenance et d'avoir porté un intérêt à mon travail.*

*Je remercie Isabelle Marino, Directrice d'EHPAD, qui a suscité en moi l'envie d'exercer ce métier et qui m'a prouvé que cela était possible avec humanité.*

*Je tiens également à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à l'enquête, pour leur temps et leur réflexion.*

*Je remercie les membres de mon entourage et notamment mon conjoint Guillaume, pour leur compréhension et leur disponibilité durant ces derniers mois.*



# Sommaire

<b>Glossaire .....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>3</b>
<b>Partie I - Contextualisation.....</b>	<b>5</b>
Chapitre 1 - L'EHPAD d'aujourd'hui .....	5
Chapitre 2 - Evolution de la population sénior et de la dépendance.....	9
Chapitre 3 - L'EHPAD face à la politique de maintien à domicile .....	12
<b>Partie II – Les perspectives d'évolution des EHPAD.....</b>	<b>15</b>
Chapitre 1 – Evolutions structurelles et politiques .....	15
Chapitre 2 - Evolution du public accueilli .....	26
Chapitre 3 - Evolution de l'offre proposée .....	31
Chapitre 4 - Evolutions architecturales, urbaines et sociétales .....	37
Chapitre 5 - Alors, à quoi ressemble l'EHPAD de demain ?.....	42
<b>Partie III – Les perspectives d'évolution des compétences du métier de directeur d'EHPAD.....</b>	<b>44</b>
Chapitre 1- Présentation de l'enquête .....	44
Chapitre 2 – Le métier de directeur d'EHPAD dans la littérature.....	47
Chapitre 3 - Analyse des résultats de l'enquête et comparaison avec la littérature.....	49
Chapitre 4 – Quelles sont les compétences du directeur de l'EHPAD de demain ?.....	55
<b>Conclusion .....</b>	<b>61</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>I</b>



## Glossaire

AGGIR (grille) : Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANESM : Agence Nationale de l'évaluation de la qualité des Etablissements et des services Sociaux et Médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée pour l'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASG (formation de spécialisation soignante) : Assistant de Soins en Gérontologie

ASV (loi) : Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

C POM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

ESAD : Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GIR : Groupe Iso Ressource

GMP : GIR Moyen Pondéré

HAD : Hospitalisation à Domicile

HPST (loi) : Hôpital Patient Santé et Territoire

LFSS (loi) : Financement de la Sécurité Sociale

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PAI : Plan d'Aide à l'Investissement

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PMR : Personne à Mobilité Réduite

PSD : Prestation Spécifique Dépendance

RH : Ressources Humaines

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

UVA : Unité de Vie Adaptée

UVP : Unité de Vie Protégée

## Introduction

---

Une forme de désolidarisation familiale a été observée au cours des années 1960 : l'hébergement des générations âgées au sein du foyer se pratique de moins en moins et tend à disparaître à la fin des années 1990<sup>1</sup>. Cette restructuration familiale aboutit au modèle nucléaire commun actuel, consistant à vivre à deux générations dans le même habitat.

La prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue donc un enjeu majeur de notre société et nos politiques depuis les années 60 et plus fortement depuis les années 90.

L'hébergement en institution devient le modèle commun et accélère le développement des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

En parallèle, l'espérance de vie de la population ne cesse d'augmenter. Le nombre de personnes de plus de 60 ans est en hausse constante, ainsi que le nombre de ces personnes présentant une dépendance. L'Institut National des Statistiques des Etudes Economiques (INSEE) prévoit entre aujourd'hui et 2050 un passage de 1,17 millions à 2,3 millions de personnes âgées dépendantes en France Métropolitaine<sup>2</sup>. La politique actuelle et depuis quelques années est en faveur du maintien à domicile, tout comme la volonté des personnes âgées.

Comment les EHPAD vont-ils devoir évoluer pour répondre aux besoins de la population et devenir attractifs ? Comment vont-ils devoir adapter leurs offres en prenant en compte l'augmentation de la moyenne d'âge de la population qui s'accompagne de multiples pathologies, démences et troubles cognitifs chez les personnes âgées ? Et comment le directeur de ces établissements va-t-il pouvoir susciter et accompagner les EHPAD dans leurs évolutions ?

C'est par ces questionnements, suscités par la littérature, mon expérience de terrain en EHPAD en tant que soignante et durant mes études de management des établissements sociaux et médicaux-sociaux, que j'ai abouti à la problématique suivante :

**Quelles sont les perspectives d'évolution de l'EHPAD et celles du métier de directeur de ces établissements ?**

---

<sup>1</sup> VILLEZ A., (2007). EHPAD, la crise des modèles. In : Gérontologie et société, volume 30, n°123, 2007, p. 306. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-169.htm>

<sup>2</sup> INSEE (2014). Tableaux de l'économie française, édition 2014. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>

La réponse à cette problématique apparaîtra au cours de ce mémoire de fin d'études qui s'articulera autour de trois grandes parties.

La première a pour objectif de contextualiser l'EHPAD d'aujourd'hui, en lien avec les évolutions démographiques et en santé constatées et prévues, et d'identifier la place de cet établissement face à la politique de maintien à domicile.

La seconde partie aborde les perspectives d'évolution de l'EHPAD sur base de littérature et de réflexion, et aboutit à définir l'EHPAD de demain à travers les six dimensions de la méthode PESTEL.

La troisième et dernière partie de ce travail est alimentée par la littérature et les réponses à une enquête menée auprès des directeurs d'EHPAD. Elle permet d'aboutir à six grandes recommandations à destination des directeurs d'EHPAD et des instituts formant ces profils. Ces recommandations constituent une forme de guide, mettant en parallèle ce que sera l'EHPAD de demain et les compétences qui permettront d'y parvenir, nécessaires aux directeurs de ces futurs établissements dès à présent pour assurer leur évolution, et à l'avenir pour les diriger.

# Partie I - Contextualisation

---

## Chapitre 1 - L'EHPAD d'aujourd'hui

### *Définition et statut*

Les EHPAD, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, sont définis par la CNSA<sup>3</sup> comme étant «*des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre*». Les EHPAD accueillent des personnes de 60 ans et plus, sauf dérogation, nécessitant des actes de soins quotidiens, justifiant la présence de soignants et autres corps de métiers au sein de ces établissements.

En termes de statuts, les EHPAD peuvent être :

- Publics,
- Associatifs et relevant du secteur privé à but non lucratif,
- Privés commerciaux, relevant du secteur privé à but lucratif.

Une étude intitulée l'Observatoire des EHPAD, réalisée par KPMG<sup>4</sup>, affirme que les EHPAD en France représentaient en 2012 une capacité d'accueil de 564 045 places en hébergement permanent. Elle précise également que le statut « gestionnaire » le plus représenté en nombre d'établissements était le secteur public avec 43 % des EHPAD, suivi du secteur privé à but non lucratif (31 %) et enfin du secteur privé commercial (26 % des EHPAD).

Une autre étude menée par Uni Santé<sup>5</sup>, la France totalisait en 2014 un nombre de 7368 EHPAD, pour 45% publics, 31% privés associatifs (privés à but non lucratif) et privés commerciaux pour 24% d'entre eux.

On observe donc entre 2012 et 2014 une augmentation de la part d'établissements publics (passage de 43 à 45%), une stagnation du nombre d'EHPAD privés à but non lucratif et une diminution de 2% de la part des établissements privés commerciaux.

---

<sup>3</sup> CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. *Les EHPAD*. Disponible en ligne : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>

<sup>4</sup> KPMG (2014). Observatoire des EHPAD. 58p, p.15. Disponible sur : <http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/05/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

<sup>5</sup> UNI SANTE (2015). Panorama des EHPAD en France. Avril 2015. Disponible sur : <https://www.conseildependance.fr/wp-content/uploads/2015/08/Panorama-des-EHPAD-en-France1.pdf>

## *Missions et accompagnement*

La mission première des EHPAD est d'accompagner les personnes âgées, grâce à une prise en charge globale et bien-traitante, sur les plans physique, psychique et social, 24h sur 24 et 7 jours sur 7 et ce en proposant diverses prestations visant le maintien de leur autonomie.

Les EHPAD peuvent proposer divers modes de prise en charge, tels que<sup>6</sup> :

- L'hébergement permanent, qui assure la prise en charge globale de la personne âgée, de façon adaptée à son degré de dépendance. L'établissement est alors le domicile du résident.
- L'hébergement temporaire, permettant à la personne âgée d'être accueillie d'une semaine à trois mois par an dans l'EHPAD et de participer à la vie collective de l'établissement sur cette période.
- L'accueil de jour, accueillant notamment les personnes atteintes de troubles cognitifs durant la journée.
- Les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR), pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, avec des troubles cognitifs et comportementaux sévères. Ces unités proposent en conséquence un environnement adapté et sécurisé.
- Les Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA), qui accueillent durant la journée les résidents atteints de troubles comportementaux légers et leur proposent des activités et une prise en charge adaptées.

Tous les EHPAD ne proposent pas l'ensemble de ces types d'accompagnements dont certains n'apparaissent que depuis quelques années au sein des établissements. Pour proposer certaines de ces prestations, beaucoup d'établissements nécessiteraient des aménagements, une réorganisation, et surtout des accords des autorités de tarification.

---

<sup>6</sup> ANAP, (2013). Le secteur médico-social, comprendre pour mieux agir. Disponible sur : <http://www.cnsa.fr/documentation/guide-secteur-ms-web.pdf>, p. 23-25. 148 p.

## *Prestations et tarification*

Les prestations proposées sont regroupées dans trois catégories de prix, correspondant aux trois groupes tarifaires permettant le financement des EHPAD<sup>7</sup> :

- **Le tarif hébergement** est à la charge du résident. Il comprend l'ensemble des prestations minimales proposées par les établissements mais peut également comprendre d'autres prestations non incluses dans les prestations minimales obligatoires. Ces prestations minimales ont été instaurées par la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (loi ASV)<sup>8</sup>, qui impose aux EHPAD depuis son entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016, de prévoir un ensemble de prestations établies par décret<sup>9</sup>.

Concernant les résidents non habilités à l'aide sociale d'hébergement (ASH), le tarif hébergement est fixé librement par l'établissement.

Le tarif hébergement appliqué aux résidents habilités à l'aide sociale est quant à lui fixé par le conseil départemental.

Tous les EHPAD ne sont pas habilités à l'aide sociale, ce qui signifie que certains ont des places pour personnes habilitées, et d'autres non. De cela dépend le pourcentage d'augmentation annuelle du tarif d'hébergement.

A l'entrée des résidents, l'EHPAD devient leur résidence principale, ce qui peut, sur conditions de ressources, leur permettre de toucher les APL et alléger leur participation au tarif hébergement.

- **Le tarif dépendance** est lui aussi à la charge du résident. Il est fixé par le conseil départemental pour un an, et dépend du GIR Moyen Pondéré (GMP) de l'établissement, qui est calculé sur base de l'état de dépendance des résidents. Le Groupe Iso Ressource (GIR) est déterminé grâce au remplissage de la grille Autonomie Gérontologique-Groupe Iso-Ressources (grille AGGIR), remplie par le médecin coordinateur de l'établissement au moment de la préadmission, voire parfois lors de l'entrée en résidence.

---

<sup>7</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Comprendre sa facture en EHPAD. Disponible sur : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/comprendre-sa-facture-en-ehpad>.

<sup>8</sup> Loi ASV : loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement. Disponible sur : [www.unccas.org/IMG/pdf/fp\\_loi\\_asv\\_ehpad\\_cc.pdf](http://www.unccas.org/IMG/pdf/fp_loi_asv_ehpad_cc.pdf)

<sup>9</sup> La liste de ces prestations est en annexe 1

C'est également sur base de cette grille AGGIR que les résidents peuvent prétendre à l'allocation pour l'autonomie (APA) sous conditions de ressources, selon leur degré d'autonomie<sup>10</sup>, permettant alors d'alléger leur participation au forfait dépendance.

Le classement des GIR se fait par numéro, de 1 à 6, le GIR 1 reflétant un état de grande dépendance, et le GIR 6 considérant que la personne est autonome.

- **Le forfait soin** comprend les soins médicaux et paramédicaux dont nécessite le résident, qu'ils soient liés à l'état de santé ou de dépendance<sup>11</sup>. Ce forfait est négocié et convenu entre le département, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le gestionnaire de l'établissement et inscrit dans la convention tripartite. Il est versé directement à l'établissement par l'Assurance Maladie, et permet notamment de couvrir la rémunération du personnel médical, paramédical et social intervenant au sein de l'EHPAD. Selon l'étude « *L'Observatoire des EHPAD* » réalisée par KPMG<sup>12</sup>, « *au 31 décembre 2012, 6 768 EHPAD se sont vus notifier, de la part des ARS, des crédits d'assurance maladie nécessaires à la prise en charge des personnes âgées résidant en EHPAD et, en particulier, au financement des charges de la section soins* ».

La grille PATHOS, utilisée par le médecin coordinateur de l'EHPAD, permet de déterminer le degré de soins nécessaires à la prise en charge du nouveau résident. Une réévaluation dans l'année N+2 suivant la signature de la convention tripartite doit être réalisée, en parallèle de la réévaluation AGGIR, afin de suivre l'évolution du degré de besoin en soins et de dépendance des résidents<sup>13</sup>. En effet, au fur et à mesure des années suivant l'entrée en EHPAD, les résidents présentent généralement un degré de dépendance plus avancé. C'est la détermination de ce degré de dépendance qui permet à l'établissement de s'adapter aux besoins de la population accueillie, en matière de personnel comme de prestations.

Mais l'évaluation du GIR et du PATHOS du résident dès l'entrée reste primordiale, notamment au regard des données démographiques en matière d'âge et de dépendance et de ce qu'elles prévoient.

---

<sup>10</sup> SERVICE PUBLIC. *Qu'est-ce que la grille AGGIR*. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>.

<sup>11</sup> MAISONS DE RETRAITE. *Que comprennent les tarifs d'une maison de retraite ?* Disponible sur : <http://www.maisons-de-retraite.fr/Demarches-et-aides-financieres/Le-prix-d-une-maison-de-retraite/Que-comprennent-les-tarifs-d-une-maison-de-retraite>

<sup>12</sup> KPMG (2014). *Observatoire des EHPAD*, p.15. 58p. Disponible sur : <http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/05/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

<sup>13</sup> BRISSAUD E. *La procédure des évaluations Aggir et Pathos décryptée*. In : Direction, janvier 2014. Disponible sur : <http://www.directions.fr/Veille-juridique/dernieres-infos/financement-tarifcation/La-procedure-des-evaluations-Aggir-et-Pathos-decryptee--2018365W/>

## Chapitre 2 - Evolution de la population sénior et de la dépendance

### Prévisions statistiques

L'espérance de vie en France est en constante augmentation, les personnes vivent de plus en plus longtemps. Ceci induit une plus grande proportion de la population étant constituée de personnes âgées (de plus de 60 ans) et représentant une part très hétérogène en termes de dépendance.

L'Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE) affirme qu'en 2050, un habitant sur trois serait âgé de plus de 60 ans, en comparaison avec 2005, où il était question d'une personne sur cinq<sup>14</sup>.

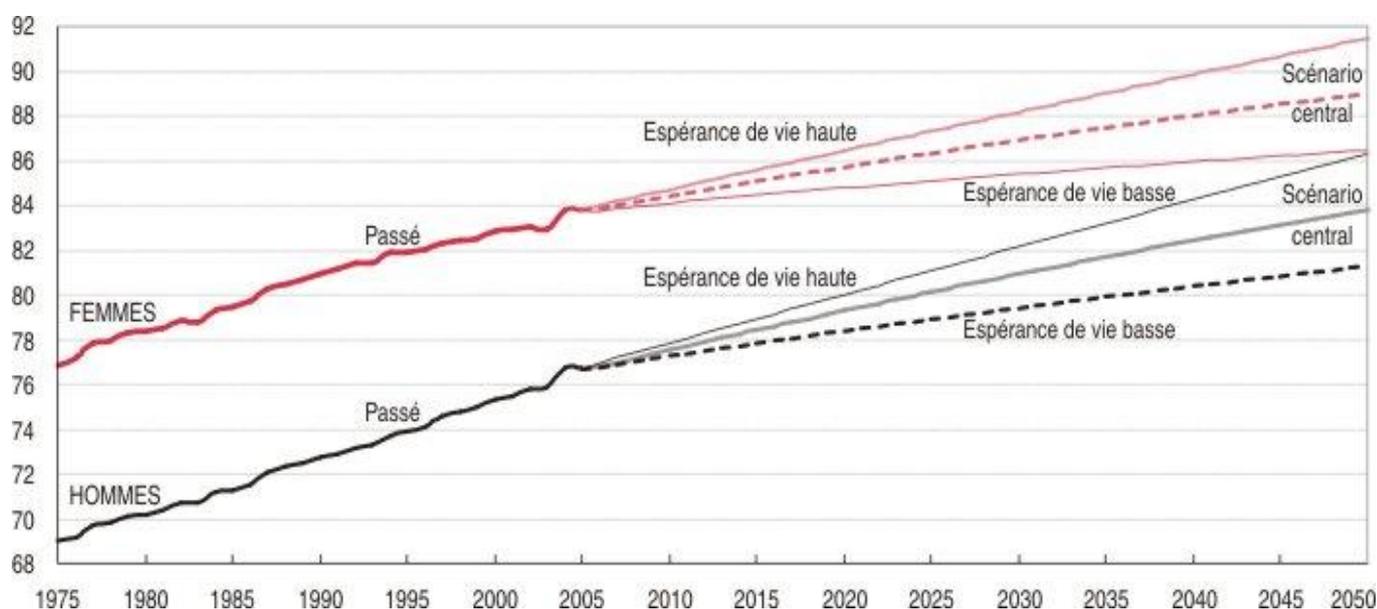


Figure 1 : Évolutions passées et futures de l'espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes entre 2005 et 2050, selon trois hypothèses. France métropolitaine ; Source : Insee, projections de population 2005-2050.

Ce vieillissement de la population est en lien avec l'âge aujourd'hui avancé des Babyboomers, personnes issues du Babyboom des années 1930. Ce phénomène est appelé PapyBoom. A partir de la constatation de l'espérance de vie de la population française, le lien avec l'âge des personnes accueillies en EHPAD peut être fait.

<sup>14</sup> ROBERT BOBEE I. *Projection de population de la France métropolitaine pour l'horizon 2050, la population continue de croître et le vieillissement se poursuit.*, n°1089, 2006. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>

## *Lien avec la population des EHPAD*

Selon la récente étude « EHPAD, vers de nouveaux modèles », menée par KPMG<sup>15</sup>, l'âge d'entrée en établissement recule avec les années, du fait de la politique de maintien à domicile et de la volonté des personnes âgées. A leur entrée, les personnes sont donc plus âgées qu'il y a quelques années, et présentent un plus haut degré de dépendance, qui souvent est la raison de leur entrée en établissement. De plus, les principales causes d'entrée actuelles en EHPAD sont la dégradation de l'état de santé général des personnes ainsi que l'apparition de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés. En effet, parmi les personnes âgées accueillies, plus de 30% en sont atteintes<sup>16</sup>.

Flavie Dufour, auteure de nombreux articles au sujet des EHPAD, rejoint entièrement l'étude KPMG et affirme que étant « *plus nombreux, les séniors vivent plus vieux [...] Conséquence ? Une entrée en établissement plus tardive et une dépendance accrue* »<sup>17</sup>.

Cette évolution de l'âge d'entrée en EHPAD n'est pas récente. En effet, l'âge moyen d'entrée en EHPAD était de 80 ans à la fin des années 90, de 83,5 ans en 2007, pour atteindre 85 ans en 2013. En 2014, la moyenne d'âge des résidents en EHPAD était de 86,6 ans pour les femmes et 84,2 ans pour les hommes<sup>18</sup>.

En parallèle de cet accroissement de la part des personnes âgées au sein de notre population, ces dernières n'ont jamais été aussi autonomes. Avec le vieillissement de la population, l'âge d'apparition de la dépendance recule, et atteint non pas la part âgée de la population, mais les personnes très âgées. Il est prévu « *à travers [l'] augmentation de la population âgée, une croissance particulièrement élevée des personnes de plus de 85 ans* »<sup>19</sup>. C'est cette portion des personnes âgées que les EHPAD accueillent principalement, augmentant la moyenne d'âge des résidents, ainsi que les besoins en matière de dépendance. En effet, les résidents entrants présentent des poly-pathologies et une forte diminution de leur autonomie, ne leur permettant plus de rester à domicile en bénéficiant de soins ponctuels ni même pluriquotidiens.

Cette augmentation du niveau de dépendance est confirmée par le GIR des personnes accueillies en EHPAD. En effet, « *fin 2011, les personnes évaluées en groupes iso-*

---

<sup>15</sup> KPMG (2015). EHPAD, vers de nouveaux modèles ? Avril 2015. Disponible sur :

<https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF>

<sup>16</sup> SYNERPA. Les séniors, le chantier de la décennie, repère pour 2025. Disponible sur :

[http://www.synerpa.fr/maj/upload/produit/produit\\_7.pdf](http://www.synerpa.fr/maj/upload/produit/produit_7.pdf)

<sup>17</sup> DUFOUR F., (2016). *EHPAD, un modèle à réinventer*. In : Direction[s], n° 141, avril 2016, p.21.

