



BELOUAR Hacène

**Master 2 - Management Sectoriel
(Parcours Management des Établissements Médico-Sociaux, de la
Qualité et des risques, et des flux)**

Mémoire de fin d'étude

**Réflexion sur l'EHPAD de demain : Quelles perspectives d'avenir pour le
modèle d'accompagnement actuel ?**

Date de soutenance : **Vendredi 27 Septembre 2019 – 18h00**

Composition du Jury :

Président du jury : Monsieur Stanislas WOCH, Enseignant - ILIS

Directeur de Mémoire : Monsieur Hervé LEBLANC, Ingénieur Qualité – Centre Hélène
BOREL

3^{ème} membre du jury : Mme Élise GUILLOUZIC, Directrice - Résidence La Ritournelle.

Année Universitaire 2018/2019

Faculté Ingénierie et Management de la Santé - ILIS
42 Rue Ambroise Paré
59120 LOOS

REMERCIEMENTS

Avant toute chose, je souhaite sincèrement remercier mon directeur de mémoire, Monsieur LEBLANC Hervé, Ingénieur qualité au Centre Hélène Borel, pour sa disponibilité sans faille, la pertinence de ses remarques, ainsi que pour ses conseils avisés et sa clairvoyance dans les moments de doute.

Je tiens également à adresser mes plus sincères remerciements à Madame GUILLOUZIC Élise, Directrice de la Résidence La Ritournelle de Villeneuve d'Ascq, pour avoir accepté d'être membre du jury de soutenance, ainsi que pour sa participation à l'enquête.

Mes remerciements sont également adressés à Monsieur WOCH Stanislas, Président du Jury pour son accompagnement durant ce travail, notamment lors de la phase de définition du sujet.

J'ai évidemment une pensée toute particulière pour mon employeur actuel, le Groupe Orchidées, et notamment le Directeur General Monsieur ROUSSEAUX Arnaud envers qui je suis reconnaissant de m'avoir intégré sur le groupe de travail existant au sein du Groupe et relatif à l'EHPAD du futur. J'adresse également des remerciements tout particuliers à DESROUSSEAUX Delphine, Directrice de la Résidence Orchidées de Lannoy, pour m'avoir offert l'opportunité professionnelle de devenir son adjoint de direction depuis avril, ainsi que pour les conseils et soutien, précieux, apportés durant la réalisation de mon mémoire.

Plus largement, je remercie sincèrement l'ensemble des professionnels du Groupe Orchidées, pour leur accueil et leur bienveillance envers moi, dans une période qui fut très intense entre obligations professionnelles et rédaction de ce présent travail.

Enfin, je tiens à remercier du fond du coeur ma compagne, Clémentine, ainsi que l'ensemble de ma famille pour leur soutien, leurs encouragements et leur bienveillance tout au long de ce travail, participant à en permettre la finalisation.

GLOSSAIRE	1
INTRODUCTION	2
CHAPITRE 1 : L'EHPAD, MAILLON ESSENTIEL DE L'ACCOMPAGNEMENT DU GRAND AGE EN PROIE A DE NOMBREUX DEFIS	4
I) Un modèle au cœur de la philosophie d'accompagnement du grand âge	4
II) L'EHPAD, une institution soumise à de nombreux défis endogènes	7
III) L'EHPAD face à l'accompagnement à domicile et ses alternatives.....	14
CHAPITRE II : FACE A CES DEFIS, QUELLES PISTES D'EVOLUTIONS STRATEGIQUES POUR L'EHPAD ACTUEL ?	21
I) <i>L'EHPAD en tant que plateforme de service gérontologique</i>	21
II) <i>Positionner l'EHPAD en spécialiste de l'accompagnement de la grande dépendance</i>	26
III) <i>Repenser l'accompagnement</i>	30
IV) <i>Conclusion intermédiaire</i>	35
CHAPITRE I : ENQUETE	36
I) Objectifs et finalités de l'enquête de l'enquête	36
II) Méthodologie choisie	37
CHAPITRE II : COMPTE-RENDU DE L'ENQUETE	39
I) Présentation synthétique des résultats	39
II) L'environnement stratégique des EHPAD à ce jour	57
CHAPITRE III : PRECONISATIONS ET CONCLUSION	58
I) Préconisations: quel positionnement stratégique pour les EHPAD demain, face à la montée en puissance de l'accompagnement à domicile ?.....	58
II) Conclusion	61
BIBLIOGRAPHIE	63
TABLE DES FIGURES	69
ANNEXES	

ANNEXE 1 - GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF.....I

ANNEXE 2 – RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS.....IV

GLOSSAIRE

ANAH : Agence Nationale de l'Habitat
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
APL : Aide Personnalisée au Logement
AVS : Auxiliaire de Vie Sociale
BTP : Bâtiment et Travaux Publics (Secteur d'activité)
CLIC : Centre Local d'Informations et de Coordination
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
DREES : Direction de la Recherche et des Études Économiques et Sociales
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ELAN (loi) : Évolution du Logement, de l'Aménagement et du Numérique
ETP : Équivalent Temps Plein
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GIR : Groupe Iso Ressource
GMP : GIR Moyen Pondéré
HAD : Hospitalisation A Domicile
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HDJ : Hôpital de Jour
HT : Hébergement Temporaire
IDE : Infirmier Diplômé d'État
MAD : Maintien à Domicile
MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MAMA : Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
PMP : Pathos Moyen Pondéré
PSD : Prestation Spécifique Dépendance
RA : Résidence Autonomie
RSS : Résidence Services Seniors
SAAD : Service d'Aide A Domicile
SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domiciles
SYNERPA : Syndicat Nationale des Établissements et Résidences pour Personnes Âgées
UHR : Unité d'Hébergement Renforcée
USLD : Unité de Soins Longue Durée
UVA : Unité de Vie Alzheimer

INTRODUCTION

L'accompagnement du grand âge en France est un sujet central dans notre société, autour duquel de nombreux débats et discussions ont lieu, et ce d'autant plus depuis le milieu des années 1990. En effet, ce secteur est en mouvance perpétuelle, du fait de la multiplicité des acteurs qui le composent d'une part, mais aussi de sa forte sensibilité aux évolutions sociales et sociétales d'autre part. Dans ce milieu, l'EHPAD jouit d'un rôle central de par ses spécificités et la nature de son activité.

A ce titre, cette institution vit un moment crucial. Aujourd'hui, les débats se multiplient à son sujet, aussi bien sur les volets réglementaires que « culturel ». En effet, les EHPAD occupent depuis quelques temps une place prépondérante dans l'actualité, et souvent malheureusement pour des raisons assez peu valorisantes. Ces débats sur l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD traduisent une demande du grand public de voir évoluer la prise en charge du grand âge en France. Dans ce cadre, de nombreuses politiques visant à promouvoir des modes alternatifs d'accompagnement de la dépendance ont vu le jour, afin notamment de favoriser la prise en charge à domicile. C'est face à ces constats que je souhaite questionner sur la vision à long terme du modèle actuel et poser la problématique suivante :

Réflexion sur l'EHPAD de demain : quelle stratégie adopter dans un contexte de maintien à domicile ?

Ce travail nécessitera de ma part une véritable curiosité, et questionnera l'incertitude stratégique qui émerge de nos jours. Il s'inscrira et viendra alimenter mes connaissances et compétences en vue de contribuer à mes ambitions professionnelles dans des structures orientées sur la prise en charge des personnes âgées. Je souhaite donc comprendre et analyser ce qui se joue actuellement, afin de pouvoir m'adapter au mieux aux réalités de ce domaine d'activité, et en saisir les enjeux.

Ce sujet induit il est vrai de nombreux questionnements. Cependant, la problématique de ce mémoire est construite de telle sorte à réfléchir sur les conséquences que ces changements induiront sur le plan stratégique et managérial. Ainsi, ma problématique restera centrée sur la stratégie à adopter pour le directeur d'EHPAD face aux

mutations du secteur. Quel état des lieux pouvons-nous faire aujourd'hui ? Quels sont les défis qui s'imposent aux EHPAD ? Dans ce contexte, comment faire évoluer l'organisation de sa structure afin d'y répondre ? Comment assurer sa pérennité face aux modes alternatifs d'accompagnement ? Comment se structurer afin d'apporter quelque chose de pertinent dans l'accompagnement des personnes âgées ? Ce sont là les principales questions qui m'animent à ce jour, et auxquelles je souhaite répondre au travers de ce mémoire.

PARTIE I : CADRE CONCEPTUEL

Chapitre 1 : L'EHPAD, maillon essentiel de l'accompagnement du grand âge en proie à de nombreux défis

l) Un modèle au cœur de la philosophie d'accompagnement du grand âge

a) Histoire des EHPAD

Le sujet des aînés en France a de tout temps été l'objet de débats d'ordre sociétaux, moraux ou philosophiques. Ainsi, la question de l'accompagnement des « vieillards » est un prisme d'analyse des comportements individuels et collectifs d'une société, très prisé par les sociologues ou anthropologues. En effet, la place accordée aux personnes âgées dans les différentes époque qui ont jalonné l'Histoire de France, donne souvent des enseignements que l'on peut extrapoler afin de déterminer des comportements « dominants » dans la société d'alors tant sur les plans idéologiques que politiques. Durant près de 15 siècles, l'histoire des établissements pour personnes âgées se confond « avec celles des établissements charitables apparus aux V^{ème} et VI^{ème} en Gaule »¹. La question de l'accompagnement des aînés était donc principalement impulsée par une philosophie d'inspiration religieuse, notamment Chrétienne. Plus généralement, ces sociétés où n'existaient pratiquement pas de mécanismes de protection sociale, assuraient aux individus précaires une assistance basée sur l'entraide, la charité et la solidarité. Ce n'est que bien plus tard que de véritables systèmes de protection sociale généralisée et financée ont vus le jour.

Durant le Moyen-Âge, « l'indigence et la maladie vont engendrer moult établissement »² censés solutionner les situations de fragilités existantes, et chacun orientés vers un public spécifique (les orphelins ou les malades par exemple) mais aussi et surtout vers les personnes âgées. C'est dans ce contexte que sont apparus **les hospices**, d'inspiration religieuse ou royaliste. Les hospices n'ont cessé d'évoluer dans leur mode de fonctionnement ainsi que dans leur nombre, initialement peu nombreux et orientés exclusivement **vers l'accueil de vieillards indigents**. Cependant en 1941, la Loi du 22 Décembre dite Loi de réorganisation des hôpitaux et hospices civils, donnait une **nouvelle définition** de ces lieux, en les désignant comme des structures « destinées à recevoir des malades, des femmes en couches, des vieillards infirmes et incurable », au-delà des

¹ Travailler auprès des personnes âgées – Jean-Jacques AMYOT. P.97

² Ibid.

« simples » personnes âgées donc, ce qui participe à « brouiller » quelque peu leur finalité. Ainsi, l'ordonnance du 11 Novembre 1958, est venue par la suite apporter des éclairages nouveaux. Elle précise en effet que si ces établissements **n'accueillent que des personnes âgées**, ils devront alors prendre le nom de **Maison de Retraite**. Ainsi, une nouvelle dénomination a vu le jour, permettant de créer de véritables structures spécialisées vers le grand âge, que la Loi du 22 Décembre 1941 avait participé à brouiller.

L'émergence des maisons de retraite marque une première transition entre les anciens **hospices et les actuels EHPAD**. Ces établissements publics, privés ou associatifs, étaient destinés à accueillir des personnes « *considérées comme suffisamment valides pour accomplir les actes de la vie quotidienne* »³. Les prestations offertes dans ces maisons de retraite correspondent à ce que l'on trouve aujourd'hui dans nos EHPAD, à savoir de l'hébergement, de la restauration ainsi que des services divers. Ces structures étaient très marquées « lieu de vie », la médicalisation y était très faible, souvent caractérisée par une simple infirmerie pour les petits problèmes de santé quotidiens.

Par la suite, ces maisons de retraite vont se retrouver confrontées à des problématiques issues de **l'allongement de l'espérance de vie ainsi qu'à l'avènement des dispositifs de prise en charge à domicile**. Ces deux éléments auront pour conséquences de retarder l'entrée en institution, ce qui modifiera sensiblement le profil des personnes accueillies : de jeunes retraités autonomes, ces institutions seront de plus en plus amenées à **accompagner des personnes incapable d'être maintenues à domicile** du fait d'une dépendance grandissante. Ainsi, la législation a dû accompagner ces transformations sociétales, afin de se doter de structures d'accompagnement pertinentes en regard des besoins. Ainsi, la Loi du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est venue bouleverser le fonctionnement des maisons de retraite d'alors. Priorité était désormais donnée à l'amélioration des conditions d'accueil, ainsi qu'à la création (au travers de l'article 5), d'unités médicalisées au sein des maisons de retraite, à destination des personnes dépendantes.

Cette loi est **le point de départ de la sanitarisation**, ininterrompue à ce jour, des institutions pour personnes âgées. Ainsi au début des années 2000 **sont nés les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)**, proposant un accompagnement médicalisé et adapté afin de répondre aux besoins portés par les personnes âgées en situation de dépendance physique ou psychique.

³ Ibid.

Après ce bref rappel historique, intéressons-nous désormais à l'EHPAD actuel, et particulièrement à ses finalités à travers son rôle dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

b) Quel rôle pour l'EHPAD ?