<sup>18</sup> ARNAIZ-MAUME F., (2015). Les séniors, le chantier de la décennie, repère pour 2025. SYNERPA, mai 2015.

<sup>19</sup> BRAMI G. La nouvelle conception des EHPAD. Editions Les études Hospitalières, Bordeaux, 2012, p.12. 445p.

ressources (GIR) 1 à 4 représentaient 89% des résidents en EHPAD, pour un GIR moyen pondéré de 700 (contre 663 fin 2007).»<sup>20</sup>

Le tableau suivant, présentant les caractéristiques en matière d'autonomie de chaque GIR, permet de comprendre le niveau de dépendance actuel au sein des EHPAD, et, selon les projections de la population future, d'en déterminer le degré de dépendance à venir.

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants</li> <li>• Ou personne en fin de vie</li> </ul>
Gir 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante</li> <li>• Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente</li> </ul>
Gir 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels</li> </ul>
Gir 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage,</li> <li>• Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas</li> </ul>
Gir 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage</li> </ul>
Gir 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante</li> </ul>

Figure 2 : Degré de dépendance en fonction du GIR - Source<sup>21</sup> : Qu'est-ce que la grille AGGIR, service-public.fr

Mais l'évolution de la population n'est pas le seul facteur d'augmentation de la moyenne d'âge au sein des EHPAD et de la diminution du degré d'autonomie des résidents. La politique de maintien à domicile, développée depuis 50 ans, a en effet contribué à ce que les personnes vivent plus longtemps chez elle. La conséquence de cette politique sur les EHPAD est qu'elle retarde l'âge d'entrée en établissement, qui se fait alors lorsque la dépendance des personnes ne permet plus le maintien à domicile.

<sup>20</sup> DUFOUR F., (2016). *EHPAD, un modèle à réinventer*. In : Direction[s], n° 141, avril 2016, p.21.

<sup>21</sup> Qu'est-ce que la grille AGGIR. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

### Chapitre 3 - L'EHPAD face à la politique de maintien à domicile

Le rapport Laroque de 1962 pose pour la première fois la question de la place de la vieillesse dans la société, et de la responsabilité de chacun face à ce processus de vie inévitable mais méritant respect et dignité<sup>22</sup>. Ce rapport met en exergue la nécessité des aide-ménagères au domicile des personnes en dévoilant les conditions de vie insalubres dans lesquelles certaines personnes âgées vivent. Ce rapport est par la suite renforcé par une circulaire du 28 janvier 1977 visant le développement des services ménagers chez les personnes âgées afin de favoriser leur maintien à domicile. Cependant, les observations poussent à se poser la question de l'aménagement du domicile des personnes, qui même avec une aide récurrentes, éprouvent des difficultés à rester autonomes dans leurs logements du fait de l'inadaptation des lieux à leur vieillissement et à l'apparition de dépendances diverses. Le rapport Laroque supporte alors l'attribution d'aides financières en vue de l'amélioration et l'adaptation de l'habitat. Face à cette problématique, les anciens foyers logements sont créés vers la fin des années 70, récemment renommés résidences autonomes. Leur but est de proposer un habitat adapté aux personnes âgées, mais également de rompre avec la solitude de ces personnes, qui constitue aussi une conclusion du Rapport Laroque.

Ce n'est qu'en 1982 qu'est promulguée la loi Deferre, qui responsabilise les départements en matière d'aide et d'action sociale par la décentralisation<sup>23</sup>.

La fin des décisions politiques des années 2000 est finalement ponctuée par la création de la prestation spécifique dépendance (PSD). Cette aide est allouée sous conditions de ressources et sur base du degré de dépendance de la personne, évalué avec la grille AGGIR. Elle a pour objectif de permettre aux bénéficiaires de financer une aide aux actes de la vie quotidienne.

En 2001, l'ASD est remplacée par l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA), qui contrairement à la précédente, n'est pas attribuée sous conditions de ressources. Le montant de l'APA est déterminé sur base de l'évaluation de la grille AGGIR. Les financements sont alors attribués en fonction du GIR de la personne, et deux groupes de financements se distinguent : les personnes en GIR 1 à 4, considérées comme

---

<sup>22</sup> Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille. (1962) Rapport LAROQUE, op, cit., p. 271.

<sup>23</sup> CLERMIDY L., (2017). *Politique de maintien à domicile : quelles opportunités, quelles menaces pour les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes ?* Mémoire de fin d'étude de la 2<sup>ème</sup> année de Master, 2017, p.7.

dépendantes, et les personnes en GIR 5 et 6, considérées comme autonomes<sup>24</sup>. Toujours en 2001, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), lieux d'accueil et d'informations pour les personnes âgées et leur entourage, sont créés.

De nombreux dispositifs de coordinations gérontologiques se sont développés, tels que les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) en 2008<sup>25</sup> et le programme Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA). Ce dernier est fondé sur l'article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) en 2013.

La politique de maintien à domicile a ensuite été accentuée par la loi du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale (loi Borloo). Cette loi a favorisé le développement du maintien à domicile en facilitant l'accès aux services à la personne, et plus récemment en revalorisant l'APA et par une reconnaissance des conditions des aidants avec la loi ASV de 2016<sup>26</sup>.

Toujours en 2016, le rapport de la cour des comptes est publié. Celui-ci s'interroge sur le bon fonctionnement et la pertinence de la politique de maintien à domicile en place. Le rapport émet des recommandations portant entre autres sur une meilleure connaissance des besoins des personnes prises en charges, un meilleur pilotage de la politique et une évaluation du reste à charge du patient concernant le maintien à domicile qui augmente.

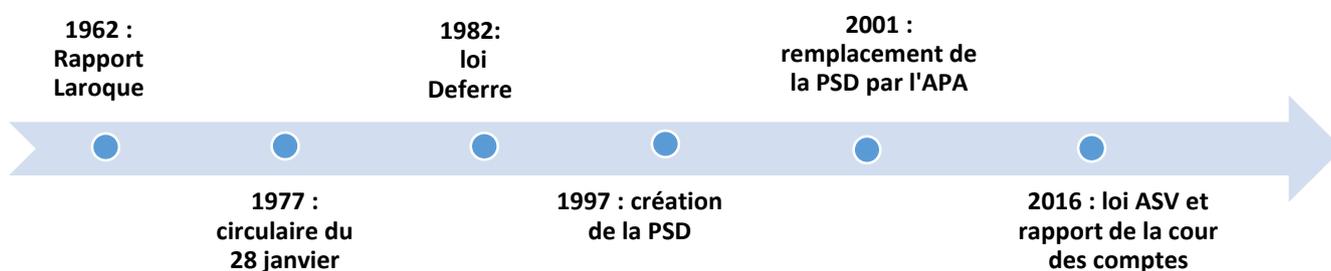


Figure 3 : Evolution chronologique des interventions de la politique du maintien à domicile

Tout est donc mis en œuvre pour que les personnes âgées puissent rester le plus longtemps possible à leur domicile, et donc entrer en EHPAD uniquement en dernier recours, quand le degré de dépendance est trop élevé pour permettre un maintien à domicile. Les financements ont favorisé la politique de maintien à domicile, au détriment des EHPAD années après années. L'ensemble de ces facteurs contribue à l'image de l'EHPAD, qui est

<sup>24</sup> ENNUYER B., (2007). Regards sur les politiques du maintien à domicile. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-153.htm>

<sup>25</sup> COORDINATION DE GERONTOLOGIE. MAIA. Disponible sur : <http://coordination-gerontologie.fr/maia/>

<sup>26</sup> LA DOCUMENTATION FRANCAISE. Chronologie. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/dependance-personnes-agees/chronologie.shtml>

alors catalogué comme accueillant des personnes extrêmement dépendantes, rejoignant alors l'idée de fin de vie et de mourir. On peut cependant se demander quelles seront les conséquences politiques s'il s'avérait que le prochain rapport de la cours des comptes démontrait que le coût du maintien à domicile est plus important que celui de l'hébergement en établissement. Les moyens se tourneraient-ils alors vers l'EHPAD ?

Les EHPAD sont donc destinés à accueillir une population de plus en plus âgée et de plus en plus dépendante. Etant donné l'augmentation des demandes d'admission, leur nature et les moyens alloués aux établissements médico-sociaux, l'EHPAD sera amené à se transformer voire à muter. Plusieurs évolutions sont apparues ces dernières années, notamment en termes de prise en charge des personnes présentant des troubles cognitifs : les unités de vie spécifiques, des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), des Unités d'Hébergement Renforcé (UHR), et l'embauche de nouveaux corps de métiers se développant et s'adaptant à l'évolution de la population accueillie (spécialités gériatriques des paramédicaux et personnels sociaux, ergothérapeutes, kinésithérapeutes...).

Cependant, des changements plus profonds, notamment structurels, de population accueillie, de prestations, ainsi qu'architecturales et sociétales seront nécessaires à l'EHPAD afin de lui permettre de mener à bien sa mission. En proposant des services adaptés aux personnes accueillies, et non pas auxquels les personnes âgées vont devoir s'adapter, et en s'ouvrant sur son territoire, l'EHPAD sera amené à faire évoluer son offre.

## Partie II – Les perspectives d'évolution des EHPAD

---

### Chapitre 1 – Evolutions structurelles et politiques

#### Section 1 – La course à la taille dans une politique et une réglementation en mouvement

Des changements structurels sont observables depuis quelques années dans le secteur Médico-social<sup>27</sup>.

Concernant spécifiquement les EHPAD, les mono-établissements à but privé non lucratif gérés individuellement montrent une tendance au regroupement afin de former des groupes, régionaux ou nationaux de moyenne ou grande taille.

Le secteur privé commercial quant à lui, entreprend des fusions et des rachats, et se développe dans une vision quasi systématiquement nationale voire internationale.

L'augmentation de la taille des établissements, des groupements et entreprises, est l'objectif visé par les gestionnaires du marché et va continuer à s'opérer et à s'accroître sur les prochaines années.

Ces changements structurels sont en lien avec l'aspect économique mais également avec la politique du secteur. En effet, le regroupement et la fusion permettent plus aisément de mutualiser les fonctions supports. Ceci se traduit par le fait de partager un médecin coordinateur, un infirmier coordinateur, une cuisine, sur plusieurs établissements, permettant de baisser le coût de fonctionnement tout en proposant un service de qualité. Ces changements structurels de regroupement et de fusion permettent également d'optimiser le prix des contrats avec les prestataires, d'être plus attractif par une diversification de certaines prestations, et de travailler l'image de marque. Finalement, le but est une diminution des charges de structure, une meilleure rentabilité, et donc une réelle viabilité du service, tout en proposant une offre qui reste de qualité, avec plus de personnel au contact du résident.

Mais pourquoi ces évolutions structurelles s'opèrent-elles ?

---

<sup>27</sup> KPMG (2015). EHPAD, vers de nouveaux modèles ? Avril 2015. Disponible sur : <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF>

### *L'image de l'EHPAD, à redorer comme une image de marque*

L'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est rarement attractif. Ce sont plus souvent les familles, principalement les enfants et aidants, qui envisagent cette option, comme une forme de solution pour leur parent âgé dépendant. L'image que renvoie l'EHPAD s'apparente plus à celle d'un mouvoir, d'un « hospice » comme il est souvent entendu encore aujourd'hui, plutôt qu'à un lieu de vie. Pour beaucoup, l'entrée en EHPAD rime avec fin de vie, fin de projets personnels, fin de liberté. A cela s'ajoute une vision sociologiquement perturbante de la vieillesse vue par les personnes âgées. Combien de fois entendons-nous « *je ne veux pas aller avec tous ces vieux* » ou parler « *du vieux là-bas* » de la part de personnes plus âgées que celles qu'elles désignent<sup>28</sup> ? Le refus de l'EHPAD va avec le refus de vieillir, d'être dépendant, d'abandonner sa vie active au profit d'une vie en institution.

Par le regroupement, la fusion, parfois le rachat, les EHPAD tendent à faire partie d'un ensemble pour lequel il est plus facile de renvoyer une image positive que pour un seul établissement. Les groupes peuvent travailler ensemble sur l'image renvoyée par les EHPAD, les rendre plus attractifs. Il est en effet plus évident pour un ensemble de structures d'être visibles à différents endroits et donc de véhiculer une image, des valeurs, comme le ferait une marque. Lorsqu'un nom de groupe national ou international est évoqué, cela renvoie à une image travaillée, ce qui n'est pas toujours le cas des établissements des petits regroupements ou indépendants.

### *Le renforcement de la réglementation, un appel à la transparence*

Malgré une politique majoritairement orientée vers le maintien à domicile, la réglementation ne laisse pas les EHPAD en marge.

- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>29</sup> a considérablement renforcé les droits et libertés des résidents à travers sept droits fondamentaux :
  - Le respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité
  - Le libre choix entre les prestations domicile/établissement

---

<sup>28</sup> HUMMEL, Cornelia, TETTAMANTI, Manuel. Le vieux c'est l'autre. In: *Au fil du temps, le jeu de l'âge*. Editions Infolio, 2009. p. 122-126. Disponible sur : <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:83325>

<sup>29</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

- La prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé
- Le respect de la confidentialité des données concernant le résident
- L'accès à l'information
- L'information sur les droits fondamentaux et les voies de recours
- La participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement

Ces droits aux résidents et aux familles conduisent les établissements à écrire leur livret d'accueil, règlement de fonctionnement, à formaliser leurs dossiers, demander une personne référente, mettre en place un conseil de vie sociale (CVS)... le tout dans un objectif de parfaite information du résident sur les modalités de sa prise en charge par l'établissement mais également pour lui procurer une voix de décision, notamment grâce au CVS.

- La loi Hôpital Patient Santé et Territoires (loi HPST), aussi appelée loi Bachelot, ordonne le calendrier des évaluations internes et externes incombant aux EHPAD. Les résultats de ces évaluations doivent être communiqués aux autorités de contrôle et de tarification. Les EHPAD sont tenus à certaines obligations de résultats quant aux résultats d'évaluation annoncés.
- L'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), créée en 2007 mais instituée par la loi HPST, publie régulièrement des recommandations à destinations entre autres des EHPAD. Cela donne une référence aux établissements, leur indique la marche à suivre afin de répondre à la réglementation et leur procure également des pistes concernant les manières de procéder afin de parvenir aux résultats escomptés. L'ANESM a également mission d'habiliter les organismes extérieurs à procéder aux évaluations externes des établissements.
- La loi ASV, en plus d'exiger des EHPAD un socle minimal de prestations, appelle les établissements à faire muter progressivement leurs conventions tripartites vers un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Cela implique certains changements dans les procédés budgétaires, tels que la transformation des programmes d'investissement en Etat Prévisionnels des Recettes et des Dépenses (EPRD). Afin d'aider les gestionnaires dans ces nouvelles tâches, l'Agence Nationale

d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux<sup>30</sup> (ANAP) leur propose un kit d'outils d'aide à l'élaboration de ces nouveaux documents. D'autre part, la loi ASV a créé la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), afin de financer la modernisation et la création des EHPAD.

A cette réglementation s'ajoutent des normes telles que celles relatives à l'accessibilité, la sécurité-gestion des risques, à l'incendie, à l'hygiène, ou encore d'autres relatives aux services support comme la norme RABC en lingerie. Leur accumulation provoque une souffrance des établissements dans leur rapport coût-bénéfice, même si tous reconnaissent l'importance et l'aspect positif de ces normes dans le cadre de leur mission d'accueil et de protection des personnes âgées<sup>31</sup>.

Ainsi, la mauvaise image de l'EHPAD ayant un effet miroir sur les personnes âgées, la politique de maintien à domicile générant une forme de concurrence EHPAD-domicile, et la difficulté pour les établissements de répondre à l'ensemble des réglementations, normes, préconisations auxquelles ils sont tenus, poussent une réorganisation du secteur.

Les établissements sont à la recherche de restructuration leur permettant de rester viables. Cette problématique concerne surtout les établissements indépendants, nommés mono-établissement, mais également ceux proposant petit nombre de places d'hébergement<sup>32</sup>. Ils sont plus nettement impactés par l'augmentation des coûts de fonctionnement et chercheront donc à former des groupements avec d'autres établissements dans le but de mutualiser la majorité de leurs fonctions support. De plus, pour être économiquement viable, un EHPAD doit pouvoir au moins accueillir 90 résidents, et maintenir un taux d'occupation supérieur à 97%. Face aux pressions économiques sur les financements et les tarifs, l'option des petits EHPAD sera donc de se regrouper avec d'autres établissements. Ils pourront également s'agrandir, mais cette option ne permettra pas toujours la mutualisation qui est simplifiée par un regroupement et implique de grands investissements financiers.

La mutualisation peut en effet toucher plusieurs fonctions des EHPAD :

- La cuisine, qu'il est possible de proposer en liaison froide ou chaude si elle est mutualisée et provient d'un autre établissement

---

<sup>30</sup> ANAP. Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social - Guide méthodologique d'appui à la contractualisation. Disponible sur : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/negocier-et-mettre-en-oeuvre-les-cpom-dans-le-secteur-medico-social-guide-methodologique-dappui-a-la-contractualisation/>

<sup>31</sup> CAISSE DE DEPOT. Personnes âgées - Ehpads : les normes les plus lourdes doivent être révisées. Disponible sur : <http://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/ContentServer?pagename=Territoires/LOCActu/ArticleActualite&cid=1250269905883>.

<sup>32</sup> KPMG (2015). EHPAD, vers de nouveaux modèles ? Avril 2015. Disponible sur : <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF>, p.33-37.

- Le service animation, permettant des animations de plus grande ampleur
- La gestion du linge
- Un référent qualité-gestion des risques mutualisé sur plusieurs établissements
- La communication, afin de travailler l'image de marque, être plus attractif
- La direction, qui peut également être mutualisée
- Le médecin coordinateur, pouvant être partagé avec plusieurs EHPAD
- Le service technique, permettant alors de toujours avoir quelqu'un de qualifié sur place sans toujours faire appel à des services extérieurs
- La gestion des Ressources Humaines (RH), qui peut devenir un département spécialisé, pour plusieurs établissements
- Des services d'activités, types sport adapté, dont l'offre est plus attrayante pour un intervenant si un groupe lui propose d'intervenir sur plusieurs établissements au cours de la semaine, plutôt que sur un seul une fois par semaine
- En dehors des services, les ressources matérielles peuvent être mutualisées : minibus, jeux extérieurs, camions de transport, matériel technique...

En lien avec ces perspectives, l'étude KPMG de 2015<sup>33</sup> anticipe une concentration massive des EHPAD, et envisage une très nette diminution du nombre de mono-établissements.

Les groupes commerciaux vont continuer à s'étendre et conforter leur ancrage territorial en augmentant la capacité d'accueil de leurs établissements mais également leur nombre. Il se pourrait également que les grands groupes fusionnent afin de réduire la concurrence la plus rude et récupérer des parts de marché. D'ailleurs, l'étude KPMG prévoit sur la prochaine décennie une forme d'équilibre de la place occupée par chaque statut d'EHPAD, au détriment du secteur public et au profit des groupes commerciaux. Les EHPAD tendent donc à s'agrandir, se regrouper ou fusionner, dans un but de viabilité économique par la mutualisation des services supports mais également de meilleure qualité de service par l'adéquation aux normes et à la réglementation.

Cependant, cette démarche de course à la taille n'est-elle pas en contradiction avec la volonté des personnes ? Si les personnes souhaitent rester à domicile, l'option d'entrer dans un établissement accueillant plus d'une centaine de résidents n'accentue-t-elle pas la perception de déshumanisation de la prise en charge ? N'est-elle pas en contradiction avec le fait que les personnes âgées souhaitent plus d'attention, de care et non de soins, et ne

---

<sup>33</sup> KPMG (2015). EHPAD, vers de nouveaux modèles ? Avril 2015. Disponible sur : <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF>. p.33-37.

pas être considérées comme des numéros, perdus dans la masse ? N'est-elle pas l'inverse du domicile, où les personnes sont attachées au fait de connaître leurs voisins ?

Si la taille devient la norme, alors la question ne se posera plus. L'attractivité se jouera alors non plus sur la structure à taille humaine l'emplacement de l'établissement, les prestations proposées, la qualité des infrastructures modernes et confortables et du lien facilité avec l'offre gérontologique sur le territoire.

## Section 2 – L'EHPAD à la croisée des chemins, perspectives pour demain

Actuellement, l'EHPAD est centré sur sa mission première : prendre soin de ses résidents à travers une prise en charge globale et adaptée. L'EHPAD, de par son image, est perçu comme une sorte de destination finale, d'où l'on ne sort plus une fois que l'on y est entré.

Pourquoi ne pas proposer à l'avenir l'EHPAD non pas comme un lieu de non-retour, mais comme un pilier dans la prise en charge de la personne âgée ?