Les EHPAD sont des maisons de retraite médicalisées, accueillant essentiellement des personnes âgées de 60 ans et plus, présentant un état de santé marqué par des altérations physiques, cognitives ou associés et nécessitant un accompagnement et des soins quotidiens par des professionnels qualifiés⁴. La prise en charge réalisée est d'ordre globale, incluant l'hébergement, la restauration, l'accompagnement médicalisé, le maintien de la vie sociale, ainsi que diverses prestations annexes. La finalité est selon la Haute Autorité de Santé « *d'accueillir, de soigner, de soutenir et d'accompagner des personnes âgées* »⁵ afin de leur permettre de préserver au mieux leur autonomie. Ainsi, les EHPAD ont un rôle essentiel dans l'accompagnement de la dépendance en France. De surcroît, ils sont habilités à disposer en leur sein, sous réserve d'une autorisation émanant des Agences Régionales de Santé, d'unités spécialisées⁶ dans l'accompagnement au long cours et la prise en charge des troubles cognitifs de type maladie d'Alzheimer et apparentés, permettant la gradation de l'accompagnement. Parmi ces unités, les **Pôles d'Activités et de Soins Adaptés** (PASA) spécialisées dans l'accompagnement des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer et apparentés à un stade léger au travers d'activités occupationnelles et thérapeutique, là où les **Unités d'Hébergement Renforcés (UHR) ou les Unités Alzheimer** accompagnent ceux présentant des symptômes plus avancées, dans le cadre d'hébergement complet.

c) L'usager en EHPAD

La personne résidant en EHPAD, l'usager, jouit d'un statut propre, reconnu par la législation au travers de la Loi 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant la loi de 1975 sur l'action sociale et médico-sociale. Cette loi, essentielle à comprendre lorsqu'il s'agit d'étudier le sujet de l'EHPAD, offre des droits nouveaux aux résidents de lieu de vie, dont les EHPAD.

⁴<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>

⁵https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_06_qdv3_cs4_web_2018-03-16_12-32-35_302.pdf

⁶ <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers/alzheimer-en-ehpad-quel-accompagnement>

Selon Ingrid ISPENIAN⁷, la loi 2002-2 « reconnaît des droits aux usagers » lui permettant d'être « protégé » et « d'obtenir une aide appropriée à ses besoins » tout en lui garantissant les conditions lui permettant « d'être en mesure d'exercer sa citoyenneté par l'exercice de droits fondamentaux ». La reconnaissance de la singularité de l'usager en EHPAD et des droits qui lui sont dû par la Loi 2002-2, va de pair avec l'énumération de ces derniers, au nombre de sept, au travers de l'article L311-3 La finalité est de voir l'usager devenir acteur de sa prise en charge, et passer du statut de « passif » auquel il était soumis à l'origine (hérité de l'accompagnement dispensé au sein des hospices) à un statut participatif⁸. Pour accompagner les droits des usagers en institution, la Loi 2002-2 a également doté les établissements de divers outils censés garantir l'application de ces droits tel que le projet d'établissement, le contrat de séjour ou encore la charte des droits et libertés. Ainsi, l'usager en institution, et à fortiori en EHPAD, dispose d'un statut à part entière, ainsi que d'outils prévus par la Loi afin de protéger ce statut et de garantir le respect de ces droits en toutes circonstances. Chaque établissement se doit de faire vivre ces outils de la Loi 2002-2, et de les évaluer afin d'en juger de la qualité de mise en œuvre.

II) L'EHPAD, une institution soumise à de nombreux défis endogènes

Aujourd'hui, l'institution EHPAD se trouve à la croisée des chemins, face à des défis protéiformes auxquels elle doit répondre, afin de perpétuer son modèle de fonctionnement, et préserver sa place l'accompagnement du grand âge en France. Ces défis questionnent divers pans de la vie de l'institution, tel que nous le verrons dans cette partie.

a) Une mutation du public entraînant une complexification de l'accompagnement

Depuis plusieurs années, la population Française est caractérisée par un fort vieillissement, symbolisé par la baisse du taux de fécondité (1,87 en 2018 contre 1,90 en 2017)⁹ et par une hausse de l'espérance de vie. En 2018, cette dernière s'établissait à 85,3 ans pour les femmes et 79,4 ans pour les hommes, selon les données publiées par l'INSEE. Aussi, les perspectives pour les années à venir viennent confirmer cette tendance, et renforcer l'impact qu'auront les évolutions démographique sur l'activité des EHPAD, tel que détaillé dans les points suivants.

⁷ « La Loi 2002-2 ou le reconnaissance de droits aux usagers ». Gérontologie et Société – Volume 28 / N°115 – P.49 - 2005

⁸ <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2005-4-page-49.htm>

⁹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693>

- **Une complexification des profils allant crescendo**

L'horizon d'analyse choisi afin d'observer l'évolution des populations accueillies en EHPAD est la période 2011 / 2015, période durant laquelle le phénomène a été analysé par la DREES, au travers de l'enquête EHPA 2015¹⁰. Ainsi, cette étude nous permet d'observer et comprendre plusieurs choses essentielles à l'étude de ce phénomène. Tout d'abord, en 2015, 10% des plus de 75 ans, soit 728 000 personnes étaient hébergées en EHPAD . L'enquête nous indique également que les résidents sont de **plus en plus âgés** : en 2015, la moitié des résidents avait plus de 87,5 ans, contre 86,5 ans en 2011. Sur ce même laps de temps (2011-2015), les plus de 90 ans ont vu leur part croître pour passer de 29 à 35% des personnes accompagnées ! Ainsi, l'EHPAD doit faire face depuis plusieurs années au vieillissement de son public. Ce dernier a pour origine, selon les conclusions d'une enquête menée par la DREES en 2016, le « *développement des différents types de services à la personne, au travers d'une structuration et d'un soutien affirmé de la part des pouvoirs publics* ».¹¹ De fait, cette refonte du paysage de l'accompagnement des personnes âgées a entraîné une redéfinition indirecte du rôle et de la place accordée à l'EHPAD. Toujours selon le même rapport, l'émergence de ces nouveaux services a « *fait apparaître l'EHPAD comme la dernière étape du parcours de vie, lorsque les possibilités de maintien à domicile sont épuisées*¹² ». Ainsi, ce vieillissement du public accueilli implique des conséquences immédiates pour les établissements, **intéressant tout d'abord le « profil pathologique »** des résidents. Ainsi, comme le rappellent les députées Monique IBORRA et Caroline FIAT dans leur rapport d'information parlementaire publié en mars 2018 consécutif à leur mission « flash » sur la situation des EHPAD, ce profil a tendance à s'aggraver depuis 2011. A ce jour, les personnes accompagnés présentent **de plus en plus un profil poly pathologique**, puisque selon leur données, un résident d'EHPAD « *cumule en moyenne 7,9 pathologies* »¹³, et 37% des usagers présentent au moins une pathologie chronique non stabilisée. Cette polypathologie des personnes accompagnées entraîne une complexification de l'accompagnement en institution, dû à la fragilisation de l'état de santé des résidents d'une part, et à l'augmentation des moyens (matériels, humains, de temps) nécessaires à l'accompagnement des personnes d'autre part. Cet alourdissement est objectivable au travers de l'analyse de deux données essentielles : le PATHOS Moyen Pondéré (PMP) évaluant la « charge en soin » d'un résident et le GIR Moyen Pondéré (GMP) évaluant le degré d'autonomie du résident. Depuis plusieurs années, ces 2

¹⁰ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

¹¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf> (P.08)

¹² Ibid.

¹³ Rapport d'Information – M.IBORRA, C.FIAT – 14 Mars 2018 – P.17

indicateurs complémentaires l'un de l'autre **tendent à la hausse** dans la plupart des établissements français. A ce titre, il est intéressant de constater que lors des entretiens réalisés durant ce mémoire, la totalité des directeurs interrogés pointent « *l'alourdissement de la prise en charge* » comme un défi majeur auquel ils ont à faire face. Ainsi, un des dirigeant interrogé illustre ce constat de la manière suivante : « *Depuis plusieurs années, nous avons à faire face à une complexification de la prise en charge. Typiquement, nous accueillons des résidents de plus en plus lourds à prendre en charge, du fait de leurs nombreuses pathologies. Il s'agit de personnes entrant assez tard, souvent dans des états très dégradés et impossibles à maintenir à domicile. Cela nous pose un triple défi, adapter notre organisation à l'accompagnement de ces cas, appréhender la diminution des durées de séjours, mais aussi apprendre à gérer cette multiplication de cas lourds, à moyens iso* ».

Le graphique suivant est l'illustration chiffrée de ce constat, montrant que depuis 2010, le GMP et le PMP n'ont eu de cesse d'augmenter :

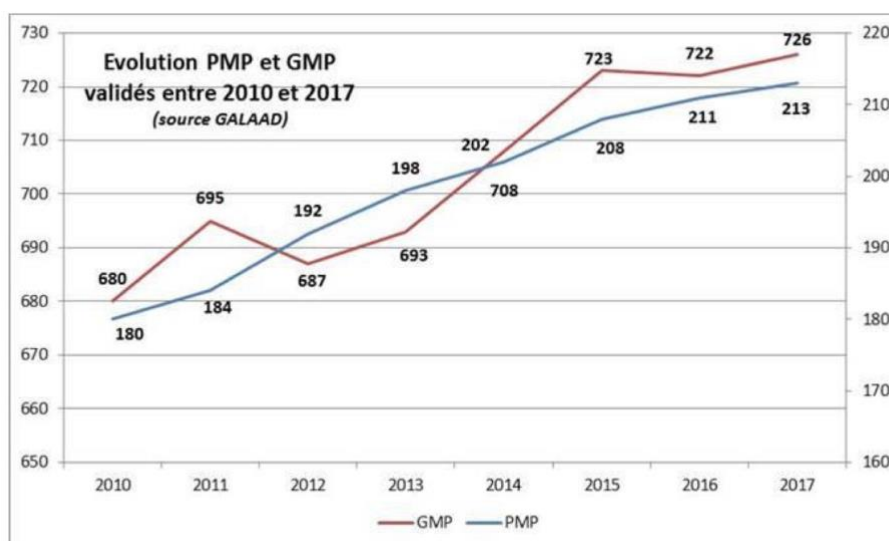


Figure 1 - Évolution des GMP et PMP en France

A l'image de ce qui est exprimé ci-dessus, il convient de prendre conscience des conséquences de ces augmentations pour les structures, tant sur l'accompagnement fourni que sur leur attractivité. Afin d'illustrer cette complexification de l'accompagnement, il est intéressant d'observer le nombre de personnes souffrant de Maladie d'Alzheimer et Maladie Apparentée (MAMA), compris entre 900 000 et 1 000 000 à ce jour dans le pays¹⁴, pour atteindre 57% des résidents en EHPAD¹⁵. Cette donnée illustre bien en quoi l'EHPAD doit aujourd'hui faire face à l'évolution des profils des résidents qu'il accompagne au quotidien.

¹⁴ Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 – HCFEA - Synthèse de l'état des lieux – 7 Novembre 2018 (P.7)

¹⁵ Lettre de l'Observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer n°49-50, 2018

- **2030/2040, cap sur la gérontocroissance :**

En 2018, le Think Tank « Matières Grises » publiait son premier rapport sur « Les Personnes Âgées en 2030 ». Ce document propose des projections sur la situation démographique des plus âgées à horizon 2030, en cherchant à déterminer les tenants et aboutissants de ces évolutions. En 2030, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans atteindra le chiffre de **16,5 millions, contre environ 13 millions** aujourd'hui. Cette « **gérontocroissance** » telle que décrite par les rédacteurs, concernera toutes les catégories d'âges au-delà de 65 ans et particulièrement les centenaires.

	2018	2030	2040	Évolution en pourcentage
Population totale	67 270 809	70 280 913	72 450 546	+ 7,7%
65-74 ans	6 955 455	7 860 639	8 310 632	+ 20%
75-84 ans	3 991 452	6 047 556	6 648 919	+69%
85-99 ans	2 128 640	2 506 729	3 870 855	+ 80%
100 ans et plus	18 109	53 537	75 142	+ 314%

Figure 2 - Évolution démographique en France entre 2018 et 2030. Source : Matières Grises (2018)

Aussi, les **plus de 85 ans** verront leur nombre passer de **2,1 à 3,8 millions**, consécutivement à l'arrivée dans cette tranche d'âge des « baby-boomers ». La moyenne d'âge d'entrée en EHPAD se situant à 85 ans, cela donne un aperçu du défi qu'il conviendra de relever pour les établissements, à savoir : **comment accompagner au mieux ces nouvelles populations, indépendamment de leur nombre et de leur profil pathologique complexifié ?**

b) Une organisation remise en question

L'évolution du profil du public accueilli provoque un questionnement relatif à l'organisation du travail en EHPAD. En effet, cette évolution engendre un alourdissement considérable de la charge de travail du personnel soignant en EHPAD, notamment du fait de la hausse des actes médico techniques lié à la polypathologie, et à la dépendance de plus en plus sévère¹⁶. Ainsi, cela a notamment pour conséquence de provoquer un épuisement professionnel chez les soignants, consécutif à la pénibilité physique et mentale induite par

¹⁶ Rapport d'Information Parlementaire – MMES. Monique IBORRA et Caroline FIAT – 14 Mars 2018 (P.20)

les situations rencontrées. Aussi, cette évolution influe sur la relation entre professionnels et résidents en EHPAD tel que le rapportent Mmes. FIAT et IBORRA : « *les gestes techniques, les toilettes et autres soins ont pris une place de plus en plus importante dans les missions des soignants, au détriment du relationnel et de l'animation*¹⁷ ». La forte proportion de résidents atteints de troubles cognitifs vient aussi alourdir la « **charge mentale** » induite par le travail soignant en EHPAD, notamment du fait de la surveillance accrue et quasi permanente que nécessitent ces personnes, mais aussi de « la violence, des cris, et du stress engendré par le risque de fugue »¹⁸ qui pèse sur ce public. En parallèle, le taux d'encadrement des résidents est à ce jour insuffisant, en regard de la hausse du GMP évoquée précédemment. Ainsi en 2006, le Plan Solidarité Grand Âge préconisait un objectif de taux d'encadrement **d'un professionnel pour un résident**. A ce jour le taux d'encadrement médian est **de 61 ETP pour 100 places** selon la CNSA. Les conséquences pour les professionnels sont nombreuses. Tout d'abord, ces derniers sont extrêmement exposés au **risque d'accident du travail** puisque leur chiffre en EHPAD est « *supérieur à celui constaté dans le secteur BTP (Bâtiment et Travaux Publics)* »¹⁹ et concerne principalement des troubles musculo-squelettiques.²⁰ En outre, l'INRS estime que ces métiers exposent à une « *charge émotionnelle conséquente* », notamment induite par les situations de souffrances et de fin de vie, provoquant un « *risque accru d'épuisement professionnel* ». Le stress subi par les équipes est également un élément fort de la souffrance ressentie par les soignants, stress généré par « la pression de la pendule » provoquant des situations de conflits de valeurs, entre le travail produit et les valeurs professionnelles et personnelles des salariés²¹. Les conséquences néfastes subies par les professionnels viennent retentir sur les institutions, en déstructurant l'organisation du travail mise en place. Ainsi, cette forte accidentologie du travail implique un taux d'absentéisme élevé, de **8,9% soit 32,5 jours d'absence en moyenne**, contre 6,6% dans les autres secteurs de la santé²². Cet absentéisme vient, de par la désorganisation qu'il implique, nourrir le cercle vicieux qui sévit en EHPAD. En effet, il est l'une des variables qui vient accentuer la pénibilité et la dureté du travail soignant en EHPAD. L'absentéisme venant augmenter la charge physique et morale qui pèse sur les professionnels de ces structures, en « répartissant » le travail à faire entre les présents de moins en moins nombreux. Cette désorganisation vient également altérer la qualité de la performance des établissements.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Rapport d'Information Parlementaire – MMES. Monique IBORRA et Caroline FIAT – 14 Mars 2018 (P.20)

²⁰ <http://www.inrs.fr/metiers/sante-aide-personne/ehpad.html>

²¹ Ibid.