Certains établissements ont déjà commencé à diversifier leurs prestations, notamment avec l'apparition récente de l'EHPAD à domicile, par le biais duquel les équipes des EHPAD assurent les interventions en lien avec la téléalarme au domicile des personnes. Mais il serait possible d'aller plus loin dans la diversification et l'ouverture des services de l'EHPAD sur l'extérieur, dans l'objectif de répondre à un besoin existant qui ne cessera de s'accroître.

### *L'hébergement temporaire*

L'offre des EHPAD actuels repose principalement sur l'hébergement permanent. Certains proposent également de l'hébergement temporaire, mais cela se limite à quelques places voire une seule au sein de l'établissement, ce qui ne comble pas les besoins actuels<sup>34</sup>.

Les problématiques auxquelles l'hébergement temporaire répond sont :

- L'épuisement des aidants. Il serait opportun de proposer l'hébergement temporaire non pas principalement comme prémisses à l'hébergement permanent, ce qui est souvent le cas, mais comme une succession de périodes au cours de l'année durant lesquelles les personnes intègrent l'EHPAD afin de laisser du répit aux aidants.
- La préparation d'entrée en hébergement permanent des personnes

---

<sup>34</sup> SYNERPA. Les séniors, le chantier de la décennie, repère pour 2025. Disponible sur : [http://www.synerpa.fr/maj/upload/produit/produit\\_7.pdf](http://www.synerpa.fr/maj/upload/produit/produit_7.pdf). p.15.

- La problématique de prise en charge à la sortie d'une hospitalisation ou une convalescence en centre de rééducation, réhabilitation.

### *EHPAD et accueil de jour*

De même, en lien avec le domicile, l'EHPAD pourrait proposer certains services, favorisant le lien social et évitant l'isolement des personnes âgées, en invitant systématiquement les personnes vivant à domicile à certaines activités comme des événements festifs ou des ateliers, luttant contre la perte d'autonomie. Pour cela, une relation forte avec les services à domicile et les familles pourrait permettre la mise en place de l'aide au déplacement de ces personnes. Une forme d'accueil de jour en EHPAD en soi. Bien sûr, cela nécessite une capacité d'accueil des espaces collectifs de l'établissement et la question peut-être travaillée par plusieurs établissements. L'offre pourrait également être élargie pour le service de restauration de l'EHPAD. Les personnes au domicile, plutôt que demander l'intervention d'une aide pour les courses et la préparation des repas, pourraient bénéficier d'un service de transport et partager un moment convivial durant un repas avec des personnes de l'EHPAD.

### *EHPAD et accueil de nuit*

Sur le même schéma que l'accueil de jour par les EHPAD en mesure de proposer des activités et un cadre adapté à la personne âgée, l'idée d'un accueil de nuit pourrait être une source de développement des prestations proposées.

La vieillesse s'accompagne souvent d'une peur du crépuscule, de la nuit. Ce moment est sources d'angoisse, et confronte la personne à l'idée de sa solitude, de sa dépendance et parfois de la mort<sup>35</sup>. De plus, certaines personnes déambulent, et ne présentent une désorientation spatio-temporelle que la nuit. La prise en charge de la personne âgée la nuit est donc source de fatigue chez les aidants. Dans le cadre de l'EHPAD, la prise en charge est automatiquement assurée par l'équipe soignante en place, dont la mission est certes d'assurer les soins la nuit, mais également de proposer un accompagnement basé sur l'écoute, la confiance, l'instauration d'un sentiment de sécurité chez la personne, et de fournir une occupation aux personnes qui déambulent.

---

<sup>35</sup> BADEY-RODRIGUEZ C. La nuit auprès des personnes âgées : la face obscure des projets. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-1-page-109.htm>.

### *Les espaces adaptés au sein de l'EHPAD*

Certains établissements commencent à développer le concept d'espaces adaptés, à travers les Unités de Vie Adaptées (UVA), les Unités de Vie Protégées (UVP) ou encore les Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). Ces types locaux sont consacrés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, et aux personnes présentant des troubles du comportement. La prise en charge qui y est proposée permet de ralentir l'apparition des symptômes de la maladie, de stabiliser l'état des personnes à travers des activités occupationnelles de la vie quotidienne et de leur redonner un rôle. L'encadrement par du personnel qualifié (souvent soignants avec une spécialité ASG) permet un suivi spécifique et personnalisé, ce qui n'est pas le cas lors des animations quotidiennes au sein des EHPAD.

Il est important également de prendre soin du personnel de ces unités. Les personnes atteintes de démences et de la maladie d'Alzheimer présentent des troubles de l'attachement, et développent leurs capacités lorsqu'elles sont au contact des figures connues, et au contraire, se renferment si un turn-over des équipes est observable.<sup>36</sup>

L'adaptation passe également par le nombre de personnes âgées prises en charge. Le Canada travaille sur la « Maison Alzheimer Idéale ». Les études montrent que le nombre idéal de personnes par unité est de 36<sup>37</sup>. Bien loin des capacités d'accueil prévisibles des futurs EHPAD, qui certes ne regroupent pas que des personnes touchées par cette maladie, mais en accueillent de plus en plus.

### *Un rythme de vie adapté au public plutôt qu'à l'établissement*

*« Sans parler des heures de repas et de coucher, je suis obligée de me retenir pour faire mes besoins, comme un chien qui n'a droit qu'à deux sorties par jour. »*  
Paroles d'une résidente entendues au Home Les Sœurs de Charité à Tournai en 2014.

Ces paroles témoignent de la non-adaptation des EHPAD au rythme de vie des résidents, mais de l'adaptation des résidents au rythme des établissements.

- Heure de dîner aux alentours de 18h-18h30, provoquant un temps de jeûne très long entre le dîner et le petit déjeuner

---

<sup>36</sup> Viau B. La maison Alzheimer idéale. Disponible sur : [http://www.stacommunications.com/customcomm/Back-issue\\_pages/AD\\_Review/adPDFs/2009/Fevrier\\_2009/22.pdf](http://www.stacommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/AD_Review/adPDFs/2009/Fevrier_2009/22.pdf). p.22.

<sup>37</sup> Ibid p.23

- Toilettes réalisées uniquement le matin
- Tournées de changements de protections et de « mises aux WC » à heures dites

Ces exemples d'organisations sont constatables dans les établissements sanitaires, mais aussi au sein des établissements médico-sociaux français et belges. Or, le leitmotiv de ces établissements est la prise en charge adaptée à la personne.

Comment se fait-il que l'organisation de ces établissements, qualifiés de lieux de vie, soit autant calquée sur l'organisation en milieu sanitaire ?

Premièrement, les prestations en EHPAD sont organisées autour des temps forts du quotidien : repas, toilettes, couchers, les actes les plus chronophages. Il est à prendre en compte le grand nombre de prises en charge incombant à un soignant pour expliquer que quasi-systématiquement les modèles d'organisation au sein des EHPAD sont les mêmes : levers, toilettes, soins, déjeuner, siestes, animations, repos, diner, couchers.

Ce « rodage » permet aux équipes d'accomplir l'ensemble de leurs actes soignants et d'accompagnement en répondant à une organisation serrée et étudiée pour en faciliter l'exécution, tout en respectant les heures de prise et de fin de poste de chacun.

Il semble donc que ce rythme soit imposé aux résidents non pas selon leurs volontés mais parce que le planning du personnel constitue la toile de fond de l'organisation en EHPAD<sup>38</sup>.

Un travail a été réalisé par les EHPAD suite à la parution de la loi HPST, pour recueillir les habitudes de vie des résidents. Mais quelles sont les solutions à envisager afin de sortir des sentiers battus de cette organisation et d'éviter toute forme de violence institutionnelle ?

- A l'entrée d'une nouvelle personne dans l'établissement, il pourrait être envisagé de voir avec elle comment l'organisation de l'établissement pourrait s'adapter à ses besoins et envies, tout en respectant le cadre de vie en institution et ses contraintes. Cette démarche pourrait également intégrer le projet de vie de la personne.
- Une conduite du changement est à mener au sein des équipes des établissements par les managers afin de rompre le rythme inflexible des prises en charge au sein des EHPAD. Cela passe peut passer par un brainstorming avec le personnel, faisant émerger des idées novatrices, une considération de ce qui peut être modifié, ce qui ne le peut pas, la détermination d'axes d'amélioration à tester, avec mise en place d'objectifs, évaluations, rectifications et finalisation (Plan Do Check Act). Cela nécessite

---

<sup>38</sup> DAUGAN S. *Concilier rythme de vie des résidents en EHPAD et rythme institutionnel*. Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Disponible sur : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2013/ehpad/daugan.pdf>. p.20.

également un réel effort collectif, ancré dans des valeurs de prise en charges et une adhésion devant être supportée et repérée par les managers.

- Il peut être proposé de faire certaines toilettes le soir en fonction des envies des résidents, qui peuvent varier selon les jours.
- Les levers peuvent être retardés en fonction des envies de chacun, et ne pas suivre l'ordre des chambres. Les petits déjeuners peuvent être proposés avant ou après les toilettes. Si besoin, plutôt que mettre les soignants en poste du matin et d'après-midi, certains peuvent être en horaires décalés et commencer plus tard pour assurer une aide aux toilettes tardives. Ceci est bien entendu à coordonner avec les soins à réaliser.
- Les couchers peuvent être retardés sur demande des résidents et être réalisés par les équipes de nuit.
- Concernant le respect des besoins naturels, des formations à l'Humanitude, ou des séances de vécu dans la peau de personnes âgées peuvent être mises en place pour les équipes. Un suivi de l'infirmière coordinatrice concernant les habitudes prises peut également être réalisé afin de faire évoluer les mentalités.
- Le service de restauration peut être réorganisé, avec des options de mise en chauffe par exemple, pour être proposé plus tardivement.
- Ces flexibilités d'organisation doivent être portées par une conduite de projet, portée par la direction et les coordinateurs afin de motiver les équipes. La conduite de changement est fatigante et demande un réel investissement de toutes les parties. Tous ces changements ne pourraient pas être envisagés simultanément, mais par priorité selon les besoins de la population accueillie et les moyens alloués pour ce type de projet.

### *Les ressources humaines en EHPAD, un concentré de savoir gériatrique*

Le personnel des EHPAD est porteur de connaissances sur les personnes âgées, leur prise en charge, les moyens existants, les freins constatés. A l'avenir, pourquoi ne pourraient-ils pas transmettre leur savoir et leurs pratiques aux aidants par exemple ?

Le fait de savoir comment rehausser une personne dans un fauteuil, la relever du sol en cas de chute, connaître les diminutions sensorielles expliquant des phénomènes observables chez les personnes âgées (sensation de froid, goût pour le sucre...) ou encore aborder une personne en crise de démence, sont des éléments pouvant améliorer le quotidien des personnes et de leurs aidants. L'expertise et les conseils des professionnels de santé des EHPAD seraient mis en valeur. Les soignants ne sont pas les seuls à pouvoir intervenir : les cuisiniers, connaisseurs de besoins nutritionnels de la personne âgée, pourraient

transmettre leurs connaissances. Des ateliers cuisines pourraient être mis en place pour des personnes extérieures afin d'apprendre à maîtriser les saveurs et les textures malgré les besoins de manger mouliné ou mixé de certaines personnes âgées.

L'ensemble de ces perspectives d'évolution permettrait de participer à la rupture de la frontière domicile/EHPAD par la transmission de techniques et savoirs d'un secteur à l'autre et de faciliter la conscientisation de la nécessité d'entrer en établissement.

Finalement, l'EHPAD a de réelles perspectives pour se réinventer, notamment de par les prestations qu'il pourra proposer. Certains parlent de l'EHPAD de demain comme étant au centre du parcours de soins<sup>39</sup> de la personne âgée. Il semble plus cohérent de parler de parcours de prise en charge ou de santé pour ne pas mentionner uniquement le soin, mais envisager l'accompagnement des personnes par une prise en charge globale. L'EHPAD pourra jouer un vrai rôle de pôle de ressources ancré dans son territoire et participer activement au parcours de l'utilisateur et de ses proches. Il lui faut pour cela s'ancrer activement dans son environnement et s'ouvrir d'avantage sur l'extérieur. Les innovations organisationnelles pouvant y naître seront spécifiquement adaptées aux besoins de la personne âgée. Sa connaissance de la gériatrie pourra permettre à l'EHPAD de se positionner comme expert du grand-âge, et développer des connaissances transmissibles aux autres types d'établissements pour les guider dans leurs prises en charges gériatriques. Ces enjeux prennent toute leur place dans la mise en place récente des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) dans la politique actuelle de restructuration de l'offre territorial en matière de soins.

Cependant, il sera à la charge des directeurs de ces futures structures d'orchestrer l'ensemble de ces évolutions, qui vont requérir de nouvelles compétences et connaissances, et d'y trouver leur place. A cela s'ajoute la problématique des financements, qui reste très cloisonnés et freinent les établissements dans leur restructuration.

Ce système devra être repensé et permettre un financement en vases communicants plutôt qu'en tuyaux d'orgues. L'ensemble de ces perspectives d'évolution devront également s'adapter à la population résidant dans les EHPAD de demain. Si celle-ci change, les modes organisationnels et structurels, de prise en charge, les prestations offertes, devront être mis en place en fonction des besoins des nouveaux résidents.

---

<sup>39</sup> KPMG (2015). EHPAD, vers de nouveaux modèles ? Avril 2015. Disponible sur : <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF>. p.11 à 29.

## Chapitre 2 - Evolution du public accueilli

Les EHPAD actuels accueillent majoritairement des personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4). Face à la problématique d'hébergement des personnes handicapées vieillissantes, certaines personnes en situation de handicap font une demande d'entrée en EHPAD, et parfois avant 60 ans sur dérogation. Mais cette diversification s'arrête souvent à une ou deux personnes par établissement. Quelles sont les perspectives d'évolution de la population accueillie au sein des EHPAD ? Entre mixité de la population et sectorisation dans le grand-âge, les enjeux stratégiques pour l'EHPAD émergent.

### Section 1 – Mixité de la population accueillie

#### *Accueil de personnes handicapées vieillissantes*

Certaines mixités existent déjà entre personnes handicapées vieillissantes et personnes âgées dépendantes. La Résidence Verdi, à Mandres-les Roses l'expérimente depuis une vingtaine d'années. La directrice atteste que la présence des personnes handicapées vieillissantes au sein de l'établissement est dynamisante pour l'ensemble de la structure<sup>40</sup>.

Cette perspective de mixité de la population des EHPAD avec d'avantage de personnes handicapées vieillissantes présente des points positifs :

- Un passage graduel et en douceur du statut de personne handicapée vieillissante vers celui de personne âgée dépendante, sans devoir changer d'établissement.
- Une réponse à la problématique d'hébergement et de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes.
- Un partage des pratiques soignantes pouvant être adaptées à l'un et l'autre des profils de population accueillie : du personnel formé au handicap moteur ou physique pourra partager ses connaissances avec le personnel orienté gériatrie pour la prise en charge des personnes en fauteuil, ou dont les facultés motrice et verbales ont été atteintes suite à un accident vasculaire cérébral (AVC), ou encore faire part de leur expériences pour communiquer avec les personnes âgées non communicantes.

L'EHPAD Saint-François de Sales, du Groupement Hospitalier Catholique de Lille, accueille des personnes âgées dépendantes, des personnes handicapées vieillissantes et des personnes sourdes-muettes et malentendantes. Les résidents vivent en harmonie au sein

---

<sup>40</sup> DUFOUR F., (2016). *EHPAD, un modèle à réinventer*. In : Direction[s], n° 141, avril 2016, p.22-23.

de l'établissement, partagent les espaces communs et prennent leurs repas ensemble. L'organisation du personnel est étudiée pour répondre aux besoins de chacun, en prenant en compte les pics d'activités liés à la lourdeur de prise en charge de certains handicaps et pertes d'autonomie. Outre le fait que plusieurs soignants connaissent la langue des signes, on peut y observer une réelle entraide entre les résidents pour communiquer ensemble : les personnes malentendantes traduisent les communications des personnes sourdes-muettes vers les personnes âgées entendant, et chacun fait preuve de patience pour se comprendre et utilise les moyens à disposition.

Cependant, plusieurs freins peuvent être discernés dans l'accueil de cette population mixte :

- Le besoin d'une majoration du personnel d'animation, afin de pouvoir proposer des activités adaptées à chacun des publics accueillis.
- Une restructuration des établissements anciens dont l'ensemble des locaux doit répondre aux normes Personnes à Mobilité Réduite (PMR), ainsi que l'achat de matériels nécessaires à la prise en charge de certains handicaps.
- La qualification du personnel, devant faire preuve d'expertise, de polyvalence et être enclin à travailler avec les deux profils des résidents.
- De quel(s) handicap(s) parle-t-on ? L'entrée d'une personne en situation de handicap doit se faire en vue de son bien-être mais également de celui des autres résidents. Tous les handicaps, notamment les plus lourds ou ne permettant aucune vie en collectivité, ne peuvent être pris en charge par un EHPAD.

Enfin, une question se pose : les personnes âgées dépendantes souhaitent-elles vivre dans un établissement accueillant des personnes handicapées ? La littérature envisage cette perspective pour les EHPAD mais aucune étude ne mentionne l'avis des résidents sur la question. Pourtant, ils sont les premiers intéressés. Il est courant d'observer au sein des EHPAD une forme de sectorisation des personnes selon leur degré de dépendance au moment des repas, par leur répartition sur les tables. Les résidents nécessitant une aide à l'alimentation sont réunis avec ceux dont le degré d'autonomie ne leur permet pas de manger proprement (causant la gêne des personnes plus autonomes), ou encore les personnes devant manger du finger-food<sup>41</sup> pour raisons diverses<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> Principe consistant à proposer les aliments sous formes de bouchées mangeables avec les doigts afin de faciliter l'alimentation des personnes touchées par la Maladie d'Alzheimer et autres troubles cognitifs ou praxiques, qui ne leur permettent plus d'utiliser leurs couverts ou d'en reconnaître leur utilité.

<sup>42</sup> SOIGNANT EN EHPAD. Finger Food en EHPAD. Disponible sur : <https://www.soignantenehpad.fr/pages/nutrition/finger-food-en-ehpad.html>

La question se pose alors pour les personnes en situation de handicap : si certains résidents se plaignent de la propreté à table de leurs congénères, qu'en sera-t-il concernant les personnes en situation de handicap ? Aucune enquête n'a été menée sur le sujet. Un moyen de faciliter l'acceptation pourra être de créer des partenariats EHPAD/établissement et service d'aide par le travail (ESAT) par exemple, et proposer aux personnes de se rencontrer autour d'activités quotidiennes ou festives, favorisant la découverte de l'autre, la communication et l'acceptation.

### *Accueil de personnes autonomes*

Une autre perspective de diversification de la population accueillie en EHPAD serait l'accueil de personnes âgées autonomes. Non pas dans des chambres, mais dans des appartements au sein de la résidence, sur le modèle des résidences autonomie (ancien foyers logement). Ces personnes seraient donc chez elles, pas à la charge des soignants de la structure. Les soins prestés par l'EHPAD ne seraient en aucun cas tournés vers ces résidents, qui sur nécessité, pourront faire appel à des services extérieurs. Ces résidents autonomes pourraient en revanche prendre leurs repas s'ils le souhaitent, ou certains jours, avec les autres résidents, participer aux animations et activités de la résidence, tout en gardant leur indépendance, dans une résidence adaptée au niveau de l'accessibilité et sécurisée. Plusieurs points positifs émergent de cette perspective d'accueil :

- Une possibilité pour les personnes âgées autonomes de rejoindre l'établissement de leur conjoint dépendant, évitant ainsi le sentiment de solitude des deux personnes.
- Un cadre sécurisé et adapté pour les personnes âgées autonomes, ne pouvant plus rester à domicile, qui est l'une des fréquentes raisons d'entrée en résidence autonomie.
- Une meilleure image de l'EHPAD, qui avec l'accueil de personnes autonomes, perd de sa réputation de mouvoir.
- Un passage progressif vers l'intégration de l'EHPAD en cas de perte d'autonomie de la personne au sein de son appartement, qui n'aurait pas forcément besoin de changer d'établissement.

De plus, cette évolution n'aurait pas ou peu de freins financiers, si le nombre d'appartements proposés répond à la demande :

- Un loyer d'hébergement peut être demandé, incluant certaines prestations comme l'animation. Les résidents auraient, comme pour résidence autonomie, possibilité de toucher l'aide sociale d'hébergement et les APL sur conditions de ressources.

- Un forfait repas peut être mis en place, facturant ces personnes selon leur nombre de repas préparés par l'établissement pris dans le mois.
- Le service de buanderie peut être facturé si les personnes souhaitent en profiter, au kilo ou à la pièce.
- Les établissements pourraient toucher le forfait autonomie, attribué aux résidences autonomie, pour les personnes vivant en appartement indépendant.

Ces perspectives d'évolution vers la mixité de la population en EHPAD ne sont pas les seules à être envisageables : 23% des répondants à l'étude KPMG sur les nouveaux modèles de l'EHPAD estiment que diversifier l'offre en incluant une spécialisation dans la grande dépendance pour certains résidents est une des perspectives d'évolution de l'EHPAD, et 4% pensent que la stratégie de spécialisation de tout l'EHPAD dans la grande dépendance ou selon les types de pathologies est la solution de demain<sup>43</sup>.

## Section 2 – Sectorisation de la population accueillie

La sectorisation entend la spécialisation des établissements selon le type de pathologies de la population accueillie. L'avantage de cette perspective est la spécialisation des acteurs intervenant auprès des résidents, et l'homogénéité des résidents facilitant les prises en charges collectives comme les animations.

Nous commençons en France à observer un fractionnement des établissements, qui dédient une partie de la résidence aux personnes âgées dépendantes, et créent des unités, chacune dédiée à un type d'accompagnement :

- Les UHR et les PASA, mentionnés précédemment.
- Les unités de vie protégées ou unités Alzheimer, associées aux personnes atteintes d'Alzheimer et présentant des troubles cognitifs et comportementaux avancés<sup>44</sup>.

Le développement de ces unités répond à la difficulté de prise en charge de ce public conciliée avec des prises en charges plus classiques.

Cette sectorisation peut se faire pour la totalité d'un établissement, qui devient alors spécialisé dans une pathologie ou un type de population. Cela est actuellement peu fréquent en France mais comme à émerger au Canada et aux Pays Bas. On y trouve en effet de plus

<sup>43</sup> KPMG (2015). EHPAD, vers de nouveaux modèles ? Avril 2015. Disponible sur :

[https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF\\_p.13](https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF_p.13).

<sup>44</sup> GERONTOPOLE TOULOUSE. Unités Spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement. Disponible sur : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_etude\\_Alzheimer\\_Gerontopole\\_2008-septembre.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_etude_Alzheimer_Gerontopole_2008-septembre.pdf)

en plus d'établissements spécialisés dans la maladie d'Alzheimer<sup>45</sup>. L'avantage est une réelle connaissance des intervenants de la maladie, et une prise en charge très spécifique.

En lien avec cette spécialisation des établissements, ces pays développent un concept innovant, consistant à créer un village, un environnement entier dédiés aux personnes présentant une démence avancée ou atteints d'Alzheimer. Le premier a été créé aux Pays-Bas et se nomme Hogeweyk<sup>46</sup>. C'est un village entier, composé d'appartement, maisons, magasins, salons de thé, jardins... Les personnes y résident, et peuvent aller à la supérette, au bureau de poste, chez le coiffeur, participer à des activités de groupe... Les intervenants sont fondus dans le paysage, les guident et aident à travers leur quotidien et les stimulent pour participer à des ateliers, des animations. Le but est de plonger les résidents dans un cadre normalisé, qu'ils puissent réaliser des activités de la vie quotidienne. Cela favorise la réminiscence. Les locaux sont ouverts sur l'ensemble des extérieurs du village, permettant aux personnes de se balader dans un milieu certes clos, mais sécurisé tout en étant ordinaire et adaptés à leurs besoins. Le Canada expérimente lui aussi un village accueillant les personnes démentes<sup>47</sup>. Un autre est en cours de projet en Floride.

Et si ces villages étaient la solution au questionnement des établissements qui doivent respecter la liberté d'aller et venir de leurs résidents tout en les sécurisant ? Car une forme de contradiction émerge de ces deux notions. Un établissement fermé ne permettant pas aux résidents de sortir à leur convenance ne respecte pas leurs libertés. Les bracelets anti-fugues tracent les personnes, les placent sous surveillance. Mais ces moyens ont pour but de protéger certains résidents car l'extérieur représente pour eux un danger dont ils n'ont pas conscience du fait de leur pathologie.

Les unités spécialisées, les villages, tentent au mieux de se rapprocher du lieu de vie, qualification première des EHPAD. Cependant, face à l'augmentation de l'âge et de la baisse du degré d'autonomie des résidents, la question de la médicalisation de ces établissements se pose. Quel sera le paysage de demain concernant leur offre ? Entre médicalisation pour répondre aux besoins en soins du public accueilli et différenciation avec le secteur sanitaire par le lieu de vie, l'EHPAD va être amené à évoluer et se positionner.

---

<sup>45</sup> COMFORT LIFE. Alzheimer care. Disponible sur : <http://www.comfortlife.ca/retirement-community-resources/alzheimer-care>

<sup>46</sup> SILVERECO. Hogeweyk : un village pour les malades Alzheimer atteints de démence. Disponible sur : <http://www.silvereco.fr/hogeweyk-un-village-pour-les-malades-alzheimer-atteints-de-demence/3122103>

<sup>47</sup> CBC NEWS. Canada's version of Hogewey dementia village recreates 'normal' life. Disponible sur : <http://www.cbc.ca/news/health/canada-s-version-of-hogewey-dementia-village-recreates-normal-life-1.3001258>

## Chapitre 3 - Evolution de l'offre proposée

### Section 1 - Médicalisation des EHPAD

La médicalisation des EHPAD était l'un des grands axes du plan Solidarité Grand Âge de 2007 à 2012, suite aux études de prévision de l'avancée en âge et dépendance de la population. Cela s'est traduit par la distribution de moyens supplémentaires dans les établissements, pour favoriser l'encadrement des personnes âgées dépendantes et viser une meilleure prise en charge<sup>48</sup>. Depuis 2008, 1926 millions d'euros, appelés crédits de médicalisation, ont été alloués aux établissements pour l'amélioration de la prise en charge des résidents de plus en plus dépendants<sup>49</sup>.

En effet, la population des EHPAD présente depuis ces vingt dernières années une évolution triple<sup>50</sup> :

- Un vieillissement marqué des personnes
- Une perte d'autonomie physique
- Une accentuation de la dépendance psychique, en lien avec la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés, les démences et autres troubles cognitifs.

La dépendance des personnes engendre un besoin en termes de soins, de temps, de relation, en particulier en ce qui concerne la prise en charge des fins de vie et les troubles liés aux démences. Cela débouche sur une nécessité d'augmenter les effectifs des établissements afin de pouvoir adapter leur prise en charge aux besoins de la population accueillie. Les structures s'inscrivent donc d'avantage dans « *une offre plus diversifiée et une médicalisation accrue sans pour autant entrer dans le champ sanitaire* »<sup>51</sup>.

Mais l'augmentation du taux d'encadrement n'est pas le seul objectif poursuivi par l'allocation de moyens financiers aux EHPAD. La médicalisation passe également par une évolution des dispositifs et services supports. Cela comprend :

- Une augmentation du temps au sein de la structure du médecin coordinateur

---

<sup>48</sup> DUMONT A., (2012). Une médicalisation cahin-caha. EHPAD-Magazine, n° 48, janvier 2012. Disponible sur : <http://ehpad-magazine.com/une-medicalisation-cahin-caha/>

<sup>49</sup> CNSA. Les soins en EHPAD. Disponible sur : <http://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/allocation-de-ressources/les-soins-en-ehpad>

<sup>50</sup> SAINT-JEAN D., SOMME D. Taux d'encadrement et médicalisation des établissements d'accueil pour personnes âgées données de l'enquête EHPA. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2003-1-page-13.htm>

<sup>51</sup> DUFOUR F., (2016). EHPAD, un modèle à réinventer. Direction[s], n° 141, avril 2016, p.22.

- La mise en place de logiciels dédiés à la prise en charge des résidents (plans de soins, transmissions, dossiers médicaux informatisés...)
- Une adaptation des structures à la médicalisation avec notamment les Plans d'Aide à l'Investissement (PAI)

Les moyens alloués sont d'ailleurs plus souvent investis dans ce type d'investissements plutôt que dans l'encadrement des personnes par les équipes de soins. La littérature précise presque systématiquement que les EHPAD sont destinés à se médicaliser, toujours en précisant que cela ne doit pas aboutir à une « *sanitarisation* » de ces établissements, mais sans jamais préciser où se trouve le point critique de passage à la sanitarisation. Cela passe-t-il par une organisation, précédemment mentionnée, quasiment chronométrée et ne prenant pas en compte le bien-être ? Par une forme de robotisation des prises en charges, ordonnées par un logiciel qui selon les données rentrées, fournit un plan de soins pseudo personnalisé sans connaître les réelles envies du résident concerné ?

### *Médicalisation par l'organisation*

La différenciation des prises en charge avec l'hôpital par la qualité du relationnel forcément induit par la durée de séjour des résidents est encore notable dans une majeure partie des EHPAD. Cela crée des liens avec certains membres du personnel, et permet une prise en charge réellement à l'écoute et individualisée. Ceci malgré la multiplicité des études montrant l'alourdissement des conditions de travail des soignants en EHPAD, au détriment de la qualité de la prise en charge relationnelle<sup>52</sup>.

La médicalisation des établissements, si elle continue à se développer, devra passer par la considération de l'évolution des soins techniques, de nursing, la pénibilité des gestes de la manutention, tout en ayant la volonté de conserver une qualité de prise en charge relationnelle. Si pas, les prestations se rapprocheront de plus en plus de celle du milieu sanitaire, où la technicité est mise à l'honneur au détriment de la qualité de l'individualisation de la prise en charge et du relationnel.

En effet, depuis l'apparition de la tarification à l'acte (T2A), le relationnel n'est pas pris en compte dans les actes cochés par les soignants. On peut donc considérer qu'il n'a pas à

---

<sup>52</sup> DRESS. Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

exister, puisqu'il ne rapporte pas d'argent. Ceci est accentué depuis les récentes tentatives d'application du Lean Management à l'hôpital<sup>53</sup>.

Le Lean Management est à la base une démarche de progrès entamée par l'industrie automobile chez TOYOTA, dans les années 1950. Cette méthode recherche les conditions idéales de fonctionnement et de qualité de produit fini, avec le moins de gaspillage possible. Le Lean est le management « zéro déchet, zéro perte de temps ». Il vise la satisfaction du client, traduit en chiffre d'affaires, et la réussite des employés, traduite par la motivation et les engagements de ceux-ci<sup>54</sup>. Or, face à un patient qui a un vécu, une volonté, des droits, des contradictions et a un réel besoin d'écoute, il paraît difficile d'administrer des soins de qualité sans prendre en compte ce qui fait du patient un humain et non un produit fini. Mais dans cette politique de zéro gaspillage, l'aspect relationnel avec le patient est à proscrire puisqu'il n'apporte pas de valeur ajoutée. Il paraît évident que s'il doit être appliqué à l'hôpital, le Lean Management doit être adapté non seulement au patient, mais également aux soignants, qui exercent leur profession bien souvent pour son ensemble, avec son aspect relationnel et humain plus que pour sa technicité seule.

Par quels autres biais que l'organisation les EHPAD pourraient-ils se médicaliser ?

### *La médicalisation des prestations proposées*

Le but de la médicalisation est la prise en charge des résidents malgré la dégradation de leur état de santé, voire l'apparition de certaines pathologies. Cette médicalisation des établissements pourrait donc permettre de ne plus envoyer certains résidents à l'hôpital dans certaines situations :

- Les dialyses : ne pourrait-il pas exister au sein des EHPAD une salle de dialyse, afin que les personnes n'aient plus à se déplacer jusque 4 fois par semaine à l'hôpital pour des séances fatigantes ?
- Les fins de vie : de plus en plus, les EHPAD accompagnent les personnes dans leur fin de vie, mais ce n'est pas systématique. Les EHPAD manquent de moyens alloués pour cette mission qui nécessite beaucoup de temps (une toilette peut prendre 1h30 avec une personne en fin de vie) et d'attention de chaque instant (changements de position toutes les deux heures minimum, hydratation buccale toutes les heures, présence...). Dans les services de soins hospitalier de chirurgie, l'accompagnement infirmier et aide-

---

<sup>53</sup> ENVOYE SPECIAL. L'hôpital en état d'urgence. Vidéo disponible sur :

<https://www.youtube.com/watch?v=9HBENNoNWSY>

<sup>54</sup> OPERAE PARTNERS. La définition du Lean Management. Disponible sur : <http://www.operaepartners.fr/la-definition-du-lean-management/>

soignant est d'environ 8 pour 25 lits le jour. Cela correspond à un taux d'encadrement de 31,25%. En soins palliatifs, l'encadrement paramédical infirmier et aide-soignant est majoré de 30%, donnant un taux d'encadrement supérieur à 40% soit 10,5 soignants pour 25 lits<sup>55</sup>. On se rapproche donc du 1 soignant pour 2 patients, ce qui est bien loin des taux d'encadrement soignant au sein des EHPAD qui est de 27% en moyenne<sup>56</sup>.

- Des salles destinées à la rééducation (salles d'ergothérapie, de kinésithérapie...)
- Achat de matériel hospitalier courant : bras à perfusions, bladder-scan<sup>57</sup>...

Toutes ces possibilités de médicalisation des EHPAD doivent s'accompagner de la formation adéquate et récurrente du personnel afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins des résidents, mais également d'un accompagnement médical au sein de l'établissement.

La médicalisation des EHPAD devra donc se différencier de la prise en charge sanitaire par l'évitement de toute forme de robotisation des gestes et de l'organisation, et une réelle prise en compte du besoin de communication et de relationnel avec les résidents, existant au sein des établissements. Les EHPAD devront rester vigilants pour se différencier du milieu hospitalier par leur qualité de lieux de vie. La médicalisation pourrait toucher la structure même des EHPAD, mais est-ce réellement la volonté des personnes âgées ? Leur volonté de rester à domicile n'est-elle pas entre autres liée à une volonté de vivre dans un lieu de vie et non un lieu aseptisé et médicalisé ? L'EHPAD peut travailler sa caractéristique de lieu de vie en externalisant l'aspect médical des prises en charge.

## Section 2 - L'EHPAD comme lieu de vie : externalisation de la médicalisation

Les EHPAD sont aujourd'hui des lieux de vie qui se médicalisent de plus en plus, au détriment de leur image, mais pour une prise en charge optimale des résidents. La caractéristique de l'EHPAD comme un lieu de vie reste cependant primordiale, et pourrait disparaître, absorbé par la médicalisation et le versant sanitaire des prises en charge, des prises en soins.

---

<sup>55</sup> MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE. Bilan du programme national de développement des soins palliatifs, 2008-2012, p.21. Disponible sur : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan\\_programme\\_national\\_soins\\_palliatifs\\_270613.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_programme_national_soins_palliatifs_270613.pdf)

<sup>56</sup> FEDERATION HOSPITALIERE DE France. Sécurité et qualité dans le secteur personnes âgées. Disponible sur : <http://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/BlobServer?blobkey=id&blobnocache=true&blobwhere=1250169857964&blobheader=application%2Fpdf&blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs>

<sup>57</sup> Appareil permettant de mesurer le résidu urinaire présent dans la vessie. La présence d'un résidu urinaire est souvent la source d'une désorientation momentanée chez la personne âgée.

L'EHPAD « *va-t-il se spécialiser dans la grande dépendance, devenir un lieu de soins ou rester d'abord un lieu de vie ?* » est l'une des questions que se pose l'étude de KPMG<sup>58</sup>. Il semble que concilier ces deux aspects soit possible.

En effet, il est tout à fait possible pour les EHPAD d'externaliser au maximum les prises en charge médicales des résidents afin de distinguer le soin individuel, et le lieu de vie commun. La création de partenariats avec certains services permettrait d'externaliser le versant purement médical des prises en charges et donnerait la possibilité aux EHPAD de se focaliser sur un accompagnement, une prise en charge plus centralisés sur le résident en tant que personne et non de patient :

- Services d'Hospitalisation à Domicile (HAD), Services de Soins à Domicile (SSIAD).
- Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP).
- Soins gériatriques externes.
- Télémédecine pour les consultations médicales.
- Consultations et services spécialisés dans les soins de plaies (escarres, ulcères...).
- Equipe spécialisée Alzheimer à Domicile (ESAD), proposant des activités permettant de retarder l'apparition des conséquences de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés.

Cette externalisation des prises en charge se met en place peu à peu au sein des établissements d'hébergement et permet d'inscrire les résidents dans un parcours de soins. Le développement d'une politique d'externalisation des soins complexes et spécifiques est une perspective pour les EHPAD. Bien sûr, les équipes soignantes de l'établissement continueraient à assurer les prises en charge 24h/24 comprenant administration des médicaments, les soins d'hygiène et quotidiens ainsi que la sécurité des résidents à tout moment. Mais cela leur permettrait un recentrage sur la prise en charge plus quotidienne basée sur le fait de pallier la perte d'autonomie, dans une relation moins soignante, moins « blouse-blanche » et de douleur occasionnée par les soins, mettant finalement en avant le bien-être des résidents au quotidien.

Le lieu de soins externalisé, il resterait alors le lieu de vie. Celui permettant la continuité des activités appréciées des personnes, de façon adaptée à leur degré d'autonomie, par les animations, les activités de bien-être. La fonction première de l'EHPAD serait alors le lieu de maintien de la vie sociale, un lieu de vie où l'on peut continuer à s'occuper, se divertir,

---

<sup>58</sup> KPMG (2015). EHPAD, vers de nouveaux modèles ? Avril 2015. Disponible sur : [https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF\\_p.9](https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF_p.9)

se régaler, tenir un rôle, malgré l'avancée en âge et ses conséquences, tout en les prenant en compte et en charge. L'EHPAD resterait certes un lieu de fin de vie<sup>59</sup>, mais où la dignité et la prise en compte de la singularité de chacun doit exister. L'EHPAD serait un lieu adapté, confortable, permettant la mise en place d'un projet de vie en son sein pour les résidents, qui ne viennent pas simplement y mourir, mais continuer à vivre la dernière partie de leur vie qui malgré leur besoins, ne doit pas être remplie que de soins. Les résidents restent des personnes singulières, avec un vécu, dont toutes les dimensions, sociales, culturelles ainsi que médicales doivent être prises en compte.

Qu'il fasse partie d'un regroupement ou qu'il soit un mono-établissement, qu'il s'inscrive dans une logique de parcours de santé, qu'il devienne un pôle de ressources sur le territoire, qu'il sectorise ou diversifie la population qu'il accueille, qu'il se médicalise ou qu'il externalise ses prestations de soins, l'EHPAD doit rester un lieu de vie, et lutter contre son image et parfois sa fonction de lieu de mort. Pour cela, il devient nécessaire de repenser l'intégration de ces établissements dans la société et l'architecture des structures pour les rendre modernes, accueillantes et innovantes. Permettre des conditions d'hébergement optimales pour les personnes âgées et de meilleures conditions de travail pour le personnel peut passer par repenser l'architecture de ces bâtiments mais également investir dans l'innovation du secteur. Toujours dans l'optique de rester un lieu de vie, les EHPAD doivent mieux s'inscrire dans le paysage sociétal actuel, s'ouvrir sur l'extérieur physiquement et pas uniquement par leurs ressources.

---

<sup>59</sup> KPMG (2015). EHPAD, vers de nouveaux modèles ? Avril 2015. Disponible sur : <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF>. p.53.

## Chapitre 4 - Evolutions architecturales, urbaines et sociétales

L'EHPAD doit se détacher de son fonctionnement et de son architecture calqués sur le secteur sanitaire afin de rester voire de redevenir un lieu de vie, laissant toute sa place à l'individu plutôt qu'au patient<sup>60</sup>. Cela nécessite des investissements financiers pour permettre l'adaptation de structures anciennes, non adaptées, ou la construction de nouveaux bâtiments<sup>61</sup>. Ceci afin de proposer une prise en charge et un lieu de vie optimaux et répondant aux besoins des personnes accueillies.

### Section 1 – Evolutions architecturales

L'architecture prend une place importante dans le fonctionnement d'un EHPAD. D'une part, les normes sont nombreuses concernant l'habilitation de ces établissements à l'accueil du public, afin de permettre l'accessibilité et la sécurité des personnes. D'autre part, l'établissement se doit d'être fonctionnel, confortable et adapté à la population accueillie mais aussi aux professionnels qui y travaillent.

Les différents publics n'ont pas les mêmes caractéristiques et donc pas les mêmes besoins. L'ensemble des structures de tous les secteurs s'adaptent depuis quelques années aux normes PMR depuis le Décret 2006-555 du 17 mai 2006<sup>62</sup> relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le code de la construction et de l'habitation. Les EHPAD investissent également dans leur adaptation aux résidents, par des dispositifs facilitant la mobilité :

- Rampes dans les couloirs et escaliers
- Ascenseurs annonçant les étages
- Couleurs stimulantes selon la fonction des pièces, et participant à la signalétique du bâtiment<sup>63</sup>
- Poignées facilitantes
- Gros boutons pour tout ce qui nécessite d'appuyer sur un bouton

---

<sup>60</sup> CERESE F., AYNARD C., (2013). Domicile, habitats intermédiaires, EHPAD : quelles mutations à opérer pour soutenir l'autonomie dans le parcours résidentiel ? Colloque de mai 2013, p. 6.

<sup>61</sup> KPMG. EHPAD, vers de nouveaux modèles ? Avril 2015. Disponible sur : <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF>. p.55.

<sup>62</sup> LEGIFRANCE. Décret n°2006-555 du 17 mai 2006. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/17/SOCU0611041D/jo/texte>

<sup>63</sup> Dr TREUSSARD MARCHAND D., (2008). Conception architecturale des établissements accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer : revue de la littérature. 49 p., p.26.