²² L'absentéisme en établissement médico-social – ARACT Aquitaine – Septembre 2017

En effet, l'impact financier et humain consécutif à l'absentéisme génère des coûts supplémentaires en masse salariale, et une insatisfaction des usagers.²³

Pour pallier ce problème, nous constatons l'émergence d'un phénomène que Bernard BONNE, dans son Rapport d'Information Sénatorial sur la situation des EHPAD (Mars 2018), qualifie de « **glissement de tâche vers le haut** ». Selon lui, ce glissement de tâches du médecin vers l'infirmier, de l'infirmier vers l'aide-soignant est la résultante de l'absentéisme fort générateur de cette désorganisation. Ainsi, l'EHPAD se doit de composer avec une organisation sans cesse remise en cause, du fait notamment des conséquences de la médicalisation croissante. Cette situation est un des éléments nourrissant un autre phénomène auquel l'EHPAD est confronté, le fameux EHPAD Bashing.

c) Composer avec l'EHPAD Bashing, un défi de taille pour l'EHPAD.

L'EHPAD Bashing, expression à la mode signifiant la critique incessante, souvent exagérée, parfois mensongère, des EHPAD dans leur ensemble sur la base de faits plus ou moins avérés, comme s'ils ne formaient qu'une entité totalement homogène, est très répandue dans le débat médiatique en France. Entre 2017 et 2018, l'EHPAD a connu une « *crise sociale et politique révélatrice d'un triple malaise* ». ²⁴ **Social d'abord** avec les deux journées de grève nationale très médiatisées des mois de Janvier et Mars 2018, de même que la grève de 100 jours de l'EHPAD de Foucherans. **Politique ensuite**, pour les débats que ces épisodes ont suscités et à l'issue desquels plusieurs rapports parlementaires ont vus le jour. **Médiatique enfin**, avec la multiplication des articles et reportages, sur le sujet des EHPAD, sous un prisme très négatif (maltraitance notamment).

Un quatrième axe pourrait même être mis en évidence. Cette crise des EHPAD ne serait-elle pas aussi, **une crise sociétale**, qui questionnerait le rapport des personnes à la mort, à la dépendance, à la vieillesse de manière générale ? Le sujet des aînés, soigneusement évité, s'est brutalement retrouvé au cœur de l'actualité des semaines durant, comme s'il s'agissait d'exorciser un problème partagé par nombre de citoyens sur le rapport à la vieillesse, à cette phase qui effraie plus qu'autre chose. Aussi, cette crise a permis de se rendre compte d'une évolution des mœurs, caractérisée par la prochaine arrivée à l'âge de la retraite d'une génération de français revendicatrice de nouveaux droits et parfaitement

²³ Ibid.

²⁴ Rapport *Horizon 2030* – SYNERPA. P.4

consciente des leurs, la génération des baby-boomers. Celle-ci ayant vécu, fait et participé au grand mouvement émancipateur de Mai 68²⁵, ce qui fait dire à leur sujet aux rapporteurs de l'étude « Les personnes âgées en 2030 » (GUEDJ et al. – 2018) : « *Demain, ils seront des résidents attentifs à leurs droits, mais aujourd'hui, ils sont les enfants exigeants de leur parents en perte d'autonomie* »²⁶. Ainsi, composer avec cette mauvaise image est un défi important pour les directeurs d'EHPAD, défi dont ils ont conscience si l'on en croit les retours d'entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire. Cependant, ils sont souvent dans une position inconfortable, à devoir composer avec des sentiments paradoxaux lorsqu'il s'agit d'analyser ce phénomène plus en profondeur. C'est le cas d'une des directrice rencontrée pour ce travail, qui pense que « *l'actualité autour de l'EHPAD est compliquée, et rend difficile l'exercice quotidien du métier de directeur* » tout en reconnaissant qu'il s'agit d'un « mal nécessaire, puisqu'il a permis de faire en sorte que l'on parle de l'EHPAD ». Ainsi, tel qu'exprimé par la Ministre de la Santé, Agnès BUZYN, il convient de ne pas commettre l'excès inverse et « *nier certaines réalités difficiles* ».²⁷

Mais concrètement, **quelle image** les français ont de leurs EHPAD ? Selon le baromètre « Santé 360 grand âge, dépendance et accompagnement du vieillissement »²⁸ réalisé par l'institut Odoxa en 2017, **68% des français** jugent la qualité de prise en charge insatisfaisante, 56% en ont une image négative quand 84% estiment que les structures ne disposent pas suffisamment de moyens. La conséquence directe est que nombre de français ne souhaitent pas aujourd'hui envisager un futur en EHPAD, et qu'un nombre tout aussi important de professionnels ne souhaitent y exercer. Selon les données contenues dans le Rapport LIBAULT paru en Mars 2019, 63% des établissements déclarant des difficultés de recrutement ont au moins un poste non pourvu depuis 6 mois ou plus.

L'EHPAD vit donc une période mouvementée de son histoire. Entre évolution du public accueilli, défi d'image et souffrance des professionnels, il doit composer avec de nombreux défis interne qui remettent en question son fonctionnement et son positionnement. Aussi, l'EHPAD se doit de composer avec des formes alternatives d'accompagnement du grand âge, qu'il doit prendre en considération, car ces dernières peuvent être l'origine de bouleversements encore plus profond du modèle EHPAD.

²⁵ Ibid. P.5

²⁶ Ibid.

²⁷ <https://www.ouest-france.fr/sante/maisons-de-retraite-agnes-buzyn-regrette-une-forme-d-ehpad-bashing-5525656>

²⁸<http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-360-grand-age-dependance-accompagnement-vieillessement/>

III) L'EHPAD face à l'accompagnement à domicile et ses alternatives.

Depuis plusieurs années se développent en France des dispositifs d'accompagnement du grand âge, non exclusivement tournés vers l'institutionnalisation. Dans cette partie, nous en dresserons un tableau, en commençant par celle qui nous intéresse tout particulièrement dans le cadre de ce présent travail, l'offre d'accompagnement à domicile.

a) L'accompagnement à domicile des personnes âgées

Dans son ouvrage « *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation* » (DUNOD, 2014), Bernard ENNUYER définit le maintien à domicile comme « *le fait, qu'une personne puisse, selon son désir, rester sur le long terme chez elle, avec des périodes plus ou moins longues ou elle ne se trouve pas à son domicile* ». Il ajoute, « *il s'agit pour la personne de rester chez elle, éventuellement en dépit de l'âge, pour y mener sa vie avec tous les risques inhérents à ce choix* ». Ainsi, la notion de libre arbitre, de liberté et de choix est prégnante dans cette définition.

• **Historique des politiques de maintien à domicile depuis 1962**

ANNEE	DESCRIPTION
1962	Le rapport Laroque « Politique de la vieillesse » réaffirme le droit absolu des personnes à vivre « en milieu ordinaire » ²⁹ , et développe pour cela l'accès à « l'aide-ménagère », censé permettre le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie.
1971	Le VI ^e Plan de Développement Économique et Social fixe l'objectif de permettre le maintien à domicile « par une politique de logements et de services adaptés ». ³⁰ La circulaire du 24 Septembre crée « l'aide directe à domicile » ainsi que « l'aide aux vacances » visant à favoriser la socialisation et le maintien en milieu ordinaire ³¹ .
1997	Création de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) dont le but est de « solvabiliser » la demande et permettre le financement des prestations, en parallèle de politiques visant à encourager l'emploi à domicile, fort gisement d'emploi dans un contexte morose ³² .
2001	L'Aide Personnalisée à l'Autonomie est créée, en remplacement de la PSD. Au contraire de la PSD, l'APA n'est pas attribuée sous conditions de ressources mais exclusivement selon le degré de dépendance (GIR 1 à 4)
2005	Année de naissance du Plan Borloo comportant plusieurs mesures incitatives en faveur du maintien à domicile, telle que la création des CESU, la création d'une Agence Nationale des Services à la Personne ou encore via la création de filières de formations aux services à la personne.

²⁹ Repenser le maintien à domicile – Bernard ENNUYER – DUNOD – 2014 (P.45)

³⁰ Vie plan de développement économique et social – JORF 16/07/1971 – P.14

³¹ Repenser le maintien à domicile – Bernard ENNUYER – DUNOD – 2014 (P.49)

³² Ibid. (P.60)

2006	Le Plan Grand Age 2006/2012 s'articule autour de 5 grands axes favorisant le maintien à domicile : Respecter le libre choix du domicile, pouvoir être soigné à domicile, développer les services à domicile (SSIAD notamment), créer un droit au répit des aidants et de nouvelles formes de logement.
2008	Création par le Plan Alzheimer des MAIA, permettant de faciliter la coordination dans le cadre du maintien à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.
2016	Renforcement du droit au répit des aidants dans le cadre de la Loi ASV ³³ , au travers du renforcement de l'APA (permet de financer de l'hébergement temporaire).
2018	La Loi ELAN vient créer des mesures visant à obliger les constructeurs à adapter les logements nouvellement construits, afin de les rendre accessible à tous et notamment aux personnes souffrant d'une perte d'autonomie.

Ainsi, depuis les années 1960 de nombreuses politiques ont vu le jour afin de soutenir le développement du maintien à domicile, bien que certaines des mesures annoncées n'ont pas toujours été suivies d'effets. Cependant, il est indéniable que ce secteur jouit d'une popularité forte auprès de la population en général, et des pouvoirs publics en particulier et ce, pour différentes raisons que nous exposerons dans la sous partie suivante.

- **Le maintien à domicile : une réponse à des volontés multiples**

Le rapport LIBAULT (Mars 2019) a permis de faire ressortir deux demandes fortes émanant de citoyens relatives au maintien à domicile : **donner la priorité au maintien à domicile et respecter le besoin des seniors de se sentir chez soi, quel que soit son lieu de vie.** Ces aspirations se basent en partie sur l'image négative des institutions, et notamment de l'EHPAD, dont l'entrée est vécue comme « *un déracinement, se traduisant par une rupture difficile à vivre sur le plan psychologique et susceptible d'entraîner une dégradation rapide de l'état de santé de la personne* »³⁴. Selon le baromètre d'opinion de la DREES³⁵ de 2018, deux tiers des français estiment inenvisageable pour eux-mêmes de vivre en établissement pour personnes âgées, notamment du fait d'une qualité d'accompagnement jugée insuffisante. Aussi, toujours selon le même baromètre, de plus en plus de français indiquent qu'ils seraient d'accord pour s'occuper à leur domicile d'un proche en perte d'autonomie (34% en 2017 contre 30% en 2016). Outre **l'image** des établissements, **le coût** de ces structures est rédhibitoire pour les personnes interrogées³⁶. En effet, l'enquête CARE réalisée par la DREES en 2016 montre que le reste à charge moyen pour les résidents en

³³ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1_fiche_dgcs_apa_-_cmi_et_questions-reponses.pdf

³⁴ Concertation Grand Âge et Autonomie – Dominique LIBAULT (Mars 2019). P.22

³⁵ Baromètre d'opinion DREES 2017 (Mars 2018) P.9

³⁶ Ibid. P10

EHPAD s'élève à **1850€ par mois**³⁷, quand par ailleurs la pension de retraite moyenne brute en France s'élevait à **1461€ à pareille époque**³⁸.

Démographiquement, le nombre de personnes âgées n'aura de cesse d'augmenter d'ici à 2030, comme nous l'avons évoqué précédemment. Ainsi, ces données poussent les pouvoirs publics à devoir **anticiper la hausse de la demande en soins**, en agissant sur le versant de la prévention après 65 ans, et sur le versant curatif après 85 ans, âge théorique moyen d'entrée en EHPAD et durant lequel survient la dépendance physique. Les plus de 85 ans représentant les plus gros consommateurs de soins, axer sur la prévention est donc essentiel afin de limiter les dépenses de santé dans un contexte de vieillissement démographique. Toujours dans cette optique, favoriser l'accompagnement à domicile permettrait également d'assurer une **meilleure maîtrise des dépenses** de santé relative à la dépendance, du fait du coût moins important représenté par ce type d'accompagnement. En 2018, le cabinet CITIZING a publié la première étude consacrée à l'impact économique de l'aide à domicile. Les conclusions sont limpides : **chaque euro consacré à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes à domicile génère 1,62€ de gains socio-économique par rapport à la prise en charge en institution.**

- **Des dispositifs et prestations variées assurés par une multitude d'acteurs**

La politique de maintien à domicile s'appuie sur une large palette de services et une multitude d'acteurs, censés permettre de répondre à tous types de besoins exprimés. Pour classer ces acteurs, reprenons la typologie établie par Bernard ENNUYER (*Repenser le maintien à domicile*, DUNOD, 2014). Tout d'abord, les **services d'aide à domicile**. Initialement appelé, à leur création, « service d'aide-ménagère », et qui ont pour finalités d'offrir à l'usager toute une palette de prestations centrées sur la vie courante : portage de repas, ménage, entretien, gestion du linge, blanchisserie. Le but est d'aider la personne à « *pourvoir aux tâches matérielles qu'elle ne peut plus faire* » tout en assurant un cadre rassurant pour elle. Globalement, ces services fonctionnent sur 3 modes distincts. Le mode **prestataire** (mise à disposition de salariés par un prestataire privé ou public), le mode **mandataire** (mise en relation avec des professionnels par le biais d'une association mandataire) et le mode **direct** (le bénéficiaire emploie son aide à domicile).