- Lumière naturelle privilégiée dans toutes les pièces
- Fléchage du sol (lignes de trajets pré-dessinées)

Les EHPAD vont devoir adapter leur structure en fonction de la population accueillie qui va évoluer. Si certains se spécialisent dans un type de prise en charge, la structure du bâtiment devra être pensée spécifiquement par rapport aux pathologies des personnes accueillies. Par exemple, un établissement accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer a pensé jusque la disposition de ses ailes en fleurs de lotus, et l'arrondissement des angles et des plafonds de la résidence pour s'adapter au mieux au psychisme de ses résidents, et leur procurer une sensation de bien-être<sup>64</sup>.

Concernant les EHPAD tendant à diversifier leur public accueilli, il convient de penser les espaces de vie et personnel de façon modulable et évolutive :

- Les murs peuvent être poussés, de façon à créer des espaces de circulation momentanée, à agrandir ou amoindrir la taille d'une pièce
- Des coins confinés peuvent être créés par la modulation des espaces et adaptés à certaines activités sans pour autant y consacrer une pièce dans le bâtiment

L'architecture va également évoluer en temporalité avec les innovations technologiques du secteur permettant de répondre aux besoins de la population mais également aux conditions de travail souvent pénibles des soignants<sup>65</sup> :

- Des rails permettant la circulation des lève-personnes seront installés à tous les plafonds, permettant une mobilité facilitée et confortable pour le résident comme pour le soignant, du lit à la salle de bain, ou d'une pièce à l'autre. Pour les résidents les plus autonomes, ils pourraient posséder une télécommande afin de manier l'outil eux-mêmes et ne pas toujours devoir faire appel aux soignants.
- Des sols détecteurs de chutes pourront être intégrés à des endroits clés des établissements : paliers d'escaliers, sorties de lits, sorties de douches... et raccordés au système d'appel de l'équipe soignante.
- Des détecteurs de mouvements dans les chambres la nuit pourront être installés, créant le tracé lumineux du trajet lit-salle de bain pour faciliter la visibilité des résidents la nuit.

---

<sup>64</sup> VIAU B. (2009). La maison Alzheimer Idéale. In : La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences, volume 12, numéro 1, Février 2009, p. 22-29.

<sup>65</sup> UBERQUOI A. (2016). L'innovation en EHPAD : intérêts et impacts pour les résidents, les professionnels et les gestionnaires. Mémoire de fin d'études de master management sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, p. 25-31.

- Un sol antidérapant dans les salles de bain, déjà utilisé, pourra être banalisé dans les pièces d'eau des établissements.

La population des EHPAD étant de plus en plus âgée et touchées par les pluri-pathologies, elle est plus exposée aux risques infectieux. Il est donc également important pour les établissements de penser leur architecture en circuits. Le croisement du propre et du sale au sein d'un établissement présente un risque de contamination élevé. Plusieurs services supports doivent être pris en compte dans cette réflexion de circuit propre/sale :

- La buanderie
- La cuisine
- Les soins

Nombreuses sont les innovations pouvant être mises en place au sein des EHPAD et améliorer la qualité de vie et la sécurité des résidents mais également limiter l'apparition des risques musculo-squelettiques (RMS) chez les soignants. Mais leur installation est très coûteuse et tous les établissements ne sont pas adaptés pour la permettre. Il est donc important pour les établissements en construction de réellement penser l'EHPAD de demain dès aujourd'hui, afin d'investir au plus tôt dans les innovations architecturales facilitantes pour les résidents, les professionnels, et le fonctionnement général de l'établissement.

Pour suivre les tendances d'évolutions relatives aux innovations, aux nouvelles technologies, l'EHPAD doit également s'ouvrir sur l'extérieur et s'inscrire dans son paysage sociétal. Ceci est d'autant plus important si l'EHPAD tend à devenir un pôle de ressources humaines, de savoirs, de technicités, mais également technologiques et fonctionnelles.

## Section 2 – Evolutions urbaines et sociétales

Quitter son domicile, ses habitudes, ses voisins pour venir vivre en EHPAD est souvent une étape difficile pour les personnes âgées. L'humanisation des établissements pour en faire des lieux où il fait bon vivre, favorisant le lien social et la continuité des activités de la vie quotidienne, vise à atténuer cette rupture avec le domicile. Cependant, pour faciliter cette transition de la vie au domicile à la vie en collectivité, il paraît important que les EHPAD de

demain s'inscrivent davantage dans le tissu social, urbain et sociétal des personnes qu'ils accueillent<sup>66</sup>.

L'EHPAD perdu en lisière de ville, loin de tout commerce et de toute forme activité sera un établissement isolé, accueillant des personnes qui elles aussi se sentiront isolées.

Afin de banaliser l'EHPAD auprès du reste de la société, de le normaliser pour les personnes qui n'ont pas de connaissance de la personne âgée et de ses ressources, il est nécessaire que la structure soit totalement incluse dans le paysage citadin afin que soient provoqués les contacts avec l'extérieur. L'EHPAD pourrait être un lieu d'hébergement, d'habitation ordinaire, avec des moyens extraordinaires car adaptés à ses résidents, ancré dans l'urbanisme de tous.

C'est le cas de l'EHPAD Saint François de Sales du Groupement Hospitalier Catholique de Lille, qui est un établissement flambant neuf, accueillant une population très hétérogène, au cœur d'un quartier créé dans le but d'unifier un pôle de soins et la ville, appelé Humanité. L'EHPAD Saint François de Sales est proche d'un hôpital du même groupement, mais également au cœur d'un quartier habité, où se sont développés écoles, bureaux et commerces, en faisant un quartier vivant. Les résidents peuvent aller faire des courses dans les commerces avoisinant avec les équipes, se mélangeant ainsi à la population extérieure. L'EHPAD est un lieu d'expositions artistiques, ramenant des visiteurs extérieurs au sein de l'établissement. Des partenariats, notamment intergénérationnels, ont été mis en place, le tout faisant que l'EHPAD est parfaitement implanté dans sa vie de quartier. Cette ouverture sur l'extérieur favorise pleinement le lien social de la ville avec les résidents.

De plus, un EHPAD implanté dans un quartier vivant ou en centre-ville, aura d'autant plus de facilités à devenir un pôle de ressources gériatriques. Accessible et intégré, il en devient également plus attrayant.

L'EHPAD se verra aussi développer son implication dans les sujets sociétaux comme par exemple la gestion de son énergie et de ses déchets. L'EHPAD de demain est un EHPAD éco-responsable à son échelle. Cela nécessite une démarche de projet et une fédération des équipes, familles, résidents, fournisseurs sur base d'abord de volontariat. Cette démarche s'inscrit parfaitement dans le paysage sociétal actuel et futur, et répond à la

---

<sup>66</sup> CERESE F., AYNARD C., (2013). Domicile, habitats intermédiaires, EHPAD : quelles mutations à opérer pour soutenir l'autonomie dans le parcours résidentiel ? Colloque de mai 2013, p. 6.

démarche reprise de l'ISO 14001<sup>67</sup> axée sur management environnemental et sur la norme ISO 50001 axée sur le management de l'énergie. A l'échelle d'un EHPAD cela peut être travaillé à travers diverses actions :

- Gestion optimale des déchets grâce à la mise en place d'un système de tri sélectif avec les résidents. Respect du tri des produits liés aux soins.
- Démarche d'achats durables et responsables avec les divers fournisseurs dans une optique d'amointrissement des déchets, des contenants par exemple.
- Recueil des produits recyclables ou à jeter d'une façon spécifique : cartouches d'encre, ampoules...
- Déployer la domotique pour le contrôle des fluides et de l'énergie (électricité, chauffage, eau...) afin de minimiser leur utilisation aux stricts besoins de l'établissement et des résidents.
- Favoriser une politique de covoiturage au sein de l'établissement, les agents ayant souvent les mêmes horaires de postes.

L'EHPAD a réellement une place à prendre au sein de notre société, de notre urbanisme. L'amélioration de son image favorisera cette démarche, mais en dépendra également. S'implanter dans la ville, développer des partenariats, devenir un pôle de ressources et d'innovations, montrer un engagement sociétal, être adapté au public et accueillant pour l'extérieur, seront autant de facteurs d'évolution des EHPAD, favorisant l'absence de rupture entre les résidents et le reste de la société.

L'EHPAD va donc être amené à changer, voire à se recréer. Les professionnels assurant les prises en charge des résidents devront s'adapter à ses mutations afin de développer leurs compétences et adapter leurs pratiques et organisations aux besoins des personnes âgées. Nous l'avons vu, les spécialisations gériatriques et en rapport avec les pathologies de la personne âgée se développent, des perspectives d'évolutions structurelles s'adapteront à la population à venir, le secteur s'appropriera les nouvelles technologies.

---

<sup>67</sup> ISO. ISO 14000 – Management environnemental. Disponible sur : <https://www.iso.org/fr/iso-14001-environmental-management.html>

## Chapitre 5 - Alors, à quoi ressemble l'EHPAD de demain ?

La méthode PESTEL est un outil d'analyse du contexte et de la prospective en termes Politique, économique, social, technologique, environnemental, et législatif en vue de développer une stratégie. Elle est basée sur six grands axes d'études : les dimensions Politique, Economique, Socioculturelle, Technologique, Ecologique et Législative. La finalité de cette méthode est d'établir un diagnostic des forces, faiblesses, opportunités et menaces de l'entreprise (SWOT) à partir de l'analyse du contexte actuel et futur selon les différentes dimensions, ce qui n'est pas le propos dans le cadre de ce travail. Néanmoins, les axes d'analyses proposés par la méthode PESTEL se prêtent à définir l'EHPAD de demain.

L'analyse suivante regroupe les éléments jusqu'ici travaillés et regroupés sous les dimensions de la méthode PESTEL :

### **Dimension politique :**

Externe :

- L'EHPAD de demain continuera à répondre à la politique en vigueur et à s'en accommoder notamment d'un point de vue économique.
- Il sera un établissement transparent vis-à-vis des autorités de tarifications selon leurs exigences croissantes.
- Il est un pôle de ressources gériatriques sur son territoire.

Interne :

- L'EHPAD de demain est réorganisé en fonction des besoins de la population accueillie qui évolue. C'est un établissement inscrit dans une démarche réflexive d'amélioration continue, lui permettant de proposer des prestations adaptées.
- Le personnel est de plus en plus spécialisé dans les spécificités du public accueilli.
- Son image est positive et travaillée.

### **Dimension économique :**

- L'EHPAD de demain fait partie d'un groupe, d'une association. Il n'est pas un mono-établissement ou alors a su tisser des partenariats et collaborations avec des partenaires. Il a plus de facilités financières du fait de ses groupements et/ou partenariats et collaborations, lui permettant de baisser les coûts de fonctionnement par l'externalisation et la mutualisation de fonctions supports. C'est un EHPAD

financièrement géré par un département expert en gestion financière, inscrit dans une vision globale d'entreprise.

#### **Dimension Socioculturelle :**

- L'EHPAD de demain répond aux problématiques futures en matière de population. Il transforme son offre d'accueil en se spécialisant dans la grande dépendance et les pathologies ou en se diversifiant et accueillant des résidents hétérogènes (personnes autonomes, en situation de handicap, création d'un PASA...).
- Il est entièrement intégré dans son environnement urbain et sociétal, facilitant ainsi le lien social avec l'extérieur et permettant la normalisation de la vieillesse et la prise de conscience de ce qu'elle est. Il crée grâce à son ouverture sur l'extérieur des partenariats divers.

#### **Dimension technologique :**

- L'EHPAD de demain est un établissement High-Tech. Les dernières innovations en matière de dépendance et d'organisation y apparaissent, améliorant la qualité de vie des résidents et les conditions de travail des intervenants. L'EHPAD de demain s'adapte aux innovations pouvant être bénéfiques à ses prestations. Il peut investir dans l'innovation car il a réduit ses coûts de fonctionnement.

#### **Dimension environnementale :**

- L'EHPAD de demain est un établissement engagé d'un point de vue sociétal en général. Il a conscience d'être un gros consommateur et travaille sur ses possibilités en matière de consommation énergétique et d'émissions de déchets, pour devenir un EHPAD éco-responsable.

#### **Dimension Législative :**

- L'EHPAD de demain est toujours aussi soumis aux normes et réglementation qu'il doit respecter. Cependant, il se sert de ce cadre imposé pour entrer dans une démarche qualité effective, soutien réel de l'amélioration continue de ses pratiques.

Mais qu'en est-il du directeur d'EHPAD ? Au vue de la réorganisation structurelle à venir du secteur, des changements de la population accueillie, des réorganisations internes qui devront évoluer, quel vont être les changements touchant la profession de directeur d'EHPAD ?

## Partie III – Les perspectives d'évolution des compétences du métier de directeur d'EHPAD

---

Au regard des perspectives d'évolution des EHPAD évoquées jusqu'ici, les différents métiers intervenant au sein de ces établissements vont être eux aussi amenés à évoluer. La stratégie, l'organisation interne des EHPAD, leurs fonctions parfois, vont être amenées à changer. Or, c'est actuellement aux directeurs d'EHPAD que revient la mission d'assurer le bon fonctionnement de ces établissements. Comment leur métier va-t-il être amené à changer, à évoluer ? Quelles compétences les directeurs vont-ils devoir développer, lesquelles vont-ils pouvoir déléguer ? Finalement, à quoi ressemble le métier du directeur de l'EHPAD de demain ?

Pour répondre à ce questionnement projectif, j'ai choisi de mener une enquête auprès des directeurs d'EHPAD, et de comparer les résultats de cette enquête à la littérature afin d'en tirer des conclusions. Je proposerai des recommandations de développement des compétences des directeurs de l'EHPAD de demain, en lien avec les perspectives d'évolution de ces établissements mises en exergue préalablement dans ce travail. Le but de ses recommandations pourra avoir plusieurs fonctions :

1. Eclairer les actuels directeurs d'EHPAD à ce que sera leur profession de demain afin qu'ils puissent s'y préparer.
2. Reconsidérer certains points des formations actuelles des directeurs d'EHPAD, dont les enseignements devront s'adapter aux évolutions du métier.
3. Déterminer quel est le bagage initial actuel le plus propice à la direction de l'EHPAD de demain.

### Chapitre 1- Présentation de l'enquête

Cette enquête a été créée suite à de nombreuses recherches bibliographiques à propos de la profession de directeur d'EHPAD. Son but était d'éviter de cadrer les réponses des répondants, de leur donner une grande liberté d'expression. Cela impliquait que l'analyse n'en serait que plus longue et compliquée, mais les réponses seraient objectives et non orientées par la formulation de l'enquête.

## Section 1 - Objectifs de l'enquête

Les objectifs de l'enquête étaient :

- De confirmer les conclusions de la partie 2 de ce travail de fin d'études, principalement basés sur des recherches bibliographiques
- D'identifier les compétences nécessaires au directeur de l'EHPAD de demain
- De déterminer le lien entre les évolutions de l'EHPAD et celle du métier de directeur de cet établissement.

## Section 2 – Elaboration de l'outil d'enquête

L'outil employé pour mener l'enquête est une grille de questions, disponible en annexe 2.

Les questions qui la composent sont :

- Des questions fermées à choix uniques et à choix multiples.
- Des réponses ouvertes, permettant plus de liberté d'expression, notamment en ce qui concerne l'aspect projectif de l'enquête.
- Aucune question n'était obligatoire, afin de ne pas rebuter les répondants.

Les questions abordaient plusieurs thèmes :

- Les caractéristiques de la personne répondante.
- Les caractéristiques de son établissement.
- Sa vision des compétences nécessaires au directeur, actuellement, et à l'avenir.

Ces séries de questions répondaient à divers objectifs, annoncées aux personnes répondantes dans la grille d'enquête, afin qu'elles cernent la finalité de leur contribution :

1. Connaître la personne contactée et se référer dans les réponses lors de l'analyse.
2. Connaître l'établissement.
3. Connaître les évolutions antérieures de l'établissement pour comprendre les évolutions futures et leur logique.
4. Analyser l'évolution des compétences du directeur d'établissement et identifier les raisons de cette évolution.

## Section 3 – Méthodologie d'enquête

### *Cible :*

La cible première de l'enquête était les directeurs d'EHPAD. Après réflexion, j'ai choisi d'également l'ouvrir aux adjoints de direction d'EHPAD, qui souvent sont des directeurs en devenir, et que j'estimais donc faire partie de la cible.

### *Echantillon*

La sélection des personnes cible s'est faite de la manière suivante :

- Choix de contacter minimum 50 personnes.
- Personnes à la direction d'EHPAD publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif de façon égale.
- Activation de mon réseau de directeurs d'EHPAD, leur demandant le contact de leurs confrères exerçant la même profession.
- Contact de médecins coordinateurs en EHPAD afin qu'ils sollicitent les directeurs des établissements où ils exercent.
- Sélection au hasard par tirage au sort dans une base de données listant l'ensemble des EHPAD en France, disponible sur [pourlespersonnesagees.gouv.fr](http://pourlespersonnesagees.gouv.fr)<sup>68</sup>.
- Au final, le questionnaire a été envoyé à 69 personnes, dont 23 directeurs d'EHPAD publics, 23 d'EHPAD privés à but lucratif et 23 d'EHPAD privés à but non lucratif.

### *Méthode de diffusion*

L'enquête a été mise sous forme de questionnaire en ligne, diffusé aux directeurs d'EHPAD par mail. Lorsque les répondants communiquaient leur numéro de téléphone dans l'enquête, et si nécessaire, ils ont été rappelés afin d'approfondir certains points de leurs réponses.

### *Nombre de réponses*

Le recueil de réponses a été réalisé sur une période de un mois. Sur les 69 personnes contactées, 16 ont répondu et 4 ont été recontactées par téléphone afin d'éclairer et d'approfondir leurs réponses. Le tableau des résultats globaux est disponible en annexe 3.

---

<sup>68</sup> POUR LES PERSONNES AGEES. Annuaire. Disponible sur : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/resultats-annuaire>

## Chapitre 2 – Le métier de directeur d’EHPAD dans la littérature

KPMG<sup>69</sup>, pour son étude de 2015 ayant pour intitulé « EHPAD, vers de nouveaux modèles », a interrogé des directeurs d’EHPAD. Il leur a été demandé quelles seront les compétences qui vont leur permettre de faire évoluer leurs EHPAD, qui vont leur être nécessaires de développer afin « *d’être le pivot dans le devenir de leurs établissements* ».

- Pour 77% d’entre eux, le management, en lien avec la fédération des équipes autour des projets est cité en premier lieu.
- Ensuite, « *identifier l’évolution des besoins des résidents et adapter en permanence l’offre de son EHPAD* » est la réponse fournie par 58% des interrogés.
- « *Savoir négocier avec les autorités de tarification* » est considéré comme une compétence nécessaire pour l’avenir de la profession pour 23% des directeurs interrogés, tout comme la capacité de développer des partenariats.
- Enfin, « *Trouver des financements et rigueur financière* » constitue la dernière compétence mentionnée, par 18% des répondants.

Toujours selon l’étude KPMG<sup>70</sup>, ces compétences sont très différentes de celles attendues du directeur d’EHPAD des années 2000. En effet, il devait durant la dernière décennie maîtriser la gestion financière et posséder le bagage de connaissances et compétences liées à l’économie, la législation et la gestion administrative avant tout.

Le profil des directeurs d’EHPAD a donc évolué avec les changements du secteur médico-social. Actuellement, la gestion financière est la dernière des compétences nécessaires à l’exercice du métier venant à l’esprit des directeurs eux-mêmes<sup>71</sup>.

Dans un numéro de 2016 dédié au métier de directeur d’EHPAD de la revue *Gérontoscopie*, il est clairement mentionné que « *le profil du directeur-manager succède à celui du directeur gestionnaire* »<sup>72</sup>. De plus, Michel BARBE, directeur d’EHPAD, ajoute : « *Un directeur ne doit pas être enfermé dans son bureau à remplir des tableaux de bord [...]. Il*

---

<sup>69</sup> KPMG (2015). EHPAD, vers de nouveaux modèles ? Avril 2015, p.29-30. Disponible sur : <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF>

<sup>70</sup> Ibid

<sup>71</sup> Ibid

<sup>72</sup> GRARADJI N.,(2016). La nouvelle ère du directeur-manager en EHPAD. In : *Gérontoscopie*, n°71, juillet-août 2016, p. 13.

*faut travailler en réseau [...] Faire vivre l'EHPAD aujourd'hui, c'est s'ouvrir vers l'extérieur »<sup>73</sup>.*

Un second article de la même revue résume l'aboutissement futur de la métamorphose du métier de directeur d'EHPAD en le qualifiant de « *super tout* » ou encore de « *mouton à cinq pattes* »<sup>74</sup>. En effet, l'auteur évoque les compétences commerciales, de communication et de management pour qualifier la profession future.

L'article étudie également le changement des profils de candidat pour le poste de directeur d'EHPAD, et déclare que « *la profession de directeur d'EHPAD comptait beaucoup de femmes originaires du métier du soin, anciennes infirmières coordinatrices, cadre de santé* » et compare cette observation avec certains nouveaux profils candidatant pour les postes de direction, qui sont des profils plus commerciaux et qui attirent les grands groupes à visée commerciale.