³⁷ Xavier Besnard et Malika Zakri (DREES), 2018, « Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions », *Études et Résultats*, n°1095, Drees, novembre.

³⁸ https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/retraites_2018.pdf (P.56)

Second acteur essentiel du maintien à domicile, **les services médicaux et apparentés**³⁹ tels que les Services de Soins Infirmiers à Domicile, les Services d'aides et d'Accompagnement à Domicile (orientés nursing), les Services Polyvalents (SPASAD), les Services d'Hospitalisation à Domicile ou encore les professionnels libéraux. Ils offrent chacun une **palette de service orientée sur le soins** et l'accompagnement médical.

Troisième acteur : les aidants. Ils disposent d'un statut officiellement reconnu législativement, au travers de l'article 51 de la loi du 28 Décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (Loi ASV), qui les définit comme « *la personne qui vient en aide, de manière régulière et fréquente à un proche, à titre non professionnel, pour réaliser tout ou partie des actes de la vie quotidienne* »⁴⁰. Ils sont majoritairement issus du cercle familial ou du premier cercle amical⁴¹. Selon le baromètre **2017** de la Fondation April (Baromètre BVA), la France comptait cette année-là près de **11 millions d'aidants**, soit 1 français sur 6. A titre de comparaison, l'enquête handicap-santé **2008** de la DREES chiffrait ce nombre à **8,3 millions**. A horizon 2030 leur nombre devrait encore augmenter, parallèlement au vieillissement de la population. Ainsi, de **1 sur 6 en 2017, le nombre d'aidants à cet horizon devrait atteindre 1 actif sur 4**. Leur contribution au maintien à domicile permet à la collectivité de réaliser des économies chiffrées à 11 milliards d'euros par an⁴². Cependant, ils sont soumis à **de nombreuses difficultés**, portant notamment sur la conciliation vie sociale et vie d'aidant, sur les risques psychosociaux (stress, anxiété, épuisement) mais aussi sur le coût financier de leur investissement auprès de leur proche⁴³. Les soutenir et valoriser davantage leur rôle est donc essentiel.

En parallèle, **diverses mesures et dispositifs** ont vu le jour ces dernières années afin de faciliter les conditions du maintien à domicile, permettant notamment l'acquisition **d'aides techniques** (dispositif d'aide à la marche par exemple) ou **l'aménagement du logement**, afin par exemple d'y installer du mobilier adapté à de lourdes incapacités.

Ces investissements peuvent être financés par le biais de l'APA. Aussi, les personnes peuvent bénéficier de l'accompagnement de structures spécialisées telle que l'Agence Nationale de l'Habitat (**l'ANAH**) ou la Caisse Primaire d'Assurance Maladie via le **dispositif**

³⁹ Repenser le maintien à domicile, B.ENNUYER. DUNOD, 2014 (P.135 et suivantes)

⁴⁰ Article 51 – Loi ASV du 28 Décembre 2015.

⁴¹ Baromètre BVA APRIL 2018 publié le 27 septembre 2018

⁴² Laboratoire d'Économie et de Gestion des Organisations de Santé (LEGOS) de l'Université Paris-Dauphine dans le cadre de l'étude Share

⁴³ Baromètre 2017 de la CARAC.

ESCAVIE. Outre ces dispositifs, d'autres toujours destinés à faciliter le maintien à domicile existent⁴⁴ tels que **l'APA à domicile** (revalorisé au travers de la Loi ASV en 2018), l'aide-ménagère à domicile (si non éligible à l'APA à domicile), les **aides au logement (APL)** ou encore les **aides dispensés par les caisses de retraites** (visant à favoriser le lien social comme le dispositif « sortir + » ou l'aménagement du domicile). Enfin, mairies et conseils départementaux peuvent attribuer des **aides extra légales**, plus favorables que les dispositions suscitées, au cas par cas.

Ainsi, le modèle d'accompagnement à domicile s'appuie sur de nombreux acteurs et dispositifs permettant de favoriser son développement, en plus de bénéficier d'un soutien populaire fort. Cependant, ce modèle est-il exempt de faiblesses, de limites ? Tâchons d'analyser cette question au travers de la partie suivante.

- **Les limites du modèle de maintien à domicile**

Le secteur du maintien à domicile est soumis à de nombreuses contraintes propres. La première d'entre-elles repose sur l'aspect Ressources Humaines. En effet, selon une étude publiée par la DARES en 2018 sur les conditions de travail et d'emploi des professionnels des services à domicile, **78% des entreprises** du secteur disposeraient de **postes non pourvus**, pour un total d'environ 175 000 postes⁴⁵. Les principales raisons expliquant ce constat sont les horaires difficiles (décalées, coupées), les faibles rémunérations ou le fort taux d'accident du travail et de maladie professionnelles. Ainsi, selon **Arnold FAUQUETTE directeur du groupe VIVAT** spécialiste de l'accompagnement à domicile et rencontré dans le cadre de ce travail, les métiers proposés sont « *vécus comme très contraignant par les salariés, qui souvent ne reste pas longtemps, ce qui impacte la qualité* ». Il est ainsi difficile aux entreprises de services à domicile de proposer un **accompagnement réellement personnalisé aux patients**, dans la mesure où les interlocuteurs changent souvent. Aussi, ce manque de main d'œuvre pousse à « *refuser environ 10% des prestations demandées* ».

Outre le recrutement, le secteur connaît des difficultés d'ordre **économique**. En effet, le financement des prestations est problématique du fait d'une **solvabilisation insuffisante**. Selon Arnold FAUQUETTE, « *aujourd'hui, sur les 25€ de coût moyen de prestation, 21€ seulement sont financés ce qui provoque des retards de paiement, des difficultés de trésorerie voire des défaillances d'entreprises. 1 entreprise sur 4 défaille dans les 2 ans* ».

⁴⁴ <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-domicile/les-aides-des-caisses-de-retraite>

⁴⁵ <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2018-038.pdf>

Ce défi est pris à bras le corps par les représentants du secteur, en premier lieu l'Union Nationale de l'Aide des Soins et Services au Domicile (UNA). Cette dernière demande à ce titre « 1,7 milliards d'euros afin de solvabiliser l'activité, et investir afin de revaloriser les salaires ».⁴⁶ L'APA ne semble pas suffisante, puisque selon Guillaume QUERCY président de l'UNA, cette dernière « solvabilise la demande mais pas l'offre, d'autant que l'APA ne finance que 21€ de l'heure de travail, alors que le tarif fixé par la convention collective de branche est de 25€ ».⁴⁷ Aussi, les services d'aides à domicile touchent **une autre limite**, lorsqu'il s'agit d'accompagner à domicile des personnes « *lourdement atteinte, notamment d'un point de vue cognitif, et qui pourraient se mettre en danger* ».⁴⁸ Ainsi pour ces cas « *nécessitant un accompagnement permanent* »⁴⁹, l'approche domiciliaire ne semble pas toujours pertinente d'autant plus si la personne accompagnée ne peut bénéficier « *de l'aide ou de l'accompagnement d'un proche aidant* »⁵⁰.

Ainsi, bien que disposant de nombreux atouts, le secteur du maintien à domicile est soumis à des contraintes propres qu'il doit résoudre afin de pérenniser son modèle d'autant que des alternatives entre le domicile et l'institution existent.

b) Les alternatives à l'accompagnement à domicile

Depuis plusieurs années, l'offre d'accompagnement des seniors s'est étoffée, afin de proposer une palette plus large et tenter de sortir de la logique binaire domicile/institution, Nous pouvons citer les **Résidences Services Seniors (RSS)**. Régies par l'article 15 de la Loi ASV, elles accueillent des personnes âgées autonomes, tant en appartement qu'en maison, en leur proposant des services non individualisables tels que de la restauration ou des activités d'animation dans le but de prévenir leur perte d'autonomie et favoriser le « bien-vieillir ». Financées par le loyer des résidents, qui y sont « chez eux », ces structures croissent très vite en France, puisqu'on estime que leur nombre sera supérieur à 1000 en 2020, contre 580 en 2016. La seconde alternative est représentée par les **Résidences Autonomies (RA), anciennement appelés Foyers- Logements**. Ces structures consistent en un ensemble de logements individuels ou collectifs, qui accueillent des personnes autonomes recherchant une vie en collectivité dans des environnements plus sécurisants que le domicile, en « *proposant des prestations minimales individuelles ou*

⁴⁶ <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/le-secteur-de-laide-a-domicile-reclame-17-milliard-471295>

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Entretien avec M.FAUQUETTE Arnold, Directeur du Groupe VIVAT.

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Repenser le maintien à domicile, Bernard ENNUYER, 2014 (p.243).

collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie et pouvant être proposées à des non-résidents »⁵¹. Elles sont majoritairement publiques ou privées associative, et sont soumises au régime de l'autorisation à l'inverse des RSS. Leur financement dépend des départements au travers du **Forfait Autonomie**⁵². Aussi, nous pouvons citer ici **les Petites Unités de Vie (PUV)**, structures accueillant en général moins de 25 personnes, âgées de plus de 60 ans, autonomes ou semi-valides et ne souhaitant plus vivre seules chez elles mais désirant éviter l'entrée dans des lieux (EHPAD, RSS ou RA) accueillant un grand nombre de personnes. Les résidents participent activement à la vie de l'Unité via les tâches quotidiennes, ce qui favorise le lien social et le sentiment d'utilité sociale. En parallèle se développent **d'autres formes d'habitats inclusifs, du bégainage au village seniors en passant par les familles d'accueil ou les habitats inter générationnels**. Elles sont définies par l'article 129 de la Loi ELAN de 2018, comme étant « *destinées aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou à toutes celles qui en font le choix de ce mode de vie {et} consistant en un mode d'habitation regroupées assorties d'un projet de vie sociale et partagées définies par un cahier des charges national* ». L'habitat est dit inclusif à conditions de rassembler plusieurs publics et de proposer un projet de vie sociale, dans ce qui est leur résidence principale.⁵³ Ainsi, de nombreuses alternatives à l'accompagnement à domicile existent. Elles permettent de disposer d'une palette variée de solutions à destination d'un public senior ne souhaitant pas rester à domicile, ni entrer en institution type EHPAD.

Cette partie nous a permis de dresser un panorama complet des défis auxquels l'EHPAD se doit de faire face aujourd'hui. Entre **évolution du public accueilli, dégradation de l'image, et montée en puissance des solutions alternatives d'accompagnement**, l'EHPAD se doit de trouver les solutions afin de **faire évoluer son modèle** et garder une pertinence dans l'offre d'accompagnement des seniors aujourd'hui. Face à ces multiples enjeux, quelles pistes pour l'EHPAD de demain ?

⁵¹Article L313-12 du CASF

⁵² https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/5._fiche_dgcs_resid_autonomie_et_questions_reponses.pdf

⁵³ <https://sweet-home.info/habitat-inclusif-guide-senior/>

Chapitre II : Face à ces défis, quelles pistes d'évolutions stratégiques pour l'EHPAD actuel ?

Quelles options stratégiques s'offrent à l'EHPAD afin d'opérer sa mutation en regard du contexte actuel ? Explorons dans ce chapitre les pistes existantes.

I) L'EHPAD en tant que plateforme de service gérontologique

a) Des services polyvalents et adaptables

Face aux critiques que l'EHPAD subit quant à son modèle, des propositions émanant des professionnels du secteur et des usagers désireux de le voir répondre à leurs besoins émergent. Ainsi, le SYNERPA dans son exercice de prospective « Horizon 2030 », parle de la nécessité pour les acteurs de « *proposer du sur-mesure* », en cherchant à adapter l'offre aux besoins, et non l'inverse comme c'est le cas actuellement⁵⁴. **L'EHPAD en tant que plateforme de service** s'intégrerait dans de véritables pôles gérontologiques locaux qui regrouperaient différents acteurs, dans le but de faire de l'EHPAD un rouage essentiel du parcours d'accompagnement et de prise en soins des seniors sur un territoire donné. Dans un contexte favorisant le maintien à domicile, l'EHPAD ainsi conçu jouerait le rôle de **passerelle entre le domicile et l'institutionnalisation**. La notion de pôle gérontologique s'inscrit dans la tendance politique actuelle qui vise à favoriser les **coopérations et mutualisations** entre acteurs de l'accompagnement des seniors, afin de fluidifier le parcours, limiter les ruptures de prise en charge et diminuer les dépenses⁵⁵. Cette logique est celle qui motive par exemple le programme PAERPA (2013). Quels services pourraient être proposés par l'EHPAD plateforme de services ?

- **Exporter son savoir-faire : l'EHPAD à domicile**

L'EHPAD à domicile vise à fournir des prestations directement au domicile seniors, sur la base des standards des prestations proposées en établissement. C'est une manière pour un opérateur de répondre au souhait des seniors d'être maintenus chez eux en proposant des prestations quasi équivalentes à celles proposées en institution. L'EHPAD à domicile est actuellement expérimenté dans certaines régions de France. Nous pouvons citer l'exemple de **M@do**, plateforme de services gérontologiques, qui propose sur le versant accompagnement à domicile, des prestations de soins (soins infirmiers et de rééducation,

⁵⁴ Rapport Horizon 2030 (2019) – SYNERPA.

⁵⁵ L'EHPAD de demain, vers la création de pôles de ressources gérontologiques locaux. CREA1 Pays de la Loire. P.11 (2019)

soins d'hygiène) mais aussi une aide aux activités de la vie quotidienne (repas, courses) par des professionnels qualifiés et formés à dispenser le même accompagnement que celui en institution. La finalité d'une telle activité est d'inscrire l'EHPAD sur le créneau de l'accompagnement à domicile, en redirigeant l'expertise de ces établissements directement vers le domicile des personnes.

- **Proposer de l'hébergement temporaire**

L'article D312-8 du CASF décrit l'accueil temporaire comme une solution visant à *« développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale. Il vise à organiser, pour l'entourage, des périodes de répit ou de transition entre deux prises en charges, des réponses à une interruption momentanée de prise en charge ou une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée de leur besoins, ainsi qu'à une situation d'urgence. Il vise d'autre part à organiser pour l'entourage, des situations de répit (...) »*.

L'hébergement temporaire peut être autonome ou rattaché à un EHPAD ou à un SSIAD. Il recouvre **diverses typologies**. Tout d'abord, **l'accueil temporaire (HT)**. Il se fait soit dans des structures EHPAD classiques, soit chez des « hébergent familiaux ». Les principaux intérêts à cette solution sont de permettre la gestion des situations « de crise » (dégradation aigue de l'état de santé par exemple), de permettre aux aidants de bénéficier de quelques jours de repos, de réaliser des sortes de « test », avant une entrée définitive en institution, ou encore de favoriser la socialisation de la personne. Autre modalité, **l'accueil de jour (ADJ)** qui permet d'accueillir à la journée ou à la demi-journée, des personnes âgées en perte d'autonomie et ou présentant des pathologies cognitives, afin de leur permettre de bénéficier d'un suivi régulier et adapté et de préserver et entretenir leur capacités physiques ou cognitives. Aussi, l'accueil de jour s'avère précieux pour les aidants, car il leur permet de se libérer du temps mais aussi de rencontrer des professionnels ou d'autres familles dans le même cas de figure. **L'accueil de nuit enfin** permet d'accompagner en institution la nuit, des personnes vivant au domicile et agit comme une solution à mi-chemin entre l'HT et ADJ. Ainsi, l'accueil temporaire se veut être une réponse orientée tant vers les personnes aidées que vers leur entourage direct. Il peut aussi être intéressant dans le cadre de la gestion de l'aval des hospitalisations, afin de permettre une phase transitoire avant le retour à domicile⁵⁶. Développer le positionnement des EHPAD sur ce segment de

⁵⁶ CNSA – État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire. P.13

l'accompagnement placerait ces institutions en **position de pivot** de la prise en charge gérontologique et en **soutien fort du maintien à domicile**, à même de fluidifier le parcours des personnes et de limiter les ruptures, souvent sources de rechutes et de perte d'autonomie. A ce jour, il n'existe pas vraiment de **politique orientées sur le « parcours »** des seniors, ce qui génère outre les ruptures de prises en charge délétère, un réel sentiment d'abandon chez les principaux concernés, en plus d'une inefficience économique criante⁵⁷. Faire émerger cette notion de parcours est donc aujourd'hui essentiel, à plusieurs égards.

- **S'ouvrir sur la Cité**

L'ouverture sur l'environnement, voilà l'un des maître mots pour l'EHPAD de demain, pour en faire des lieux qui « *attirent vers l'intérieur et irradient vers l'extérieur* »⁵⁸ tel que proposé par de nombreuses organisations professionnelles. Dans cette conception, la notion d'EHPAD plateforme de service se verrait élargie à toutes les prestations produites par les structures, et non plus seulement aux prestations médicale ou paramédicale. Ainsi, il serait possible d'envisager que les prestations d'animation, de blanchisserie ou de restauration puissent devenir pleinement accessible aux seniors vivant à proximité de l'EHPAD⁵⁹, de même que les locaux comme les salles polyvalentes. Ouvrir de telles possibilités permettrait d'une part d'ancrer davantage l'EHPAD dans son environnement de par la dimension « tentaculaire » qu'il occuperait, mais aussi d'agir à nouveau comme un « **facilitateur** » du **maintien à domicile des seniors**.

- ** tre un lieu de diagnostic et de prévention**

L'EHPAD dispose de la possibilité de s'ouvrir en tant que **lieu de diagnostic et de prévention**, à destination des aînés. Cette démarche s'inscrirait dans le cadre des préconisations émises par l'ANESM/HAS, relatives à **l'ouverture sur le territoire des établissements médico-sociaux**. Dans celles-ci, l'organisme préconise aux structures de « *faire profiter l'environnement des services et équipements de l'établissement* »⁶⁰. En ce sens, l'EHPAD pourrait faire bénéficier à son environnement, de ses outils, de ses compétences, et de son expertise gérontologique, dans le cadre d'actions de prévention et de diagnostic. Cela prendrait la forme de consultations mémoires, de consultations de télémédecine (via la téléconsultation ou le télédiagnostic) ou gériatriques au sens large⁶¹.

⁵⁷ Concertation Grand âge et Autonomie – Dominique LIBAULT (Mars 2019). P.56

⁵⁸ Rapport *Horizon 2030* (2019) - SYNERPA

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ouverture.pdf

⁶¹ Rapport *Horizon 2030* - SYNERPA

Mettre à profit de la population environnante son expertise, ses moyens techniques ainsi que ses compétences humaines constitue donc un autre moyen de diversifier ses services, dans cette optique de transformation en plateforme ouverte sur le territoire. En parallèle, afin de s'intégrer dans la dynamique autour du « bien vieillir » portée notamment par la loi ASV de 2016, l'EHPAD de demain pourrait offrir des prestations tournant autour de la prévention de la perte d'autonomie. Ainsi, la participation des personnes âgées environnantes aux activités d'animation ou aux ateliers d'ergothérapie par exemple, pourrait entrer dans ce cadre de la promotion de la santé et du bien-vieillir, au même titre que l'organisation de journées d'informations et de préventions ouverte à tous.

- **Proposer des services adaptés aux besoins des aidants**

Les aidants, tel qu'évoqué précédemment, occupent une place essentielle dans l'accompagnement et le maintien à domicile des seniors. Le système repose en grande partie sur leur investissement au contact de leur parents. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles les politiques actuelles tendent à les soutenir, au travers de l'adoption de diverses mesures telles que **le droit au répit ou le statut du proche-aidant** porté par la Loi ASV. Ainsi, toujours dans l'optique de soutenir le maintien à domicile, une partie des services portés par l'EHPAD plateforme de service pourraient s'orienter vers ces personnes, et ce sous différentes formes. Aujourd'hui, environ 48% des aidants reconnaissent souffrir de problèmes de santé liés à leur statut, 59% estiment se sentir seuls depuis qu'ils sont aidants tandis que 70% estime ne pas disposer de temps pour les loisirs⁶². La première solution consisterait à développer des services tournant autour du **droit au répit**. Ainsi, le **baluchonnage** tel qu'il existe au Québec entre dans cette catégorie. Le baluchonnage, dont l'équivalent français se nomme **relayage**, consiste en un remplacement « longue durée » de l'aidant au domicile, par un professionnel de l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie. L'idée étant de permettre à l'aidant de « *s'accorder du répit en dehors du domicile, sans obliger le proche à quitter son lieu de vie* »⁶³ et ainsi prévenir son épuisement tout en limitant les perturbations pour le parent. De cette manière, des professionnels exerçant en EHPAD ou orientés par ce dernier, pourraient jouer le rôle de relais de l'aidant au domicile. Pour offrir un « *réel bénéfice* », la durée du relayage doit être « *au minimum de 36h, soit 2 jours et 1 nuit* »⁶⁴. Le relayage est aujourd'hui assez complexe à mettre en œuvre, dans la mesure où la législation sur le droit du travail implique de faire

⁶²https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/3._du_baluchonnage_quebecois_au_relayage_en_france_version_def_3.pdf

⁶³ Ibid. P9

⁶⁴ Ibid.

se relayer les professionnels afin de couvrir la période complète des 36h, conformément aux dispositions sur le temps de travail. Or, ces changements d'accompagnants risquent de perturber la qualité de l'accompagnement ainsi que les repères de la personne aidée et ainsi rendre l'accompagnement offert moins efficace.

Dans le même ordre d'idée, les EHPAD plateforme de service pourraient développer des services **d'aide au répit de l'aidant**, en utilisant les dispositifs d'accueil temporaire cités précédemment afin d'atteindre cette finalité d'offrir un répit transitoire à l'aidant, et ainsi bénéficier de temps libre qu'il pourra consacrer à d'autres activités.

D'autres services à destination des aidants pourraient voir le jour, en faisant notamment appel à l'expertise et au savoir-faire des EHPAD et des professionnels y exerçant.

b) Illustration de l'EHPAD Plateforme de Services : l'expérimentation EHPAD@dom

Afin d'illustrer ce projet, abordons le cas du dispositif expérimental Ligérien **EHPAD@dom**. L'ambition de ce projet est de répondre à 3 limites identifiées au maintien à domicile des seniors à savoir **le risque de perte de lien social, le sentiment d'insécurité et le manque de coordination entre intervenants**. EHPAD@dom accompagne 24 personnes et associe **un EHPAD, un SSIAD, un Service d'Aide à Domicile ainsi que des professionnels libéraux**. L'accompagnement débute par une phase d'évaluation des besoins débouchant sur un projet personnalisé alliant prestations à domicile et prestations en EHPAD. A domicile, les bénéficiaires disposent d'une aide à la vie quotidienne, d'un service de téléassistance ainsi que d'interventions infirmières 24H/24 et 7 jours sur 7. Aussi, ils bénéficient du transport entre leur domicile et l'EHPAD ainsi que d'une aide aux démarches administratives. Dans ce projet, en plus d'occuper le rôle de coordinateur des interventions du SAD et du SSIAD, l'EHPAD propose diverses prestations et services tournant autour de l'hébergement temporaire, tout en permettant la participation des personnes aux activités de l'établissement (consultations, actions de prévention et d'éducation à la santé, séances de kiné ou de psychothérapie, mais aussi participation aux repas ou aux activités). Les bénéficiaires (GIR 1 à 5) sont choisis selon des critères bien précis, à savoir une volonté de rester à domicile, ainsi qu'un état de santé permettant un maintien à domicile en toute sécurité⁶⁵. Sa mise en place nécessite une coordination sans faille afin d'articuler au mieux les interventions de chacun des professionnels⁶⁶. La coordination passe par la nomination

⁶⁵ Direction[s] N° 168 - Octobre 2018

⁶⁶ Ibid.

de personnes spécifiquement dédiées à cette mission, ainsi qu'à la formalisation de procédures et de temps de communication et transmission d'informations. Ainsi dans le cadre d'EHPAD@dom, les services de SSIAD, SAAD et de l'EHPAD sont réunis au sein d'un seul et même bâtiment, afin de faire office de « guichet unique » pour les bénéficiaires⁶⁷. L'ambition du projet est à terme, de « *proposer des services à la carte à destination de l'ensemble des seniors du territoire* » d'après la directrice du dispositif⁶⁸. **EHPAD@dom symbolise une évolution** du modèle passant d'une logique de « structure » à une logique de prestations de services adaptées aux besoins des personnes, en se plaçant comme acteur de la prévention des conséquences du vieillissement.

Pour l'EHPAD, se positionner en tant que plateforme de services gérontologiques ouverte sur son territoire permettrait donc de proposer une réponse stratégique adaptée au développement du maintien à domicile des seniors, en venant en soutien de ses acteurs et en répondant aux besoins spécifiques des seniors. Cependant ce type de projet se trouve soumis à plusieurs défis, telle que la nécessaire coordination de l'activité d'une part mais aussi la nécessité de repenser l'organisation des établissements, afin de gérer les différents services proposées et d'en assurer le financement.

II) Positionner l'EHPAD en spécialiste de l'accompagnement de la grande dépendance

Toujours dans l'optique de développer une offre adaptée et complémentaire de celle offerte par les acteurs du maintien à domicile, l'EHPAD de demain pourrait en ce sens faire évoluer l'accompagnement actuellement proposé. C'est le second axe stratégique identifié pour faire émerger l'EHPAD de demain, et ce dernier peut prendre plusieurs formes.

a) Un lieu hyperspécialisé

Les tendances démographiques à venir pointent le vieillissement de la population à horizon 2030. Cela s'accompagnera par une hausse de la dépendance physique des personnes accompagnées en EHPAD, du fait d'entrées de plus en plus tardives justifiées par un maintien à domicile privilégié par les seniors, ce même maintien à domicile qui n'est possible que jusqu'à un certain niveau de dépendance. Ainsi, l'EHPAD de demain sera confronté à l'accueil de personnes présentant dépendance physique grandissante auquel il devra faire

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ Ibid.

face, en **adaptant son accompagnement en structure en parallèle du développement de service**. Il s'agit du second axe stratégique potentiel étudié dans cette partie.

- **Développer la médicalisation afin de s'adapter à la grande dépendance**

Depuis la Loi 2002-2, les établissements pour personnes âgées n'ont eu de cesse de se médicaliser, afin de gérer l'évolution des profils de résidents, caractérisées par la hausse des GMP et PMP. En parallèle du développement du maintien à domicile, plusieurs experts **et rapports préconisent le renforcement de l'EHPAD sur le versant de la médicalisation**, afin de ne se concentrer que sur les cas les plus complexes à prendre en charge, ceux pour qui le maintien à domicile est difficile voire impossible. Ainsi, Albert LAUTMAN estime que faire que l'EHPAD soit le lieu de la grande dépendance est « *le sens de l'histoire, un constat déjà irréversible face auquel il faut s'adapter* »⁶⁹. Le **Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)** préconisait début 2019 de renforcer les capacités d'accompagnement des EHPAD, afin de faire face à des situations de plus en plus lourdes expliquées par le vieillissement démographique, notamment à horizon 2030. Aussi, les rapporteurs tablant sur le fait que l'image de l'EHPAD en tant que lieu de vie est à ce jour très perturbée du fait de la concurrence des habitats alternatifs, ils préconisent « d'assumer » une réalité à laquelle l'EHPAD serait assigné aujourd'hui : celle d'être un lieu axé sur la dimension sanitaire, prioritairement à la dimension « sociale ». **Cette poursuite de la médicalisation des structures pourrait prendre différentes formes.**

⇒ **Par le renforcement du rôle du Médecin Coordinateur**

Le médecin coordonnateur est un personnage clé de la pratique en EHPAD. Son rôle cependant est à ce jour limité à des tâches ne lui permettant pas par exemple de prescrire des traitements, hors cas d'urgence, cette tâche étant dévolue au médecin traitant du résident (dans la logique des choses puisque l'EHPAD est avant tout un lieu de vie). Cependant, lui accorder de nouvelles prérogatives permettant par cela pourrait participer au développement de la médicalisation des structures. C'est ce que le décret **N° 2019-714 du 5 Juillet 2019** portant réforme du statut du métier de médecin coordinateur accorde justement, en stipulant que le médecin coordinateur désormais, « **peut intervenir sur tout acte incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin désigné ou le remplaçant n'est pas en mesure de les réaliser** ». Une telle évolution permettra de faciliter l'accompagnement des résidents, en limitant notamment d'éventuels retards de prises en charge parfois sources de complications, ou d'hospitalisations. Aussi, assurer une

⁶⁹ Albert LAUTMAN lors des assises nationales des EHPAD en mars 2017

présence plus grande et plus fréquente du médecin coordinateur permettrait d'aller dans le sens d'une plus grande médicalisation. A l'heure actuelle, ces derniers ne sont présents qu'à temps partiel en structure, généralement à 50% du temps. Ainsi en disposant en ses murs d'un professionnel ayant le pouvoir de prescription et davantage présent, l'EHPAD sera en mesure de proposer des prestations en mesure de répondre aux défis imposés par le vieillissement et la fragilisation de sa population.