Finalement, les grandes compétences prévues par la littérature pour exercer la profession de directeur de l'EHPAD de demain sont :

- Management et fédération des équipes autour de projets.
- Bonne connaissance du profil des résidents et anticipation de leurs besoins.
- Esprit commercial, notamment pour les groupes à but lucratif.

Sont relayées au second plan, après avoir été des compétences très recherchées dans les années 2000 :

- La gestion financière.
- La négociation avec les autorités de tarification.

L'enquête que j'ai menée auprès des directeurs d'EHPAD confirme-t-elle la littérature, ou l'infirme-t-elle ? Apporte-t-elle plus d'éléments ? Son but était aussi et surtout de faire le lien entre l'évolution des compétences du directeur de l'EHPAD pour diriger l'EHPAD de demain, et les évolutions du secteur et de ces établissements.

---

<sup>73</sup> BARBE M. Cité par GRARADJI N.,(2016). La nouvelle ère du directeur-manager en EHPAD. In : Gérontoscopie, n°71, juillet-août 2016, p. 14.

<sup>74</sup> Ibid, p.15.

## Chapitre 3 - Analyse des résultats de l'enquête et comparaison avec la littérature

### Section 1 – Caractéristiques actuelles des EHPAD

Malgré l'envoi d'un même nombre d'enquêtes à chacun des statuts, le statut des EHPAD dirigés par les répondants s'avère inégal avec 56% des réponses rapportés par les dirigeants d'EHPAD privés à but non lucratif.

La première partie de l'enquête, consacrée à connaître le profil de la personne contactée et son établissement, confirme en tout point les deux premières parties, principalement bibliographiques, de ce travail. En effet :

- Le GMP moyen EHPAD France est de 723<sup>75</sup>, or la moyenne des répondants est de 704.
- La capacité d'accueil moyenne en France, tous statuts d'EHPAD confondus, est de 77 résidents<sup>76</sup>. Celle des répondants est de 79.
- Les personnes entrantes sont de plus en plus dépendantes, correspondant aux données de la partie I.

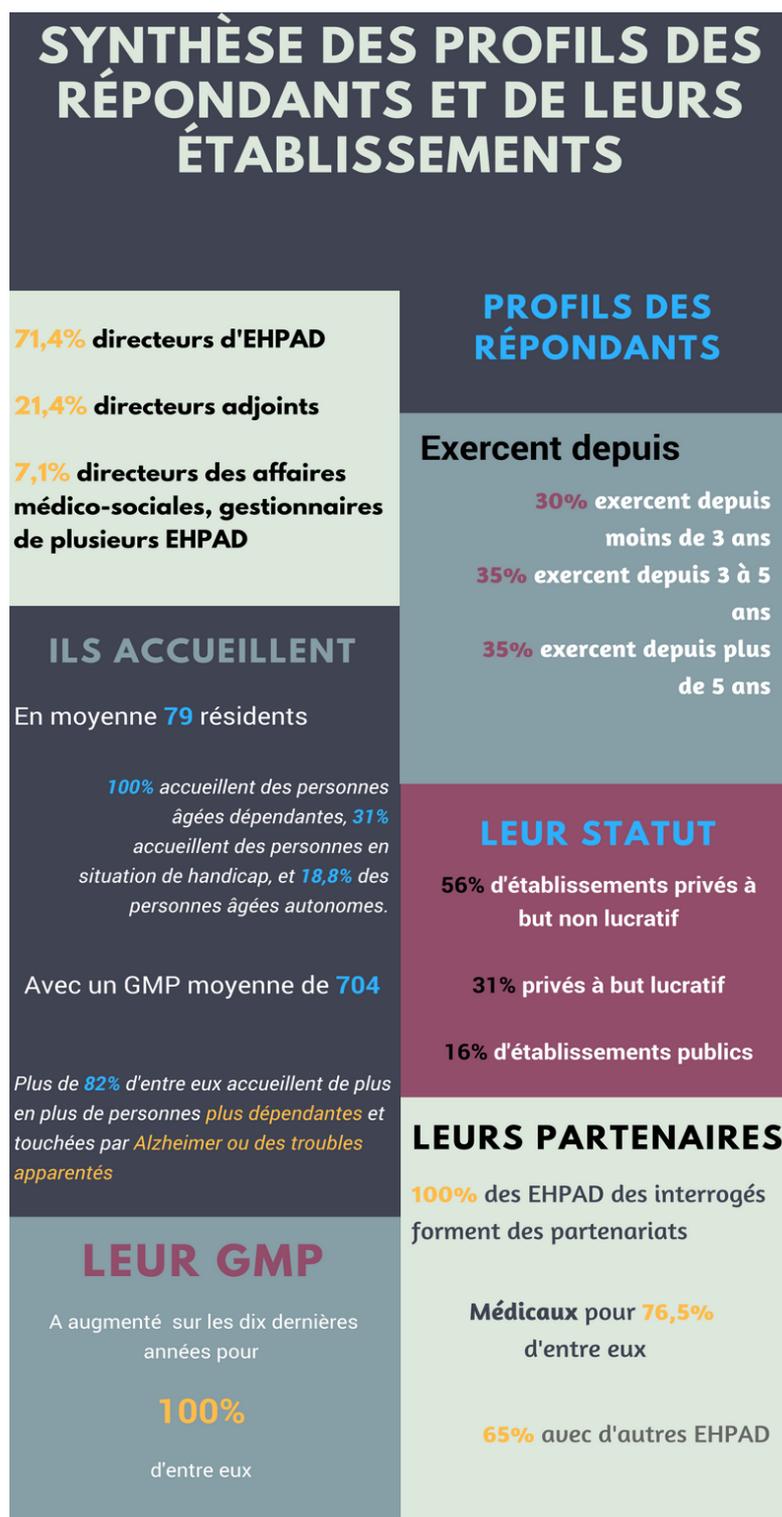


Figure 4 : Infographie de la synthèse des profils des répondants et de leurs établissements

<sup>75</sup> CNSA (2016). Dossier de presse. Disponible sur : [http://www.cnsa.fr/documentation/2016com\\_conseiljuillet.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/2016com_conseiljuillet.pdf)

<sup>76</sup> KPMG (2014). Observatoire des EHPAD. Disponible sur : <http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/05/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

Les corrélations évidentes concernant les profils des établissements entre les réponses des personnes sollicitées pour l'enquête, et les données françaises principalement recueillies dans les parties I et II de ce travail, permettent de considérer les réponses à l'enquête comme exploitables car non marginales.

## Section 2 – Projections concernant les EHPAD

Il a été demandé aux directeurs d'établissements visés par l'enquête de se projeter dans l'avenir et de faire part des changements qui pourront toucher leur établissement, au regard des évolutions politiques, démographiques, techniques, etc... du secteur.

Concernant ce que les directeurs prévoient à propos de leur EHPAD pour les 5 prochaines années, les six éléments principaux ressortent de leurs réponses :

- Un **regroupement** avec un ou plusieurs autres établissements pour 31% d'entre eux visant une diminution des coûts de fonctionnement, par une mutualisation de certains corps de métiers, des outils et des connaissances.
- 61,5% d'entre eux prévoient une extension de leur établissement dans le but d'**augmenter leur capacité d'accueil** et de **diversifier leur offre**.
- 42% prévoient de **diversifier les profils des résidents** accueillis et 25% une **spécialisation** dans certaines pathologies. Ce qui a néanmoins été constaté concernant ces 25% de répondants, c'est qu'ils n'envisagent **pas de spécialiser l'entièreté de leur établissement**. Ils prévoient par exemple l'ouverture d'un PASA ou d'une UHR, pour proposer une offre spécifique à la partie de leur public concernée, tout en restant ouvert à un public plus diversifié en dehors de ces spécialisations.
- 25% mentionnent une volonté d'**amélioration de l'image** de leur établissement ainsi que de son **attractivité**
- **L'amélioration de la qualité des prises en charge** est une évolution à prévoir sur les prochaines années pour 25% des répondants
- Seuls 8% mentionnent le fait de s'inscrire dans un **parcours de soins**.

L'ensemble de ces éléments de réponses correspondent aux perspectives d'évolutions travaillées dans la partie II de ce travail. Afin d'approfondir leurs prévisions concernant leur établissement, il a été demandé aux répondants les facilités et freins envisagés à propos de ces évolutions prévues ou souhaitées pour leur établissement.

Quatre catégories de facilités ont été identifiées à travers les réponses des directeurs :

- Les **regroupements** des établissements ainsi que les **extensions** sont perçues comme étant des **facilités financières** pour 29% des répondants.
- La possibilité d'effectuer des **rénovations et extensions** sont considérées comme étant une facilité de **meilleure prise en charge** du public accueilli pour 14% des répondants.
- La liberté du directeur de l'EHPAD concernant la **réorganisation du fonctionnement** de l'établissement est perçue comme facilitante pour **l'amélioration des prises en charges** pour 14% des personnes ayant répondu à l'enquête.
- 14% des répondants considèrent que la **forte demande d'entrée** en établissement ainsi que la **politique favorisant l'innovation** des EHPAD est facilitante pour les **évolutions** qu'ils souhaitent instaurer au sein de leur établissement.

Les répondants ont également émis plusieurs freins à leurs perspectives d'évolutions de leur établissement :

- 14% d'entre eux se posent des questions quant à **l'intégration des résidents** dans le cas d'un **public diversifié**. L'intégration des **résidents désorientés** est une préoccupation.
- **L'augmentation de la capacité d'accueil**, qui constituait une facilité financière pour 14% des répondants, peut être perçue comme une cause de **déshumanisation** des prises en charge pour 14%.
- Les freins aux évolutions souhaités sont d'ordre **financier** pour 50% des répondants.
- Enfin, les **difficultés pour ouvrir l'EHPAD sur l'extérieur** et la **création de partenariats** constituent un frein pour 29% des directeurs ayant répondu à l'enquête. Cela peut expliquer pourquoi l'ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur est considérée comme une facilité pour faire évoluer l'établissement que pour une minorité des répondants.

La qualité des réponses, par leur prise en compte d'un grand nombre de dimensions non évoquées par la trame de l'enquête a été positivement surprenante. Les facilités et freins envisagés par les directeurs était une porte pour aborder la nécessité l'évolution du métier en termes de compétences et ont finalement été des informations importantes de l'enquête.

## Section 3 – Prévisions concernant les compétences du directeur d'EHPAD

### *Les compétences d'aujourd'hui*

Par ordre d'importance, les compétences dans l'exercice actuel du métier de directeur d'EHPAD ont été hiérarchisées comme suit par les répondants :

1. Management
2. Leadership
3. Connaissance du public accueilli
4. Conduite de projets, communication et aisance relationnelle
5. Maîtrise des tableaux de bord
6. Gestion financière
7. Gestion RH, recrutement
8. Connaissances législatives
9. Création de partenariats et démarche qualité
10. Esprit commercial

Aucune corrélation n'a été retenue entre les écarts types importants concernant les réponses liées à la gestion financière et la démarche qualité.

En revanche, il est observable que la communication est une compétence principale du métier pour les directeurs d'établissements privés à but lucratif et publics. Leurs réponses seules donnent une moyenne de 9,7/10 à la compétence communication, donc supérieure au management, qui est premier dans le classement global.

De même, l'esprit commercial, qui est la compétence notée avec le plus grand écart type, atteinte une moyenne de 6,8/10 pour la totalité des répondants, mais passe à 8,7/10 si les uniquement les réponses des directeurs d'établissements publics et privés à but lucratifs sont retenues.

### *Les compétences de demain*

L'enquête avait pour but d'identifier quelles compétences vont devoir être développées par le directeur d'EHPAD de demain et de comprendre les raisons de cette nécessité de développement du point de vue des directeurs d'EHPAD en exercice.

Les compétences les plus citées comme étant importantes et devant se développer pour demain sont les compétences commerciales (46% des répondants), management et le

leadership (38,5%), suivi par la gestion de projet (31%) que les répondants intègrent pour la majeure partie dans la compétence précédente, et la connaissance des spécificités de la population accueillie (31%). Sont mentionnés ensuite à parts égales (15,4%) la connaissance des métiers intervenant dans l'établissement et des modes de prises en charge, la communication, la démarche qualité, la gestion financière et la maîtrise des tableaux de bord. Enfin, avec 7,7% des réponses, sont cités la gestion de conflits, la réflexion quant à l'aménagement des locaux et la connaissance des outils et logiciels. Ces compétences sont donc considérées par les directeurs d'EHPAD comme tendant à se développer pour prendre une part plus importante du métier.

A contrario, les compétences de gestion financière et de gestion des ressources humaines sont toutes les deux citées à 7,7% comme étant des compétences dont l'importance dans l'exercice de la profession est vouée à diminuer. L'un des répondants a évoqué au même titre « *l'ensemble des fonctions supports* ».

Les compétences du directeur d'EHPAD de demain à développer par ordre d'importance sont donc :

1. L'esprit commercial
2. Le management, le leadership et la conduite de projets
3. La connaissance des spécificités la population accueillie
4. La connaissance des métiers et modes de prises en charge, la communication, la démarche qualité, la maîtrise de tableaux de bord et la gestion financière
5. La gestion de conflits, la réflexion concernant l'aménagement des locaux, et la connaissance et outils et logiciels

Comment les répondants expliquent-ils ce changement d'ordre d'importance des compétences du directeur d'EHPAD dans l'avenir ? Voici les éléments de réponses ressortis de l'enquête :

L'esprit et les compétences commerciales, qui étaient citées comme étant aujourd'hui primordiales par les directeurs d'établissement publics et privés commerciaux, le deviennent de façon très homogène pour les différents statuts en ce qui concernant les 5 à 10 prochaines années. L'ouverture sur l'extérieur inclus pour 32,5% des répondants le fait de faire de l'EHPAD un pôle de ressources sur le territoire.

# LES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DES COMPÉTENCES DU MÉTIER DE DIRECTEUR D'EHPAD DE DEMAIN

EN LIEN AVEC LES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DU SECTEUR

## QUELLES COMPÉTENCES ?

## POUR QUELLES RAISONS ?

### ESPRIT COMMERCIAL

- Travailler l'attractivité de l'établissement
- Ouvrir l'établissement sur l'extérieur
- Lutter contre la concurrence
- Créer des partenariats pour pallier les manques de financements

### MANAGEMENT LEADERSHIP

- Mener la conduite des différents projets et fédérer les équipes

### CONNAISSANCE DES SPÉCIFICITÉS DU PUBLIC ACCUEILLI

- Répondre aux exigences et aux besoins des résidents
- Travailler la question de la diversification du public accueilli

### CONNAISSANCE DES MÉTIERS ET MODES DE PRISE EN CHARGE

- Comprendre les problématiques liées aux métiers et aux prises en charge
- Travailler sur la réorganisation interne
- Justifier le nombre d'ETP

### COMMUNICATION

- Nécessaire pour l'esprit commercial
- Communiquer avec les résidents et familles

### GESTION DE CONFLITS

- En lien avec le management

### DÉMARCHE QUALITÉ, MAÎTRISE DES TABLEAUX DE BORD, GESTION RH

- En lien avec la gestion de projets pour les deux premières, mais toutes peuvent devenir des fonctions supports

### GESTION FINANCIERE

- Gérer le budget et les contrats avec les autorités de tarification mais dont la majorité peut être déléguée aux fonctions supports

La faculté de fédérer les équipes autour des projets et de les mener est une compétence managériale des directeurs de demain qui a été de nombreuses fois citées dans l'enquête, mais encore plus appuyée par les répondants au téléphone.

Une des grandes prises de conscience des directeurs interrogés est liée au fait de devoir connaître à minima les professions exerçant dans l'EHPAD, mais aussi le profil des résidents. Ceci afin d'appréhender les problématiques techniques, de matériel, de temps, ou encore de personnel, notamment liées aux soins, remontant surtout aux directeurs dont les équipes ne comportent pas d'infirmier coordinateur.

Les compétences en revanche vouées à s'amoinrir ou disparaître sont justifiées par les directeurs par la création de sièges au sein des groupes, qui centralisent les fonctions supports telles que la gestion RH, parfois la démarche qualité, et la gestion financière.

*Figure 5 : Infographie des perspectives d'évolutions des compétences du directeur d'EHPAD selon les répondants*

## Chapitre 4 – Quelles sont les compétences du directeur de l’EHPAD de demain ?

Au vue des réponses à l’enquête et des nombreuses données issues de la littérature, les compétences du directeur de l’EHPAD de demain pourraient être celles résumées dans le dernier infographe de ce travail. Néanmoins, certaines compétences citées comme destinées à diminuer en importance ou à être exportées sur les fonctions supports peuvent rejoindre certaines compétences estimées comme primordiales dans l’exercice.

Par exemple, savoir mener un entretien, qu’il soit d’embauche, de licenciement, de recadrage, fait partie de la gestion RH mais est également un point clef de management. De même, La démarche qualité peut être déléguée à des fonctions support, mais incombera toujours au directeur en matière d’application sur le terrain, car dépend du management et de la gestion de projet. Concernant la gestion financière, certes les grandes lignes de comptabilité générale et analytique, de gestion des commandes et des contrats pourront être gérées par un département prévu à cet effet, mais les directeurs continueront à se charger des budgets prévisionnels, à devoir les suivre, et à négocier avec les autorités de tarifications et à s’adapter en fonction des politiques du moment et selon l’évolution des activités du terrain.

Alors, le directeur de demain restera-t-il le mouton à cinq pattes super polyvalent précédemment mentionné ?

En théorie, sans doute, mais pas dans la pratique. La littérature tout comme les résultats de l’enquête portent à projeter que de directeur de l’EHPAD de demain sera d’avantage une personne de terrain qu’un gestionnaire d’entreprise. Ce sera avant tout un manager, fédérateur de projets, sachant insuffler l’envie de le suivre à ses équipes. Il mettra en avant la notion de lieux de vie plutôt que lieu de soins de son établissement. Il connaîtra la concurrence et saura rendre son établissement plus attractif, améliorer son image et la qualité des prestations qu’on y propose. Pour cela, il devra bien comprendre les problématiques de santé et de dépendance liées aux résidents, aux profils de plus en plus diversifiés, mais dont certains nécessitent des prises en charge de plus en plus spécifiques.

Il devra également pour assurer la qualité de l’offre au sein de son EHPAD comprendre les métiers des membres de ses équipes, pour mieux évaluer les besoins et comprendre les enjeux et problématiques. Il saura communiquer de façon productive à l’interne comme à

l'externe. C'est par la maîtrise de ces principaux éléments, tout en ayant la notion de budget et la compréhension des fonctions qui petit à petit sont déléguées aux sièges du fait du développement des regroupements, que le directeur de l'EHPAD de demain pourra faire changer les choses. En ayant une vision globale du système tout en pouvant avoir un impact direct sur le terrain, libéré de certaines fonctions chronophages, il pourra devenir visionnaire, et mener à bien des projets d'adaptation de ces établissements à la société actuelle, innovante, technologique.

Alors quel est le profil idéal du directeur de l'EHPAD de demain ?

Le fait est que dans les formations proposées, il est difficile voire impossible de trouver ces trois pans. Les écoles de commerce forment peu au management et pas du tout au monde du soin et de la dépendance. Les formations de management s'attachent plus à l'innovation du secteur ou sont des formations secondaires comme par exemple celles des cadres de santé, qui doivent pour la suivre avoir un diplôme soignant. Les écoles en lien avec la santé, le soin, la dépendance et le management sont peu nombreuses en France et n'abordent que peu ou pas la dimension commerciale des métiers du secteur.

Il semble donc que le directeur de l'EHPAD de demain soit un manager commercial doté de connaissances liées aux soins, soit un manager soignant ayant un esprit commercial, soit un commercial ayant la fibre managériale et un intérêt pour le secteur du soin. De plus, ces trois profils devront avoir un intérêt pour l'innovation des pratiques et technologique.

Afin de poser la finalité de ce travail, une série de six recommandations liées aux compétences et missions du directeur d'EHPAD de demain est proposée, représentant le bagage idéal qui permettra lui permettra de faire évoluer l'EHPAD d'aujourd'hui vers l'EHPAD de demain. Ces recommandations présentent les compétences nécessaires pour leur application, les missions et les points de vigilance qui y sont liés. Ces six recommandations peuvent être utilisées par les directeurs actuels et en devenir, mais également être des suggestions de base de formation au métier de directeurs d'EHPAD pour les écoles et instituts formant des profils.

### Recommandation n°1 : Être un directeur-manager

Compétences requises	Management – Leadership - Gestion de projet - Gestion de conflits
Missions principales associées	Fédérer les équipes autour de projets - Faire en sorte que chacun trouve sa place dans les projets, sache quel est son rôle, sa contribution – Instaurer un climat professionnel propice à la réussite de l'établissement – Valoriser les acteurs – Recadrer – Partager les connaissances - Déléguer.
Être un directeur-manager est le point clef de la direction d'EHPAD. Cela permet de mener l'établissement à ses objectifs en incluant l'ensemble des acteurs par le leadership dans la conduite de projets. Le manager ouvre les portes aux idées de tous, le leader oriente, et le directeur tranche.	
Points de vigilance	Se positionner en tant que directeur et manager selon la situation momentanée de l'entreprise. Par exemple, en cas de situation de crise, le rôle de direction sera davantage mis en avant.

### Recommandation n°2 : Améliorer l'image et l'attractivité de l'EHPAD

Compétence requises	Esprit commercial - Communication – Conduite de projet – Management
Missions principales associées	Améliorer la qualité des prises en charge – Etre innovant d'un point de vue humain, matériel, technique – Communiquer avec l'environnement extérieur de l'EHPAD – Intégrer l'EHPAD dans son environnement urbain et sociétal – Communiquer avec le département en charge de la communication si existe
Cette recommandation est un point fort des perspectives d'évolution de l'EHPAD. C'est par l'amélioration de son image que l'EHPAD deviendra plus attractif, qu'il pourra augmenter sa capacité d'accueil, être perçu comme un lieu de vie, un pôle de ressources.	
Points de vigilance	Veiller à ce que l'image reflète la réalité. Par image, on entend reflet de la qualité des prestations proposées, des avantages de l'EHPAD, et pas uniquement le reflet d'un lourd travail de communication.

### Recommandation n°3 : Faire de l'EHPAD un pôle de ressources dans le parcours de prise en charge de la personne âgée et sur son territoire

Compétences requises	Communication - Aisance relationnelle - Maîtrise de la politique de santé du territoire
Missions principales associées	Créer, organiser et faire perdurer des partenariats – Créer des interactions avec les partenaires potentiels sur le territoire – Entretien de bonnes relations avec les tutelles et pôles gestionnaires
<p>L'ouverture sur l'extérieur de l'EHPAD va permettre de faire connaître ses ressources, notamment en matière de prise en charge gériatrique. Il pourra s'inscrire comme point central dans le parcours de prise en charge de la personne âgée. Pour suivre cette recommandation, le directeur doit entreprendre les interactions avec l'extérieur, connaître et mobiliser ses ressources, se positionner. La complémentarité de l'EHPAD avec les services extérieurs (soins à domicile par exemple) constitue une piste de travail intéressante.</p>	
Points de vigilance	<p>L'EHPAD doit conserver sa mission première de prise en charge de ses résidents et ne pas devenir un point de ressources non maîtrisé. Le temps consacré au développement du pôle de ressources ne doit pas se faire au détriment de la qualité des prises en charge</p>

### Recommandation n°4 : Développer et diversifier l'offre de l'EHPAD

Compétences requises	Management - Conduite de projet - Leadership - Communication – Gestion financière – Démarche Qualité
Missions principales associées	<p>Faire partie d'un groupement – Augmenter la capacité d'accueil – Négocier avec les autorités de tutelle – Diversifier la population accueillie – Travailler les spécificités de prise en charge des différents publics accueilli avec les équipes – Mener une conduite de changement pour faire évoluer les pratiques en fonction de la population de l'EHPAD – Communiquer auprès des résidents, des professionnels et des familles – Mettre en place des projets – Plan de formation des professionnelles à communiquer au département RH si existe, sinon à élaborer – Gérer les budgets – Appliquer la démarche qualité et des objectifs de tableaux de bord.</p>
<p>L'accueil d'un public plus hétérogène, avec des personnes plus autonomes, ou en situation de handicap par exemple, fait partie des évolutions à conduire en EHPAD. La qualité des</p>	

prestations à destination des publics ne doit en aucun cas être dégradée par cette mixité. Les facilités financières et de mutualisation provenant de l'effet de regroupement peuvent être une source de changement.

Points de vigilance	<p>L'EHPAD doit être un lieu de bien-être pour tous, la conduite du changement doit être optimale afin d'éviter les réticences au changement.</p> <p>Conserver l'humanisation des prises en charge</p> <p>S'adapter à une politique de groupe</p>
---------------------	---

### **Recommandation n°5 : Adapter l'Etablissement à la politique de santé en vigueur**

Compétence requises	Management – leadership - Conduite de projets – Maitrise de la politique de santé en vigueur - Communication
Missions principales associées	Adapter l'offre aux besoins de la population – Saisir les opportunités des financements du moment – Communiquer avec le département stratégique en cas de groupement.
<p>Le suivi du profil des résidents potentiellement entrant en EHPAD permet d'être plus attractif pour les personnes âgées et leurs familles. Le suivi des appels à projets, ou encore des possibilités de financement, supportées par les politiques, sont une réelle ressource pour faire évoluer l'offre de l'établissement.</p>	
Points de vigilance	Garder une ligne d'objectifs et ne pas changer la stratégie de l'établissement constamment

### **Recommandation n°6 : Etre le pivot du changement, innovant et visionnaire**

Compétence requises	Conduite de projets – management – Leadership - esprit commercial – Gestion financière -
Missions principales associées	Repenser l'organisation des prises en charge en conservant les coûts – Convaincre tutelles, conseil d'administration ou autre autorité gérante, professionnels et communiquer sur les projets avec tous les acteurs
<p>L'innovation, qu'elle soit dans les prises en charge, matérielle, technique, architecturale, sociétale ou humaine, est un investissement autour duquel les acteurs doivent être mobilisés. La conduite du changement doit être menée avec attention et rigueur sur le terrain par le directeur-manager. Cet investissement peut avoir plusieurs finalités :</p>	

améliorer la qualité des prises en charge, la qualité de vie au travail, améliorer l'image de l'établissement, l'intégrer dans son environnement et maîtriser les coûts financiers.	
Points de vigilance	L'EHPAD doit certes se moderniser et faire preuve d'innovation, mais aussi et surtout rester adapté aux résidents. La communication doit être assurée concernant les technologies liées à l'innovation, qui peuvent effrayer ou provoquer des réticences chez les personnes âgées.

## Conclusion

---

Les EHPAD auront toujours l'occasion de répondre à une demande du fait des évolutions démographique de la population. Cependant, pour ne pas être perçus comme une forme d'hébergement redouté, dont l'entrée est à retarder au maximum du fait de son effet mouvoir, les EHPAD vont devoir évoluer, s'adapter à la population, ses exigences, à la politique du secteur.

L'EHPAD devra principalement s'ouvrir sur son environnement extérieur et tendra à devenir un pôle de ressources sur son territoire. Il devra diversifier la population qu'il accueille, tout en proposant à ses nouveaux publics des prestations adaptées à leurs besoins spécifiques. Ces changements demanderont des réorganisations internes, visant toujours le bien-être des résidents. L'EHPAD devra travailler son image, devenir attractif pour les personnes âgées comme pour le reste de la population, et devenir un lieu de lien social. Il devra pour cela d'avantage s'intégrer dans son environnement urbain et sociétal mais aussi faire évoluer son architecture et s'ouvrir à l'innovation. Pour pallier les freins financiers liés à ces évolutions, les EHPAD vont avoir tendance à développer les regroupements, permettant notamment de diminuer les coûts de fonctionnement par la mutualisation des fonctions supports et des ressources humaines. Toutes ces évolutions aboutiront à l'EHPAD de demain.

La dernière partie de ce mémoire traite de l'évolution du métier et des compétences des directeurs d'EHPAD, en lien avec les évolutions de ces établissements. Le directeur d'EHPAD de demain est un agent principalement de terrain, qui a su déléguer les fonctions supports et la stratégie à son siège ou à s'en détacher pour une meilleure compréhension de l'activité de son établissement. C'est avant tout un directeur manager, proche de ses équipes et connaissant des spécificités des métiers exerçant dans son EHPAD et celles de ces résidents et de leur prise en charge. Il porte une réflexion de terrain sur l'organisation de sa structure et sa capacité à répondre aux besoins de la population. C'est un commercial qui réussit à ouvrir l'établissement sur l'extérieur et à améliorer son image et son attractivité. Il est visionnaire et comprend les innovations, quelles qu'elles soient, comme des investissements permettant d'améliorer la qualité des prestations de son établissement. Vis-à-vis de cela, il sait réunir ses équipes et résidents autour des projets qu'il souhaite mener, et est fédérateur de changement, d'évolution. Il pratique ces missions en prenant en compte

un budget, qu'il respecte de par les réorganisations qu'il opère, et par sa connaissance de la politique du secteur, des opportunités de financements et de partenariats.

Ce mémoire a permis d'anticiper les évolutions futures de l'EHPAD, de réinventer cet établissement, et d'identifier les compétences nécessaires pour maîtriser ces évolutions. Il propose six recommandations à destination des directeurs d'EHPAD actuels et en devenir, et aux instituts de formations de ces professionnels.

Cependant, la problématique des financements est de plus en plus présente dans le quotidien des résidents et des familles. Cette organisation sectorisée du système est actuellement un frein concernant les perspectives d'évolution de la population accueillie par les EHPAD, et pour de nombreuses autres structures et services du secteur médico-social. Pour faciliter ou permettre l'ensemble des changements évoqués à propos de l'EHPAD dans ce travail, le système de financement va devoir lui aussi évoluer.

## Bibliographie

ANAP, (2013). Le secteur médico-social, comprendre pour mieux agir. Disponible sur : <http://www.cnsa.fr/documentation/guide-secteur-ms-web.pdf>, 148 p, p. 23-25.

ANAP. Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social - Guide méthodologique d'appui à la contractualisation. Disponible sur : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/negocier-et-mettre-en-oeuvre-les-cpom-dans-le-secteur-medico-social-guide-methodologique-dappui-a-la-contractualisation/>

ARNAIZ-MAUME F., (2015). Les séniors, le chantier de la décennie, repère pour 2025. SYNERPA, mai 2015.

BADEY-RODRIGUEZ. La nuit auprès des personnes âgées : la face obscure des projets. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-1-page-109.htm>.

BRAMI G. *La nouvelle conception des EHPAD*. Editions Les études Hospitalières, Bordeaux, 2012, p.12. 445p.

BRISSAUD E. La procédure des évaluations Aggir et Pathos décryptée. In : Direction, janvier 2014. Disponible sur : <http://www.directions.fr/Veille-juridique/dernieres-infos/financement-tarifcation/La-procedure-des-evaluations-Aggir-et-Pathos-decryptee--2018365W/>

CAISSE DE DEPOT. Personnes âgées - Ehpads : les normes les plus lourdes doivent être révisées. Disponible sur : <http://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/ContentServer?pagename=Territoires/LOCActu/ArticleActualite&cid=1250269905883>.

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. *Les EHPAD*. Disponible en ligne : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>

CBC NEWS. Canada's version of Hogewey dementia village recreates 'normal' life. Disponible sur : <http://www.cbc.ca/news/health/canada-s-version-of-hogewey-dementia-village-recreates-normal-life-1.3001258>

CERESE F., AYNARD C., (2013). *Domicile, habitats intermédiaires, EHPAD : quelles mutations à opérer pour soutenir l'autonomie dans le parcours résidentiel ?* Colloque de mai 2013, p. 1-8. 8p.

CLERMIDY L., (2017). *Politique de maintien à domicile : quelles opportunités, quelles menaces pour les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes ?* Mémoire de fin d'étude de la 2<sup>ème</sup> année de Master, 2017, p.7. 49p.

CNSA (2016). Dossier de presse. Disponible sur : [http://www.cnsa.fr/documentation/2016com\\_conseiljuillet.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/2016com_conseiljuillet.pdf)

CNSA. Les soins en EHPAD. Disponible sur : <http://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/allocation-de-ressources/les-soins-en-ehpad>

COMFORT LIFE. Alzheimer care. Disponible sur : <http://www.comfortlife.ca/retirement-community-resources/alzheimer-care>

COMMISSION D'ETUDE DES PROBLEMES DE LA VIEILLESSE DU HAUT COMITE CONSULTATIF DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE, (1962). Rapport Laroque, p. 271.

COORDINATION DE GERONTOLOGIE. MAIA. Disponible sur : <http://coordination-gerontologie.fr/maia/>

DAUGAN S. *Concilier rythme de vie des résidents en EHPAD et rythme institutionnel.* Mémoire de l'Ecole des Haute Etudes en Santé Publique. Disponible sur : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2013/ehpad/daugan.pdf>. p.20.

DUFOUR F., (2016). *EHPAD, un modèle à réinventer.* In : Direction[s], n°141, avril 2016, p.20-24.

DUMONT A., (2012). *Une médicalisation cahin-caha.* EHPAD-Magazine, n° 48, janvier 2012. Disponible sur : <http://ehpad-magazine.com/une-medicalisation-cahin-caha/>

DRESS. Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

Dr TREUSSARD MARCHAND D., (2008). *Conception architecturale des établissements accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer : revue de la littérature.*p.26. 49p.

ENNUYER B., (2007). Regards sur les politiques du maintien à domicile. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-153.htm>

ENVOYE SPECIAL. L'hôpital en état d'urgence. Vidéo disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=9HBENNoNWSY>

FEDERATION HOSPITALIERE DE France. Sécurité et qualité dans le secteur personnes âgées. Disponible sur : <http://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/BlobServer?>

[blobkey=id&blobnocache=true&blobwhere=1250169857964&blobheader=application%2Fpdf&blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs](http://blobkey=id&blobnocache=true&blobwhere=1250169857964&blobheader=application%2Fpdf&blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs)

GERONTOPOLE TOULOUSE. Unités Spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement. Disponible sur : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_etude\\_Alzheimer\\_Gerontopole\\_2008-septembre.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_etude_Alzheimer_Gerontopole_2008-septembre.pdf)

GRARADJI N.,(2016). *La nouvelle ère du directeur-manager en EHPAD*. In : *Gérontoscopie*, n°71, juillet-août 2016, p. 13-17.

HUMMEL, Cornelia, TETTAMANTI, Manuel. Le vieux c'est l'autre. In: *Au fil du temps, le jeu de l'âge*. [s.l.] : Infolio, 2009. p. 122-126. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:83325>

INSEE (2014). Tableaux de l'économie française, édition 2014. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>

ISO. ISO 9001:2015 et au-delà - Préparer les normes de management de la qualité des 25 ans à venir. Disponible sur : <https://www.iso.org/fr/news/2012/08/Ref1633.html>

KPMG (2015). EHPAD, vers de nouveaux modèles ? Avril 2015, 58p. Disponible sur : <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF>

KPMG (2014). Observatoire des EHPAD. 84 p. Disponible sur : <http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/05/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

LA DOCUMENTATION FRANCAISE. Chronologie. Disponible sur : <http://www.la-documentationfrancaise.fr/dossiers/dependance-personnes-agees/chronologie.shtml>

LEGIFRANCE. Décret n°2006-555 du 17 mai 2006. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/17/SOCU0611041D/jo/texte>

LEGIFRANCE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

MAISONS DE RETRAITE. Que comprennent les tarifs d'une maison de retraite ? Disponible sur : <http://www.maisons-de-retraite.fr/Demarches-et-aides-financieres/Le-prix-d-une-maison-de-retraite/Que-comprennent-les-tarifs-d-une-maison-de-retraite>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Comprendre sa facture en EHPAD. Disponible sur : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/comprendre-sa-facture-en-ehpad>.

MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE. Bilan du programme national de développement des soins palliatifs, 2008-2012, p.21. Disponible sur : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan\\_programme\\_national\\_soins\\_palliatifs\\_270613.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_programme_national_soins_palliatifs_270613.pdf)

OPERAIE PARTNERS. La définition du Lean Management. Disponible sur : <http://www.operaepartners.fr/la-definition-du-lean-management/>

POUR LES PERSONNES AGEES. Annuaire. Disponible sur : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/resultats-annuaire>

UNCASS. Loi ASV : loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement. Disponible sur : [www.unccas.org/IMG/pdf/fp-loi\\_asv\\_ehpad\\_cc.pdf](http://www.unccas.org/IMG/pdf/fp-loi_asv_ehpad_cc.pdf)

ROBERT BOBEE I. *Projection de population de la France métropolitaine pour l'horizon 2050, la population continue de croître et le vieillissement se poursuit.* , n°1089, 2006. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>

SAINT-JEAN D., SOMME D. Taux d'encadrement et médicalisation des établissements d'accueil pour personnes âgées données de l'enquête EHPA. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2003-1-page-13.htm>

SERVICE PUBLIC. Qu'est-ce que la grille AGGIR. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>.

SILVERECO. Hogeweyk : un village pour les malades Alzheimer atteints de démence. Disponible sur : <http://www.silvereco.fr/hogeweyk-un-village-pour-les-malades-alzheimer-atteints-de-demence/3122103>

SOIGNANT EN EHPAD. Finger Food en EHPAD. Disponible sur : <https://www.soignantenehpad.fr/pages/nutrition/finger-food-en-ehpad.htm>

SYNERPA. Les séniors, le chantier de la décennie, repère pour 2025. Disponible sur : [http://www.synerpa.fr/maj/upload/produit/produit\\_7.pdf](http://www.synerpa.fr/maj/upload/produit/produit_7.pdf)

UBERQUOI A. (2016). *L'innovation en EHPAD : intérêts et impacts pour les résidents, les professionnels et les gestionnaires.* Mémoire de fin d'études de master management sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, p. 25-31. 72p.

UNI SANTE (2015). Panorama des EHPAD en France. Avril 2015. Disponible sur : <https://www.conseildependance.fr/wp-content/uploads/2015/08/Panorama-des-EHPAD-en-France1.pdf>

VIAU B. (2009). *La maison Alzheimer Idéale.* In : La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences, volume 12, numéro 1, Février 2009, p. 22-29.

VILLEZ A., (2007). *EHPAD, la crise des modèles.* In : Gérontologie et société, volume 30, n°123, 2007, p. 306. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-169>.

## Table des figures

<b>Figure 1</b> : Évolutions passées et futures de l'espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes entre 2005 et 2050, selon trois hypothèses. France.....	p.9
<b>Figure 2</b> : Degré de dépendance en fonction du GIR.....	p.11
<b>Figure 3</b> : Evolution chronologique des interventions de la politique du maintien à domicile.....	p.13
<b>Figure 4</b> : Infographie de la synthèse des profils des répondants et de leurs établissements.....	p.49
<b>Figure 5</b> : Infographie des perspectives d'évolutions des compétences du directeur d'EHPAD selon les répondants.....	p.55

## Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	
<b>Sommaire</b> .....	
<b>Glossaire</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>Partie I - Contextualisation</b> .....	<b>5</b>
Chapitre 1 - L'EHPAD d'aujourd'hui .....	5
Définition et statut .....	5
Missions et accompagnement.....	6
Prestations et tarification.....	7
Chapitre 2 - Evolution de la population sénior et de la dépendance.....	9
Prévisions statistiques.....	9
Lien avec la population des EHPAD .....	10
Chapitre 3 - L'EHPAD face à la politique de maintien à domicile .....	12
<b>Partie II – Les perspectives d'évolution des EHPAD</b> .....	<b>15</b>
Chapitre 1 – Evolutions structurelles et politiques .....	15
Section 1 – La course à la taille dans une politique et une réglementation en mouvement .....	15
L'image de l'EHPAD, à redorer comme une image de marque.....	16
Le renforcement de la réglementation, un appel à la transparence .....	16
Section 2 – L'EHPAD à la croisée des chemins, perspectives pour demain .....	20
L'hébergement temporaire .....	20
EHPAD et accueil de jour.....	21
EHPAD et accueil de nuit.....	21
Les espaces adaptés au sein de l'EHPAD.....	22
Un rythme de vie adapté au public plutôt qu'à l'établissement.....	22
Les ressources humaines en EHPAD, un concentré de savoir gériatrique .....	24
Chapitre 2 - Evolution du public accueilli .....	26
Section 1 – Mixité de la population accueillie .....	26
Accueil de personnes handicapées vieillissantes.....	26
Accueil de personnes autonomes .....	28
Section 2 – Sectorisation de la population accueillie.....	29
Chapitre 3 - Evolution de l'offre proposée .....	31
Section 1 - Médicalisation des EHPAD .....	31

Médicalisation par l'organisation .....	32
La médicalisation des prestations proposées .....	33
Section 2 - L'EHPAD comme lieu de vie : externalisation de la médicalisation .....	34
Chapitre 4 - Evolutions architecturales, urbaines et sociétales .....	37
Section 1 – Evolutions architecturales.....	37
Section 2 – Evolutions urbaines et sociétales .....	39
Chapitre 5 - Alors, à quoi ressemble l'EHPAD de demain ? .....	42
<b>Partie III – Les perspectives d'évolution des compétences du métier de directeur d'EHPAD.....</b>	<b>44</b>
Chapitre 1- Présentation de l'enquête .....	44
Section 1 - Objectifs de l'enquête.....	45
Section 2 – Elaboration de l'outil d'enquête .....	45
Section 3 – Méthodologie d'enquête .....	46
Cible :.....	46
Echantillon .....	46
Méthode de diffusion.....	46
Nombre de réponses.....	46
Chapitre 2 – Le métier de directeur d'EHPAD dans la littérature.....	47
Chapitre 3 - Analyse des résultats de l'enquête et comparaison avec la littérature.....	49
Section 1 – Caractéristiques actuelles des EHPAD .....	49
Section 2 – Projections concernant les EHPAD .....	50
Section 3 – Prévisions concernant les compétences du directeur d'EHPAD .....	52
Les compétences d'aujourd'hui.....	52
Les compétences de demain .....	52
Chapitre 4 – Quelles sont les compétences du directeur de l'EHPAD de demain ? .....	55
<b>Conclusion .....</b>	<b>61</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>63</b>
<b>Table des figures .....</b>	<b>67</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>68</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>I</b>
Annexe 1 – Liste des prestations minimales d'hébergement.....	II
Annexe 2– Grille d'enquête .....	IV
Annexe 3 – Résultats globaux de l'enquête à destination des directeurs d'EHPAD.....	IX

## Annexes

---

## Annexe 1 – Liste des prestations minimales d'hébergement

Conformément au décret no 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

<b>Prestations d'administration générale</b>	<p>1° Gestion administrative de l'ensemble du séjour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée ;</li> <li>- état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement ;</li> <li>- tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la CMU, CMU-c, l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement.</li> </ul>
	<p>2 ° Elaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants</p>
	<p>3° Prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale dont les frais de siège autorisés ou la quote-part des services gérés en commun</p>
<b>Prestations d'accueil hôtelier</b>	<p>4° Mise à disposition de la chambre (individuelle ou double) et des locaux collectifs ;</p>
	<p>5° Accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes</p>
	<p>6° Fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement</p>
	<p>7° Mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD</p>
	<p>8° Entretien et nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour</p>

	9° Entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs
	10° Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts
	11° Mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans la chambre
	12° Accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans toute ou partie de l'établissement
<b>Prestation de restauration</b>	13° Accès à un service de restauration : fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne
<b>Prestation de blanchissage</b>	14° Fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien (Le linge personnel des résidents n'est pas inclus dans le socle minimal)
<b>Prestation d'animation de la vie sociale</b>	15° Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement
	16° Organisation des activités extérieures

## Annexe 2– Grille d'enquête

### Grille d'entretien semi-directif à destination des directeurs/chefs de services d'EHPAD

Ce questionnaire a pour objectif l'écriture d'un mémoire intitulé "l'EHPAD, évolutions et perspectives d'avenir". Les questions abordées visent principalement à analyser la conception qu'ont les directeurs d'EHPAD de leur profession, et comment ils imaginent leur métier, leurs missions, les compétences requises pour exercer d'ici 5 à 10 ans. Ce questionnaire peut être anonyme comme nominatif. Cependant, afin d'en favoriser l'analyse, le rédacteur souhaiterait contacter par la suite les personnes y répondant afin d'approfondir son analyse et produire un travail cohérent, d'où la demande du numéro de téléphone, si les répondants acceptent d'être contactés par la suite.