⇒ **Par la généralisation des infirmières de nuit**

Ces derniers mois plusieurs expérimentations portant sur la mutualisation d'astreintes ou de garde d'infirmières de nuit entre plusieurs EHPAD ont vu le jour. Ces astreintes peuvent être organisées soit par les EHPAD directement, soit par un centre hospitalier opérant sur le territoire dans le cadre d'une convention de partenariat. Les principaux bénéfices à retirer d'une telle organisation seraient de **diminuer le recours** aux urgences, d'assurer une **prise en charge adaptée** à tout moment, notamment pour les **accompagnements de fin de vie** en permettant à la personne de rester dans son lieu de vie habituel, mais aussi de **rassurer les équipes de nuit et les résidents**⁷⁰ grâce à cette possibilité d'intervention augmentée.

⇒ **Repenser l'organisation du travail**

La médicalisation par la refonte de l'organisation du travail. Cet axe pourrait être étudié afin de repenser notamment les horaires de travail des infirmières, afin d'assurer une présence continue du matin au soir, et notamment le week-end. Ainsi, là où sur ces jours les infirmiers travaillent généralement sur des postes « coupés », avec une plage de 4h entre midi et 16h durant laquelle l'EHPAD ne dispose d'aucun infirmier sur site, il pourrait être opportun de **revoir l'organisation des horaires afin d'assurer une présence infirmière en continu du matin au soir**, sur le mode hospitalier (horaires postés avec équipe du matin et de l'après-midi). Le temps de nuit étant assuré par les astreintes ou gardes infirmières. Cependant, ces évolutions sont soumises à **l'augmentation des moyens destinés au recrutement, et à la hausse du taux d'encadrement infirmiers et soignant en EHPAD.**

⁷⁰ ANAP – Mutualisation des infirmiers de nuit en EHPAD

⇒ **Proposer davantage de prestations médicalisées**

La médicalisation par la proposition de **nouvelles prestations**⁷¹. Dans cette optique, il pourrait être envisageable de voir l'EHPAD proposer en ses murs des actes jusqu'à lors essentiellement dispensés en hôpital, tel que des **séances de dialyse, des transfusions sanguines, séances de chimiothérapie ou encore la pose et surveillance de voie veineuse périphérique**. Pour ce faire, les structures pourraient s'appuyer sur les compétences des professionnels infirmiers qui les composent, lesquels disposent des mêmes formations et acquisitions de base que les infirmiers en milieu hospitalier. Cependant, de telles évolutions impliquent de développer le nombre de professionnels présents afin d'assurer les surveillances idoines, ainsi que de développer les prérogatives du médecin coordinateur. En outre, cela suppose de faire bénéficier aux EHPAD de budgets supplémentaires permettant l'acquisition des matériels nécessaires ainsi qu'un aménagement adapté des locaux. Cependant, cette médicalisation des prestations peut aussi passer par la conclusion de davantage de **conventions de partenariat et de coopération** avec les établissements hospitaliers du territoire. Elles pourraient permettre **d'accentuer l'accompagnement spécifique**, notamment au travers des équipes mobiles pour ce qui concerne des prises en charge spécifiques telle que celles inhérentes à la fin de vie ou aux troubles cognitifs.

Ainsi, l'EHPAD positionné en tant que spécialiste de la prise en charge de la grande dépendance, grâce à une médicalisation accrue, s'intégrerait dans une logique de **parcours de prise en charge des seniors** grâce à ses nouvelles compétences et moyens, avec les bénéfices espérés suivants :

- **Faciliter l'aval d'hospitalisation** en proposant des solutions d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation, et en limitant les ré-hospitalisations ;
- **Limiter le recours aux urgences ainsi que les hospitalisations** du fait du développement des prérogatives des Médecins Coordinateurs, à la présence accrue de professionnels et aux nouveaux moyens techniques disponibles ;
- **Faciliter les prises en charge de fin de vie** au sein de l'établissement grâce aux partenariats et coopérations.

Dans cette optique de spécialisation, se poserait la question du **positionnement des EHPAD en regard des Unités de Soins Longue Durée (USLD)**. A terme, assisterait-on à

⁷¹ *L'EHPAD de demain : perspectives d'évolution de cet établissement et des compétences du directeur de d'EHPAD*. Mémoire de Joséphine RABUT – ILIS - 2017

une fusion de ces modèles, qui proposeraient peu ou prou le même type de prestations ? Aussi, il convient d'être **vigilant avec cette notion de médicalisation**. Assigner aux EHPAD un rôle exclusivement orienté vers l'accompagnement de la très grande dépendance pose la question de la place de la vie sociale dans ces structures. Comment concilier les deux ? Est-ce à l'EHPAD de se médicaliser davantage, ou doit-il au contraire se concentrer sur le développement de la dimension « sociale » et lieu de vie de ses structures ? **Le troisième axe de développement stratégique possible pour les EHPAD consisterait à axer davantage son accompagnement sur le versant social**, en « *proposant du soin certes, mais du soin caché* », tel que le préconise Sophie BOISSARD, Directrice Générale du Groupe Korian.

III) Repenser l'accompagnement

a) Proposer des philosophies centrées sur la personne

L'image renvoyée par l'EHPAD est généralement perçue comme anxiogène, synonyme de perte de liberté voire d'accentuation de la dépendance. Ainsi, l'EHPAD de demain pourrait opter pour une évolution de sa philosophie d'accompagnement, davantage orientée sur la personnalisation et la réelle prise en compte des spécificités de chacun, d'autant plus pour ce qui concerne **les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés**. Aujourd'hui, de nombreuses initiatives existent en ce sens.

- **De Carpe Diem à Montessori**

L'approche Carpe Diem théorisée par Nicole POIRIER vise à modifier le regard porté sur les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer, en « *considérant la personne, avant de considérer la maladie* ». ⁷² L'accompagnement est axé sur le relationnel, en excluant autant que possible le recours aux thérapeutiques médicamenteuses, au travers d'une philosophie inspirée par la psychologie humaniste existentielle de Carl ROGERS. Elle privilégie ainsi **l'écoute, la compréhension des besoins** de la personne, et la valorisation de leurs forces et capacités. Pour être opérante, la philosophie Carpe Diem doit nécessairement être partagée par « *l'ensemble des personnes gravitant autour de la personne atteinte* » ⁷³ afin de créer un continuum de prise en charge. Au quotidien, l'approche Carpe Diem vit au travers de « **petites maisons** » accueillant un nombre restreint de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Au Québec, lieu de naissance

⁷² L'approche Carpe Diem – Guy BILODEAU, 2000.

⁷³ Alzheimer : De Carpe Diem à la Neuropsychologie – Roger GIL et Nicole POIRIER – Erès, 270p. 2018

de cette philosophie, nous parlons de Maison Carpe Diem. La vie en leur sein s'articule autour du respect du rythme de vie de chacun. Chaque résident est partie prenante de la vie de la maison au travers par exemple de sa participation aux tâches quotidiennes, entouré d'intervenants professionnels. La particularité de ces maisons est de ne pas imposer de cadre organisationnel. La personne décide seule du moment de sa toilette quotidienne ou de son coucher, de l'heure et du lieu de son repas par exemple. Ainsi cette approche change fondamentalement celle que l'EHPAD actuel connaît. En effet, nos structures sont avant tout marquée par une emprise forte de l'organisation, expliquée par le nombre important de personnes accompagnées, sans commune mesure avec ce qui se fait dans les maisons Carpe Diem. La philosophie Carpe Diem est avant tout une manière d'humaniser l'accompagnement des personnes souffrants de pathologies cognitives, en **changeant le regard portées sur elles, en ne raisonnant plus sur la base de leurs déficits mais plutôt sur celles de leurs capacités restantes**. Cette approche vise à proposer un accompagnement très personnalisé, propre à chacun grâce à une organisation souple.

En parallèle de Carpe Diem existent d'autres approches visant le même objectif de personnalisation. Par exemple, la méthode de **Validation**[®] vise à accompagner de façon privilégiée et empathique les personnes très âgées et désorientées, en adaptant la communication à leur égard, ou encore la méthode de **Montessori**[®] qui implique un changement de regard sur la perte d'autonomie induite par les démences, en adoptant une attitude bienveillante envers les personnes. Enfin, la philosophie **Humanitude**[®], entre également dans ce champ, en ayant pour finalité de « *soigner avec bienveillance* » autour de 5 grands principes valorisant le respect de la dignité et la personnalisation de l'accompagnement, selon les 2 fondateurs du **Label Humanitude**, Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI. Les établissements souhaitant proposer un accompagnement basé sur cette philosophie doivent acquérir le Label délivré par l'association éponyme (18 établissements étaient labellisés, et plus d'une centaine étaient engagés dans la démarche en France en 2019).⁷⁴

Ainsi, ces philosophies centrée sur les besoins des personnes permettraient d'apporter une réponse aux principaux griefs fait à l'EHPAD actuel, définis comme impersonnel, et déniait aux résidents le droit de vivre comme ils l'entendent, sur la base de la primauté donnée à l'organisation globale et standardisée. Cependant, pour mettre en œuvre ces approches,

⁷⁴ Le Mag de la Santé – France 5 – Janvier 2019

d'aucuns pensent qu'il est indispensable **de revoir l'organisation architecturale** des EHPAD pour sortir du prisme sanitaire. Quelle pistes d'évolutions à ce sujet ?

- **Une architecture à adapter aux souhaits du plus grand nombre**

Ces philosophies d'accompagnement s'appuient sur une personnalisation très marquée, qui peut s'obtenir de différentes façons : par exemple en augmentant considérablement le nombre de professionnels au contact des résidents, en revoyant de fond en comble l'organisation actuelle, ou en proposant **de nouveaux modèles d'établissements, plus nombreux, différents d'un point de vue architectural et accueillants moins de résidents**. La volonté des seniors aujourd'hui étant orientée sur l'idée de disposer de lieux de prise en charge de la dépendance plus petits, plus familiaux et surtout ouverts sur l'extérieur, quel modèle mettre en place ?

Premier exemple, la philosophie Carpe Diem s'applique au Québec au travers de « **Maisons Carpe Diem** », lieu à taille humaine et chaleureux accueillant un petit nombre de résidents accompagnés de professionnels (en tenues du quotidien). Ces lieux trouvent leurs prolongement en France, avec les Maisons Ama Diem, calqués sur la même philosophie. De cette façon, les résidents se retrouvent dans des espaces plutôt familiers, ressemblant à ceux du quotidien, et dans lesquels il est plus aisé de recréer ses habitudes de vies en ne se sentant pas « déracinés », comme ce peut être le cas lors d'une entrée en EHPAD.

Dans le même ordre d'idée existent des projets de **villages pour personnes âgées**. Le premier du genre a vu le jour aux Pays-Bas, **dans la désormais célèbre ville d'Hogeweyk**. En France, un village comparable se développe actuellement **à Dax**. La philosophie de ces villages est de proposer une approche « *plus sociale que médicale* », ⁷⁵ en s'organisant en secteur appelés « quartiers », permettant à chacun de se retrouver dans de petites maisonnées accueillant 7 à 8 résidents partageant des styles de vies proches. Ainsi, les résidents en village Alzheimer voient leur accompagnement adapté selon leur habitudes de vie antérieures à la maladie. La vie dans ces endroits s'articule autour d'un lieu de vie commun et de services communs, recréant des superettes, marché, lieux culturels (bibliothèque) ou encore un pôle médical⁷⁶. De cette manière, le résident est acteur de son maintien de l'autonomie. Cette façon de concevoir les lieux d'accompagnements du grand âge rompt avec la conception actuelle dans la mesure où l'on passe de la logique de simple

⁷⁵ <http://www.marchedesseniors.com/silver-economie/le-village-alzheimer-dans-les-landes/21123>

⁷⁶ Ibid.

bâtiment, à une logique conceptuelle plus large, où les lieux sont désormais envisagés en tant que **zone de vie** totalement ouverte mais également sécurisante, où l'aspect intimiste se fond dans l'ouverture sur l'environnement.

Ainsi, **concevoir des lieux à l'architecture différente aurait un double avantage : permettre la mise en œuvre d'un accompagnement plus personnalisé, mais aussi répondre à la nécessaire ouverture et intégration de ces structures à la vie de la Cité⁷⁷.**

b) *Développer et réaffirmer la dimension « lieu de vie » des établissements*

Avant toute chose, la finalité de l'EHPAD ne serait-elle pas de rester un lieu à dimension « sociale », avant la dimension « médico » ?⁷⁸ Affirmer le versant social permettrait de renforcer la dimension lieu de vie des structures souvent mise à mal par le développement de la médicalisation.