#### Personne contactée

**Objectif : connaître la personne contactée et se référer dans les entretiens lors de l'analyse**

1. Quels sont vos nom et Prénom ?  
\_\_\_\_\_
2. Quel est votre numéro de téléphone (si vous acceptez d'être contacté(e) pour l'analyse du questionnaire)?  
\_\_\_\_\_
3. Quelle est votre adresse mail?  
\_\_\_\_\_
4. Quel est votre poste actuel / Société d'emploi actuelle ?  
\_\_\_\_\_
5. Faites-vous partie d'un groupe ?  
 Oui  
 Non

#### L'établissement de la personne contactée

**Objectif : connaître l'établissement**

6. Quel est le statut de votre établissement ?  
 Privé à but lucratif  
 Privé à but non lucratif  
 Public
7. Quel est la capacité d'accueil de votre EHPAD ? (nombre de places d'hébergement)  
\_\_\_\_\_
8. Quel est votre taux d'occupation actuel ?  
\_\_\_\_\_
9. Quel est votre GMP (GIR moyen pondéré) ?  
\_\_\_\_\_

10. Comment a évolué votre GMP depuis 10 ans ?

- Il a augmenté de plus de 80 points
- Il a augmenté d'entre 51 et 80 points
- Il a augmenté d'entre 1 et 50 points
- Il a baissé d'entre 1 et 50 points
- Il a baissé d'entre 51 et 80 points
- Il a baissé de plus de 80 points

11. Quel est/sont le ou les profil(s) de la population accueillie par votre établissement ?

- Personnes âgées dépendantes
- Personnes âgées autonomes
- Personnes en situation de handicap

## **Evolutions constatées durant les 5 dernières années au sein de l'établissement et perspectives d'évolutions pour les 5 prochaines années**

---

**Objectif global : connaître les évolutions antérieures de l'établissement pour comprendre les évolutions futures et leur logique**

12. Votre établissement a-t-il été touché par un regroupement, un rachat, une fusion au cours des 5 dernières années?

- Non
- Regroupement
- Rachat
- Fusion
- Autre

13. Si autre, merci de préciser

---

14. Quels types de partenariats ont été développés par votre établissement ces 5 dernières années ?

- Partenariats médicaux (HAD, EMSP...)
- Partenariats avec d'autres établissements du même type
- Partenariats avec d'autres structures (écoles, ...)
- Partenariats sportifs
- Partenariats culturels
- Partenariats autres

15. Si autre, merci de préciser

---

16. Quels sont les métiers dont les professionnels interviennent au sein de votre établissement depuis 5 ans ou moins, et financés par votre établissement?

- Infirmiers
- Aides-soignants
- Aides-médico-psychologiques
- Ergothérapeute
- Kinésithérapeute

- Professeur de sport
- Autre

17. Si autre, merci de préciser

---

18. Lesquels de ces professionnels intervenant au sein de votre établissement sont mutualisés avec d'autres structures ?

- Infirmiers
- Aides-soignants
- Aides-médico-psychologiques
- Ergothérapeute
- Kinésithérapeute
- Professeur de sport
- Autre

19. Comment a/ont évolué le/les profil(s) de la population accueillie au sein de votre établissement ces 5 dernières années ?

- Accueil de plus en plus de personnes autonomes
- Accueil de plus en plus de personnes dépendantes
- Accueil de plus en plus de personnes en situation de handicap
- Autre

20. Si autre, merci de préciser

---

21. Quelles sont les évolutions futures envisagées/prévues/souhaitées pour le futur pour votre établissement ?

- Regroupement avec un/plusieurs autre(s) établissement(s)
- Rachat de votre structure
- Rachat d'autres structures
- Fusion
- Extension de votre établissement
- Rénovation importante de l'établissement
- Développement de partenariats médicaux
- Développement de partenariats culturels
- Développement de partenariats avec d'autres EHPAD
- Développement de partenariats autres
- Embauche de nouveaux corps de métiers
- Diversification des prestations proposées
- Changement du profil de la population accueillie
- Autre

22. Si vous avez coché au moins une réponse à la question précédente, merci d'expliquer le plus précisément possible les raisons de ces évolutions envisagées pour votre établissement

---

23. Si vous avez coché autres à la question 21, merci de préciser

---

24. Quelles sont les facilités que vous envisagez concernant ces futures évolutions et pourquoi ?

---

25. Quels sont les freins que vous envisagez concernant ces futures évolutions et pourquoi ?

---

## **Vision actuelle de la personne contactée concernant son métier, et perspectives d'évolution de sa profession**

**Objectif : analyser l'évolution des compétences des directeurs d'établissements et identifier les raisons de cette évolution**

26. Depuis comment de temps exercez-vous la profession de directeur/chef de service d'EHPAD ?

- Moins de 1 an
- De 1 à 3 ans
- De 3 à 5 ans
- De 5 à 10 ans
- Plus de 10 ans

27. Comment hiérarchiserez-vous ces compétences selon leur importance pour exercer au poste de direction d'EHPAD de 1 à 10 ?

1 étant pas important et 10 primordial

Management	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Leadership	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Gestion financière	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Conduite de projets	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Communication	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Démarche Qualité	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Maitrise des tableaux de bord	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Gestion RH, recrutement	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Création de partenariats	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Aisance relationnelle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Connaissances législatives	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Esprit commercial	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Connaissance du public accueilli	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

28. Selon vous, quelles sont les autres compétences primordiales pour exercer en direction d'EHPAD ?

---

29. Selon vous, comment a évolué l'importance de ces compétences depuis le début de votre exercice de la profession? Quelles compétences avez-vous dû développer du fait de l'évolution de votre métier? Lesquelles sont devenues moins importantes dans votre exercice? Merci d'être le plus précis possible et de nommer les compétences.

---

30. Pouvez-vous expliquer quelles sont selon vous les raisons de l'évolution des compétences requises pour exercer votre métier depuis le début de votre exercice? Merci d'être le plus précis possible.

---

31. Quelle sont vos prévisions concernant l'évolution des compétences dans le métier de directeur/chef de service d'EHPAD pour les 10 années à venir ? (quelles compétences vont devoir être développées, lesquelles sont amenées à avoir une importance moindre, quelles nouvelles compétences vont devenir nécessaires...). Merci d'être le plus précis possible et de prendre en compte pour répondre l'importance des défis qui se présentent au secteur, en lien avec les évolutions politiques et réglementaires, environnementales, économiques, techniques...

---

32. Pouvez-vous expliquer les raisons de vos prévisions concernant le métier de directeur/chef de service d'EHPAD ? Merci d'être le plus précis possible

---

## Annexe 3 – Résultats globaux de l'enquête à destination des directeurs d'EHPAD

<b>Quel est votre poste actuel / Société d'emploi actuelle ?</b>		16 répondants
Directeur D'EHPAD	71,4%	
Adjoint	21,4%	
DAMS	7,1%	

<b>Depuis comment de temps exercez-vous la profession de directeur/chef de service d'EHPAD?</b>		16 répondants
Moins de 1 an	11,80%	
De 1 à 3 ans	17,60%	
De 3 à 5 ans	35,30%	
De 5 à 10 ans	17,60%	
Depuis plus de 10 ans	17,60%	

<b>Faites-vous partie d'un groupe ?</b>		15répondants
Oui	40,00%	
Non	60,00%	

<b>Quel est le statut de votre établissement ?</b>		16 répondants
Public	12,50%	
Privé à but lucratif	31,25%	
Privé à but non lucratif	56,25%	

<b>Quel est la capacité d'accueil de votre EHPAD ? (nombre de places d'hébergement)</b>		16 répondants
moyenne des répondants	79 places	

<b>Quel est votre taux d'occupation actuel ?</b>		16 répondants
moyenne des répondants	96%	

<b>Quel est votre GMP (GIR moyen pondéré) ?</b>		16 répondants
moyenne des répondants	704	

<b>Comment a évolué votre GMP depuis 10 ans ?</b>		13 répondants
augmenté entre 51 et 80 point	38,50%	
augmenté entre 1 et 50 points	61,5 %	

**Quel est/sont le ou les profil(s) de la population accueillie par votre établissement ?**

16 répondants

Personnes âgées dépendantes	100,00%
Personnes âgées autonomes	18,80%
Personnes en situation de handicap	31,25%

**Votre établissement a-t-il été touché par un regroupement, un rachat, une fusion au cours des 5 dernières années ?**

16 répondants

non	75%
regroupement	0%
rachat	12,5%
fusion	0%
autre	12,5%
Si autres, merci de préciser	GCMS (6%) Reconstruction (6%)

**Quels types de partenariats ont été développés par votre établissement ces 5 dernières années ?**

16 répondants

médical	76,50%
autres EMS	35,30%
autres structures	64,70%
sportifs	5,90%
culturels	29,40%
autres	5,90% résidence autonomie

**Quels sont les métiers dont les professionnels interviennent au sein de votre établissement depuis 5 ans ou moins, et financés par votre établissement ?**

16 répondants

IDE	0%
AS	0%
AMP	64,7%
Animateur	70,6% (avant, faits par soignants pour 66% et bénévoles pour 33%)
Ergothérapeute	41,2%
Kinésithérapeute	47,1%
Professeur de sport	35,3%
Autres	47,1%
Si autres, merci de préciser	47,1%
médecin coordonnateur	25%
technicien de maintenance	12,5%
psychomotricien	25%
esthéticienne	25%
psychologue	37,5%
diététicienne	12,5%
pédicure	25%

<b>Lesquels de ces professionnels intervenant au sein de votre établissement sont mutualisés avec d'autres structures ?</b>			11 répondants
IDE	18,20%	coordinateurs	
AS	0%		
AMP	27,30%		
Animateur	27,30%		
Ergothérapeute	36,40%		
kinésithérapeute	36,40%		
autre	0%		

<b>Comment a/ont évolué le/les profil(s) de la population accueillie au sein de votre établissement ces 5 dernières années ?</b>		16 répondants
accueil de plus en plus de personnes autonomes	11,80%	
accueil de plus en plus de personnes dépendantes	88,20%	
accueil de plus en plus de personnes en situation de handicap	35,30%	
Accueil de plus en plus de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés	82,40%	
Autres	5,88%	
Si autres, merci de préciser	personnes plus âgées	

<b>Quelles sont les évolutions futures envisagées/prévues/souhaitées pour le futur pour votre établissement ?</b>		13 répondants
regroupement avec un ou plusieurs autres établissement(s)	30,80%	
rachat de votre structure	7,70%	
Rachat d'autres structures	0%	
fusion	0%	
Extension de l'établissement	61,50%	
rénovation importante de l'établissement	38,50%	
développement de partenariats médicaux	61,50%	
développement de partenariats culturels	53,80%	
développement de partenariats avec d'autres EHPAD	46,20%	
développement de partenariats autres	23,10%	
embauche de nouveaux corps de métiers	38,50%	
diversification des prestations proposées	69,20%	

Changement du profil de la population accueillie	46,20%
autres	15,40%
Si autre, merci de préciser	
déshabilitation partielle	50% de autre
UVA et partenariat avec le monde du handicap	50% de autre

**Si vous avez coché au moins une réponse à la question précédente, merci d'expliquer le plus précisément possible les raisons de ces évolutions envisagées pour votre établissement**

12 répondants

augmentation ou création de la capacité d'accueil	25%
diminution des coûts de fonctionnement	33,3%
partage des connaissances et outils avec d'autres établissements	25%
diversification de l'offre	41,7%
spécialisation de l'offre	25%
amélioration de l'image de l'EHPAD, attractivité	25%
amélioration de la qualité des prises en charges, plus adaptées à la population accueillie	25%
inscription dans un parcours de soins	8,3%

**Quelles sont les facilités que vous envisagez concernant ces futures évolutions et pourquoi ?**

7 répondants

financiers grâce au groupe	29%
augmentation de la capacité d'accueil permettant d'augmenter des recettes	14,30%
extension/rénovation entreprise pour une meilleure qualité de prise en charge	14,30%
politique favorisant l'innovation	14,30%
forte demande	14,30%
liberté de réorganisation totale du fonctionnement de l'établissement	14,30%

### Quels sont les freins que vous envisagez concernant ces futures évolutions et pourquoi ?

14 répondants

mixité de la population, intégration des résidents désorientés	14,30%
augmentation de la capacité d'accueil = déshumanisation	14,30%
freins budgétaires	50%
EHPAD isolé géographiquement	14,30%
organisation liée aux regroupements	14,30%
réduction du nombre de places habilités à l'aide sociale	14,30%
difficultés techniques pour ouvrir l'EHPAD sur son environnement, créer des partenariats	28,60%

### Comment hiérarchiseriez-vous ces compétences selon leur importance pour exercer au poste de direction d'EHPAD?

16 répondants

	Moyenne/10	Ecart Type
management	8,9	1,3
leadership	8,7	1
Gestion financière	7,9	1,7
Conduite de projets	8,1	1,3
Communication	8,1	2
Démarche Qualité	7,1	2,4
Maitrise des tableaux de bord	8	1,3
Gestion RH, recrutement	7,4	1,6
Création de partenariats	7,1	1,5
Aisance relationnelle	8,1	1,4
Connaissances législatives	7,2	2
Esprit commercial	6,8	2,29
Connaissance du public accueilli (pathologies, modes de prise en charge, besoins...)	8,6	1,3

moyenne des notes du Public et PABL

observation : important ++ pour public et PABL

9,7

moyenne des notes du Public et PABL

observation : important ++ pour public et PABL

8,7

**Selon vous, quelles sont les autres compétences primordiales pour exercer en direction d'EHPAD?**

7 répondants

gestion des conflits	33%
capacité d'adaptation	11%
empathie	22%
curiosité intellectuelle sur les innovations du secteur	11%
Connaissance des prises en charge de la population accueillie	22%
réactivité	11%

**Selon vous, comment a évolué l'importance de ces compétences depuis le début de votre exercice de la profession? Quelles compétences avez-vous dû développer du fait de l'évolution de votre métier? Lesquelles sont devenues moins importantes dans votre exercice? Merci d'être le plus précis possible et de nommer les compétences.**

13 répondants

**Compétences en développement**

connaissance des métiers intervenants dans l'établissement/des modes de prise en charge	15,40%
gestion financière en lien avec la politique du secteur	15,40%
gestion de projet	30,80%
connaissance des spécificités de la population accueillie	30,80%
attractivité, image de l'établissement/esprit commercial	15,40%
management, leadership	38,50%
communication	15,40%
gestion des conflits	7,70%
connaissance des outils/logiciels	7,70%
démarche qualité	15,40%
maitrise des tableaux de bord	15,40%

**Compétences en diminution**

gestion financière	7,70%
Gestion RH	7,70%

<b>Quelles sont vos prévisions concernant l'évolution des compétences dans le métier de directeur/chef de service d'EHPAD pour les 10 années à venir ?</b>	<b>Pouvez-vous expliquer les raisons de vos prévisions concernant le métier de directeur/chef de service d'EHPAD ? Merci d'être le plus précis possible</b>		<b>10 répondants</b>
<b>Compétences destinées à se développer</b>		<b>Raisons</b>	
compétences commerciales 60%	ouverture sur l'extérieur, faire de l'EHPAD un pôle de ressources sur le territoire, création de partenariats	50% attractivité de l'établissement	30% pallier les manques de financement 20% lutter contre la concurrence 10% contact avec résidents et familles 20%
connaissance des métiers exercés dans l'EHPAD 30%	organisation interne, justification du nombre d'ETP	20%	compréhension des problématiques liées aux métiers 10%
le management 30% la maîtrise des tableaux de bord 10%	conduite de projet	10%	
connaissance des spécificités de la population accueillie 30% démarche réflexive sur l'aménagement des locaux 10%	s'adapter aux exigences du public accueilli	20%	pouvoir diversifier le public accueilli 10% pour s'adapter au public accueilli 10%
<b>Compétences destinées à disparaître</b>		<b>Raisons</b>	
fonctions supports 10%	déléguées au siège	10%	

## **L'EHPAD de demain : perspectives d'évolution de ces établissements et des compétences du directeur d'EHPAD**

Les organismes de statistiques sont formels : la population va continuer à vieillir, les personnes de plus de 60 ans représenteront d'ici 2050 un tiers de la population. Elles présenteront un plus fort degré de **dépendance** qu'aujourd'hui. Cependant, les orientations politiques et la volonté des aînés tendent vers le maintien à domicile.

La première partie de ce mémoire contextualise la place de **l'EHPAD** dans cette démographie et face à la politique publique. Pour devenir un choix et non une obligation, **l'EHPAD** va devoir évoluer. Mais quelles sont ses perspectives d'**évolutions** ?

Les perspectives d'**évolutions** pour aboutir à **l'EHPAD** de demain sont nombreuses : ouverture sur l'environnement, regroupement, diversification du public accueilli, intégration de l'innovation, amélioration de l'image... Tous ces changements feront de **l'EHPAD** actuel celui de **demain**. Mais la conduite de ces changements implique une **évolution** des compétences des **directeurs d'EHPAD**. Quelles sont-elles et en quoi transforment-elle le métier ? Le **directeur** de **l'EHPAD** de **demain** est un manager avant tout. Il maîtrise les caractéristiques de son établissement et les fait évoluer grâce à son leadership et la conduite de projets. C'est un être de terrain à l'esprit commercial, avec des connaissances en santé et **dépendance**. Il est visionnaire et inscrit **l'EHPAD** dans son environnement sociétal et répond aux besoins de la population. Il s'adapte à la politique publique, dont le système de financements, pour supporter ces changements, devra lui aussi évoluer.

**Mots clefs : EHPAD, évolution, compétences, demain, dépendance, directeur**

---

## **Tomorrow's care home : prospects of development of this establishment and of the care home director's skills**

Statistic datas are conclusive : the population is getting older, people over 60 years old will represent a third of the population by 2050, and will show more **dependence** than today. However, public policy and elderly's will are turn toward people staying in their home.

The first part of this thesis contextualizes the place of **care home** facing the demography and public policy. To become a choice instead of an obligation, **care home** will have to evolve. But which are his prospects of **development** ?

Prospects of **development** to move on to **tomorrow's care home** are numerus : looking outward, forming groups of establishments, diversification of the residents' profiles, innovation, improving the **care home's** image... All these **evolutions** will upgrade today's **care home** in **tomorrow's** one. But these changes involve an **evolution** of the **care home director's skills**. Which will they be and how will they change the profession ? The **director** of **tomorrow's** care home is at first a manager. He controls all the characteristics of his establishment and makes them evolve thanks to his leadership and his project management. He is a field person with a commercial mindset and knowledge of health and **dependance**. He is a visionary who puts the **care home** in his societal environment and answers people's needs. He adapts his work to public policy whose financial system needs to evolve too to support all these changes.

**Key words : care home, development, evolutions, skills, tomorrow, dependence, director**