Ramener de la vie en EHPAD, un vaste projet qui peut prendre différents contours. Afin d'y parvenir, il pourrait être envisageable par exemple pour les structures de développer des solutions tournant autour de **l'intergénéralité**. Sur le modèle des habitats intergénéralionnels gérés par les bailleurs sociaux, pourquoi ne pas envisager que certains studios d'EHPAD **puissent accueillir par exemple des étudiants** le temps de l'année scolaire, ou alors faire office de **lieu d'hébergement transitoire** à la manière de ce que proposent les hôtels, à destination de voyageurs de passage? De cette manière, les structures s'en trouveraient **redynamisées** et leur image « **normalisée** ». Aussi, d'autres projets existent déjà qu'il serait pertinent de développer davantage, comme par exemple la création **de crèches ou de garderies au sein des EHPAD**, ce qui permettrait un brassage générationnel à même de **valoriser le rôle social des résidents**, en leur permettant de transmettre de leur histoire aux plus jeunes. De la sorte, l'EHPAD ainsi considéré ne serait plus vraiment perçu comme le lieu de la fin de vie difficile, mais comme un lieu ouvert, aux multiples possibilités.

Toujours dans cette optique, la **FNAQPA** dans sa contribution sur l'évolution du secteur de l'accompagnement des seniors, préconise pour l'EHPAD de demain de **créer de nouvelles structures, à mi-chemin entre le domicile, les Résidences Services et l'EHPAD médicalisé**, en les axant prioritairement sur la dimension sociale. Les projets personnalisés des résidents de ces structures devront prioritairement être orientés vers le maintien **de**

⁷⁷ <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01431531/document>

⁷⁸ « EHPAD, vers de nouveaux modèles ? » Étude KPMG - 2016

l'utilité sociale des seniors, dans une logique **inclusive et ouverte sur l'extérieur**, par le biais d'engagements associatifs par exemple. Aussi, favoriser la dimension lieu de vie passerait par une hausse des moyens en faveur d'un tel changement. A ce titre, disposer de davantage de **professionnels de la relation, tel que les psychologues, animateur ou AMP**⁷⁹, dont l'expertise dans le lien social est reconnue, permettrait d'atteindre cet objectif. Valoriser l'expérience sociale en EHPAD pourrait aussi s'exprimer par une **plus grande attention portée aux prestations** fournies dans un souci de personnalisation de celles-ci, telles que pour la restauration par exemple, ou encore l'aménagement des studios et l'hôtellerie, afin de tenter de rompre au maximum avec la standardisation propre à l'approche sanitaire de l'accompagnement.

Enfin, cet objectif ne peut être atteint sans changer de logiciel de réflexion. En effet, l'approche actuelle tend à analyser **les situations de vies en EHPAD sous l'angle du « risque potentiel » qu'elles feraient courir** à la personne, ce qui limite de facto les possibilités qui lui sont offertes. Cela est par exemple caractérisé par la législation de plus en plus importante en structure, rappelant celle régissant l'activité sanitaire. Cette manière de raisonner **prive de nombreux résidents, parfaitement « capables », de réaliser des activités qu'ils appréciaient avant leur entrée telle que la cuisine par exemple, au nom de la sacro-sainte sécurité, ou de la « non-prise de risque »**. Comment dès lors prétendre être un lieu de vie respectant les habitudes de chacun, lorsque l'on prive ceux qui y entrent de faire ce qu'elles désirent ? Ainsi, il convient pour les structures d'**accepter que les résidents puissent être confrontés au risque au quotidien en reconnaissant ce « droit au risque »**, afin de leur laisser **ce sentiment de liberté, primordial dans cette ambition de refaire des EHPAD des lieux de vie**⁸⁰, dans lequel les seniors peuvent s'épanouir en tant que personnes, vivre librement tout en voyant leurs capacités valorisées et leur rôle social préservé.

Ainsi, proposer des évolutions à l'EHPAD actuel, sur le plan architectural et philosophique afin de mieux accompagner la dépendance cognitive et physique pourrait être une option intéressante pour l'avenir du modèle, qui répondrait à **deux attentes fondamentales des personnes âgées aujourd'hui : le besoin de se sentir chez soi** en vivant dans des structures à taille humaine et intégrées à la vie de la Cité, et l'envie de bénéficier d'un

⁷⁹<https://www.silvereco.fr/les-enjeux-de-laccompagnement-des-personnes-agees-contribution-de-la-fnaqpa/3198458>

⁸⁰ Réflexion inspirée du colloque Orchidées « Pour une vie risquée en EHPAD » - 09 Octobre 2018

accompagnement réellement personnalisé et non « standardisé », valorisant les capacités de chacun, stimulant la préservation de l'autonomie, et respectueux des envies et perceptions. En somme, deux des arguments justifiant le souhait des seniors de rester à domicile ou de recourir à une structure alternative à l'EHPAD⁸¹.

IV) Conclusion intermédiaire

Comme nous avons pu le constater, l'EHPAD se trouve aujourd'hui à la croisée des chemins. D'une part, les établissements ont à affronter des défis internes multiples caractérisés par un climat social complexe, des problématiques organisationnelles et managériales telles que l'absentéisme ou le manque d'attractivité des professions. En parallèle, les EHPAD voient leurs philosophies d'accompagnement remises en questions aujourd'hui tel que le prouve la couverture médiatique négative qu'ils subissent. Aussi, le développement des solutions alternatives d'accompagnement de la dépendance et le plébiscite dont elles bénéficient, en particulier celles orientées sur le maintien à domicile, vient renforcer cette dernière problématique. Afin d'intégrer au mieux cette nouvelle donne, l'EHPAD doit réinventer son modèle d'accompagnement actuel. Nous avons pu voir que **plusieurs options s'offraient aux structures, allant de la redéfinition profonde de l'offre de service proposée, à l'évolution des philosophies d'accompagnement dans le but de mieux répondre aux souhaits des seniors.**

La question qui se pose aujourd'hui, et qui motive ce travail de recherche est la suivante : **en regard de la montée en puissance du maintien à domicile des seniors et du plébiscite dont bénéficie ce mode d'accompagnement, quelle orientation stratégique l'EHPAD doit-il adopter, afin de proposer une réponse adaptée aux réalités et enjeux actuels ?** L'EHPAD de demain doit-il nécessairement devenir une plateforme de service coordonnant la prise en charge gériatrique sur un secteur ? Si oui, comment proposer ces services ? L'évolution passe-t-elle par davantage de médicalisation, ou au contraire par une refonte des philosophies d'accompagnement afin de faire prévaloir le versant social de l'accompagnement ?

Autant de questions auxquels l'enquête de terrain réalisée nous permettra de répondre, et ainsi mieux percevoir à quoi ressemblera l'EHPAD de demain du point de vue des directeurs d'établissement.

⁸¹ Concertation Grand Âge et Autonomie – Dominique LIBAULT (Mars 2019).

PARTIE II : QUEL POSITIONNEMENT STRATEGIQUE POUR L'EHPAD DE DEMAIN DANS UN CONTEXTE DE MAINTIEN A DOMICILE ?

Chapitre I : Enquête

1) Objectifs et finalités de l'enquête de l'enquête

Au travers de cette enquête, l'objectif était tout d'abord de comparer les **constats tirés de la recherche bibliographique** relatifs aux problématiques qui s'imposent à l'EHPAD aujourd'hui, **avec l'opinion des directeurs de structure**.

Dans un second temps, j'ai souhaité comprendre **la perception qu'avaient les directeurs d'EHPAD du développement du maintien à domicile**, en regard de leur activité. Aussi, j'ai souhaité discuter avec eux des tenants et aboutissants de cette croissance, afin de les comparer avec les éléments acquis lors des recherches.

Le troisième objectif de cette enquête était de déterminer avec eux les **forces et faiblesses de l'approche domiciliaire, mais également celles de l'accompagnement en EHPAD**. Cette troisième partie ouvrait la voie la mise en évidence, de la part des directeurs, du **positionnement stratégique** à adopter pour les EHPAD dans ce contexte de renforcement du maintien à domicile.

Le quatrième est dernier point de l'enquête consistait à comprendre les éventuelles **incidences de ces évolutions**, sur le métier de directeur d'EHPAD. Dans quelle mesure les positionnements stratégiques envisagés pourraient faire évoluer la fonction de directeur ? Si évolutions il y a, sur quelles compétence porteraient-elle ?

Au final, l'enquête permettra de dresser le tableau de la situation actuelle des EHPAD en regard du développement du maintien à domicile, au travers d'une matrice **SWOT établie sur la base des réponses des directeurs aux différentes questions**. Dans un dernier temps, nous ferons émerger des **préconisations stratégique sur la manière pour les EHPAD de s'adapter à ce nouvel environnement**.

II) Méthodologie choisie

Afin de recueillir ces informations, j'ai souhaité rencontrer des directeurs d'EHPAD durant des entretiens semi-directifs. Par ce biais, je souhaitais avoir le ressenti des premiers acteurs concernés par ces questions, et également ceux disposant d'une vision non biaisée de la situation, de par leur vécu au quotidien de ces problématiques. Me positionnant sur un aspect stratégique et managérial, j'ai décidé de ne pas solliciter d'acteurs institutionnels, ce mémoire ayant pour ambition d'être un reflet des situations concrètes du terrain, telles que perçues par les dirigeants d'EHPAD.

Pour les besoins de cette enquête, j'ai pu rencontrer **9 directeurs d'EHPAD privés lucratifs et non lucratifs, et 1 directeur général d'un groupe privé associatif**. J'ai également souhaité rencontrer des dirigeants d'EHPAD publics, chose que je n'ai malheureusement pu accomplir faute d'accord obtenu ou de problématiques de calendrier. Aussi, j'ai pu rencontrer **un directeur de services d'aide à domicile**, Monsieur Arnold FAUQUETTE du groupe VIVAT, afin de mieux comprendre les particularités d'un secteur d'activité que je connaissais peu, mais aussi de comprendre les métiers et services existant, ainsi que son point de vue sur la manière dont il perçoit son activité en rapport de celle des EHPAD. Ses réponses m'ont beaucoup aidé afin de structurer ma réflexion sur le secteur du maintien à domicile et d'en réaliser une présentation dans le cadre de ce mémoire.

Les répondants ont été contactés directement, par mail ou par téléphone. Les entretiens se sont exclusivement déroulés en face à face. Afin de toucher ces directeurs, j'ai procédé de diverses manières. Tout d'abord par des demandes spontanées auprès d'établissements. Puis par la sollicitation de mon réseau professionnel afin d'obtenir les coordonnées directes de directeurs, et ainsi pouvoir s'organiser plus facilement. L'échantillon comprenait :

- Monsieur Arnaud ANTONINI: Directeur des EHPAD de la Métropole Lilloise pour KORIAN (Privé commercial)
- Monsieur Mathieu SCHELL : Directeur Résidence Les Orchidées de Roubaix
- Madame Amandine CARPENTIER : Directrice de la Résidence KORIAN Gambetta située à Lille (Privé commercial)
- Monsieur Arnaud CHEVALIER : Directeur de l'EHPAD Notre Dame des Anges de Lille (Privé non lucratif)
- Monsieur Samuel DEBRIL : Directeur de l'EHPAD Saint Antoine de Padoue de Lille (Privé Non Lucratif)

- Madame Delphine DESROUSSEAUX : Directrice Résidence Les Orchidées de Lannoy (Privé non lucratif)
- Madame Nadège RICQ : Directrice de la Résidence Henri Matisse de Tourcoing (Privé commercial)
- Monsieur Arnaud ROUSSEAUX : Directeur Général du Groupe Orchidées
- Madame Élise GUILLOUZIC : Directrice de l'EHPAD Résidence La Ritournelle – Association AFEJI (Privé non lucratif)
- Monsieur Sébastien VERDRON : Directeur Résidence Les Orchidées de Villeneuve d'Ascq

J'ai choisi la méthode des **entretiens semi-directifs** dans la mesure où ces derniers permettent une plus grande liberté d'échange, en offrant un cadre moins strict et plus propice à la réflexion. Aussi, je trouvais ce format adapté car le but de mon travail n'est pas de valider une hypothèse émise, mais réellement de comprendre les tenants et aboutissants de la réflexion des directeurs en regard des défis actuels auxquels ils sont confrontés. Je me situe donc davantage dans une démarche de recherche d'informations qualitatives.

De plus, mon idée étant de faire **émerger des recommandations**, la méthode de l'entretien me semblait plus adaptée à la mise en évidence de tels éléments, en me permettant de questionner et comprendre plus en profondeur la réflexion de mes interlocuteurs, chose que les questionnaires fermés ne m'auraient pas permis. Enfin pour structurer ces entretiens, je me suis appuyé sur une grille composée de questions principales et de questions de relance, balayant l'ensemble des thèmes souhaités (Annexe N°1). Au fur et à mesure des entretiens, j'ai pu me détacher de cette grille, du fait de l'installation normale d'une « routine » méthodologique qui me permettait de connaître mon déroulé d'entretien plus précisément, mais aussi de percevoir des points plus importants que d'autres à développer ou à mieux préciser.

Dans la partie suivante, nous exposerons les résultats de l'enquête. Cet exposé sera un condensé, thème par thème, des réponses des directeurs. Ensuite, nous établirons la matrice SWOT de l'environnement stratégique actuel des EHPAD sur la base des réponses obtenues. Enfin, une liste de préconisations stratégiques pour l'EHPAD de demain sera détaillée. Cette dernière sous partie sera suivie d'une conclusion, résumant les résultats obtenus, et détaillant les questionnements personnels nés de ces résultats.

Chapitre II : Compte-rendu de l'enquête

I) Présentation synthétique des résultats

L'enquête a été réalisée autour de différents thèmes balayant, outre le profil des répondants, le contexte actuel des EHPAD, la perception qu'ont les directeurs du développement du maintien à domicile, les possibilités stratégiques existantes selon eux ainsi que les potentiels impacts de ces évolutions sur la fonction de directeur. Abordons dans cette partie les tendances tirées des résultats, thème par thème, que nous tâcherons autant que possible de mettre en lien avec les données issues de la littérature.

Profil des répondants et de leurs structures

Les participants à l'enquête dirigent essentiellement des structures **privées associatives**. En effet, sur les 10 directeurs interrogés (9 dirigeants d'EHPAD, et 1 directeur général d'un groupe privé associatif), 7 évoluent dans ce domaine. Un des participants est **directeur multi site**, gérant 4 établissements dans la métropole Lilloise bien qu'actuellement positionné prioritairement sur l'une de ses structures. Les autres sont exclusivement dédiés à la gestion de leur établissement.

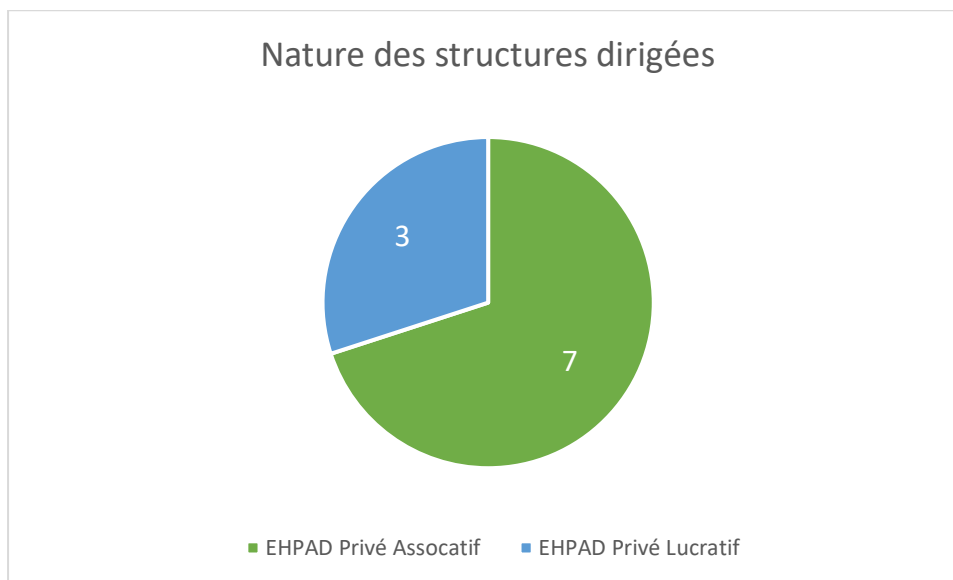


Figure 3 - Statut juridique des EHPAD participant à l'enquête

Ce déséquilibre est indépendant d'une quelconque volonté. En effet, l'ambition initiale était d'interroger un panel représentatif du paysage des EHPAD français, en le constituant de 44% d'établissements publics, d'un tiers de privés associatifs et de 25% de privés lucratifs, tel que le rapporte les données de la CNSA sur le paysage des EHPAD français publié en

2016. L'absence de réponses de nombreuses structures sollicitées ou les incompatibilités de planning ont malheureusement eu raison de cette volonté.

Les établissements disposaient d'un profil souvent proches en terme de dépendance, illustré par leur GMP et PMP :

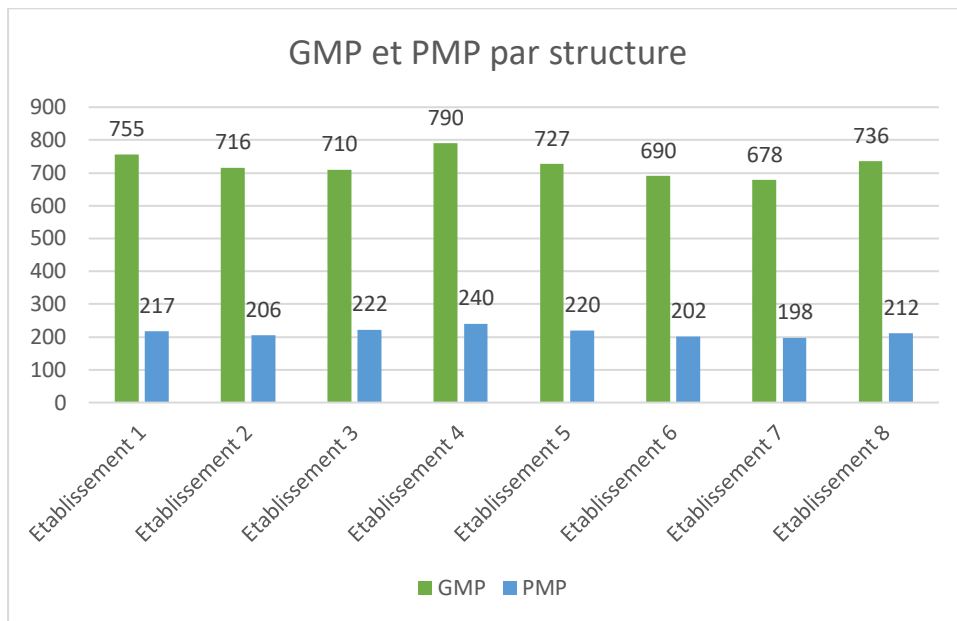


Figure 4 - GMP et PMP des structures interrogées

Nous ne disposons pas des chiffres de l'établissement N°9 de l'échantillon, dans la mesure où la directrice n'a pu être en mesure de les fournir lors de l'entretien, bien qu'elle évoquait une « majorité de GIR 2 à 3 ». Le 10^{ème} participant étant DG de groupe, cette question n'a pas été abordée dans le cadre de l'entretien. Ces données nous permettent d'établir les moyennes suivantes :

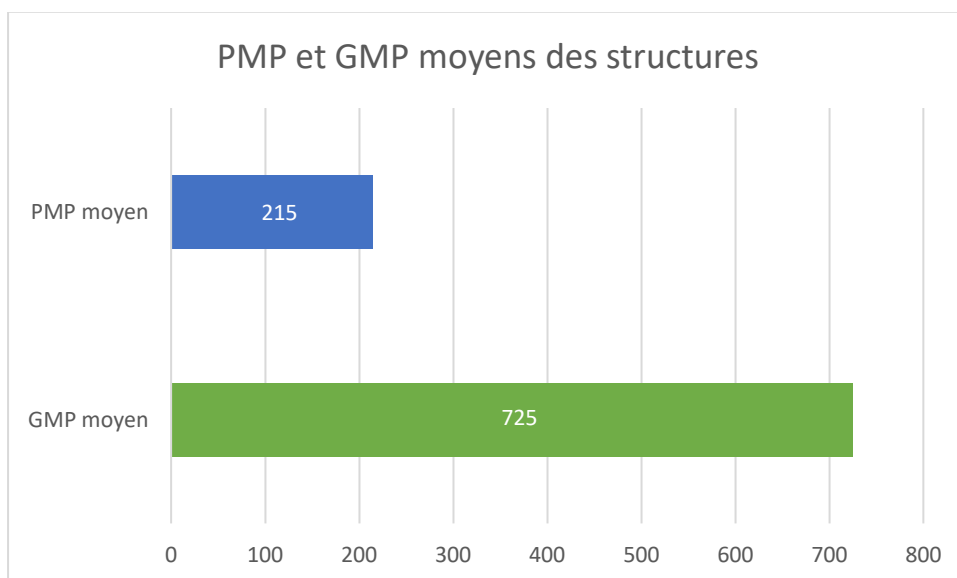


Figure 5 - GMP et PMP moyen des structures participantes

En comparaison avec les données mise en évidence lors de la recherche bibliographique portant sur ces chiffres à l'échelle nationale, nous constatons que les structures disposent de chiffres sensiblement identiques que ceux publiés en 2017, qui établissaient un PMP moyen à 213 et un GMP moyen à 726. Les structures participant à l'enquête semblent donc représentatives des établissements français sur ce point-ci.

En terme de capacité, les établissements interrogés **accueillent en moyenne 75 résidents**. Ce chiffre ne tient pas compte de l'une des structures, accueillant **319 résidents**, chose plutôt exceptionnelle pour un EHPAD. Comparativement aux chiffres de l'INSEE de 2019, lequel établit le **nombre moyen de résidents par EHPAD à 81** (7400 structures accueillant 600 380 seniors), nous pouvons constater que le chiffre issu de l'échantillon est plutôt proche, d'autant plus que les valeurs extrêmes ont été retiré du calcul. Cela permet de constater que les établissements interrogés présentent un profil cohérent avec la moyenne des établissements français sur ces points. Concernant les accompagnements proposés, les structures interrogées présentent les particularités suivantes :

- **Hébergement temporaire** : **4 établissements** disposent d'une offre d'hébergement temporaire
- **Accueil de jour** : Seul **un établissement** dispose d'un accueil de jour, ouvert 5 jours sur 7
- **Sectorisation** : **100% des établissements** interrogés pratiquent la sectorisation, pour ce qui concerne l'accompagnement de personnes souffrants de pathologies cognitives lourdes.
- **Accueil spécialisé** : Parmi les structures, nous dénombrons plusieurs types d'accueil spécialisés :
 - **2 structures** disposent d'un **PASA**
 - **3** disposent d'une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) à destination des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Comme évoqué précédemment, l'un des établissement interrogé a la particularité d'accueillir 319 résidents. Ce dernier, établi sur 22 000 m² dispose **de 5 Unités de Vie Alzheimer et 1 UHR**, signe d'une part d'une très grande spécialisation mais aussi d'une conception « hors-norme », se rapprochant davantage des superficies d'hôpitaux que de celles d'un EHPAD classique.

Problématiques rencontrées

Le second point de l'enquête visait à répondre à la question suivante : à **quelles problématiques l'EHPAD traditionnel doit-il faire face aujourd'hui ?** L'objectif était de comparer les éléments issus de la littérature et expliquant la situation actuelle des EHPAD, avec les réalités perçues par les directeurs au quotidien. Quelles problématiques sont-ils amenés à gérer ? En quoi impactent-elles leur activité ? Nous établirons ici la liste des éléments cités par les participants à l'enquête, de la façon la plus exhaustive possible.

- **Des problématiques liées à la Gestion des Ressources Humaines**

Premier des défis évoqués par les directeurs interrogés, celui relatif à **la gestion des Ressources Humaines**. Cette problématique prend au quotidien différentes formes, tel que l'ont exprimé les participants.

La première difficulté porte sur le **recrutement**. En effet, la désamour pour les métiers du soins, aides-soignants surtout, est prégnant et participe à complexifier l'attrait de ces professionnels pour les structures, cela résulte pour l'un des directeurs interrogés du fait que « *la gériatrie ne fait pas rêver les nouvelles générations de soignant, de par ses particularités et son image* ». Ce désamour entraîne également d'autres conséquences, notamment sur le **management au quotidien**. En effet, les équipes présentes se sentent « **démotivées car elles s'estiment mal reconnues et mal payées** », ce qui a pour conséquence selon une autre participante de « *rendre difficile le management au quotidien, car on marche sur des œufs dans nos relations avec les équipes, surtout dans la gestion des conflits* ». Autre conséquence, **l'absentéisme**, impliquant « *d'avoir des plannings à trous, faisant que nous sommes obligés de passer plus de temps à la résolution de ces problématiques et moins de temps dans le management, pourtant demandé par les équipes* ». Cet absentéisme, est un des éléments participant à **la hausse de la pénibilité du travail soignant**, autre problématique explicitement soulevée par deux des participants.

Dernier élément mis en évidence et participant à complexifier la GRH en EHPAD, **l'évolution des mentalités**. A ce sujet, l'un des membres du panel évoque le fait que les nouvelles générations seraient « **moins souples que les précédentes, moins enclines à accepter les contraintes liées aux postes et notamment les horaires postés. Elles sont demandeuses de liberté mais sont très innovantes** ». Cet élément pourrait aussi tendre à expliquer la désaffection des métiers du soins en EHPAD. Toujours sur l'aspect de la

mentalité, une autre évolution a pu être mise en évidence chez les nouveaux professionnels, et tendant cette fois-ci à impacter l'accompagnement des résidents. En effet, l'un des participants à l'enquête évoque le fait que les nouvelles générations « **sont souvent moins dans le rapport humain** que les anciennes générations, en ayant plus tendance à l'*individualisme* ». Cette évolution du profil des professionnels tend à remettre en question les techniques managériales ayant cours jusqu'à lors, notamment pour ce qui concerne les leviers de la motivation. Aussi, elle pose la question du possible décalage entre la philosophie de l'établissement, son projet, et la réalité de terrain. Comment mettre en œuvre une approche humaine et personnalisée de l'accompagnement, si les professionnels de terrain ne présentent plus les profils à même de permettre cette mise en œuvre ?

Ce dernier point n'a pas été abordé dans les recherches bibliographiques, mais il constitue un **sujet d'analyse pertinent** dans la mesure où ces changements comportementaux peuvent avoir un véritable intérêt dans l'étude du sujet de l'EHPAD de demain. En effet, comment intégrer cette nouvelle problématique dans la mise en place d'un nouveau modèle d'accompagnement en EHPAD ? Pourrait-elle impacter l'EHPAD de demain ?

Cependant, hormis ce dernier point, l'ensemble des autres problématiques soulevées par les professionnels en lien avec le sujet des ressources humaines se retrouvent dans la recherche bibliographique, ce qui permet de constater que l'échantillon interrogé est globalement soumis aux mêmes difficultés que celles observées à l'échelle nationale.

- **Des contraintes économiques et réglementaires grandissantes**

Second défi selon les participants, celui relatif à l'aspect économique et financier de l'activité. En effet, pour la totalité du panel, l'aspect économique est aujourd'hui perçu comme un élément **essentiel**, tant pour les **acteurs associatifs** que pour les **acteurs privés lucratifs**. Cette obligation est caractérisée par la nécessaire « *optimisation du taux d'occupation, qui s'avère être une problématique quotidienne* ». Quotidienne, dans la mesure où dans le même temps, les « *dotations ont tendance à baisser, ce qui provoque une insuffisance de financement* » tel que l'exprime l'une des directrices. Ainsi, cette insuffisance tend à « *faire pencher les budgets dans le négatif, du fait d'un équilibre très précaire* » tel qu'argumenté par l'un des directeurs, provoquant la « *mise en tension* » des budgets selon une autre participante, qui « *ne permet pas de fournir les prestations attendues par les Résidents en regard du prix qu'ils paient* ». Aussi, la crainte à ce sujet porte sur **les récentes réformes de l'APA**, qui risquent de « *détériorer l'attractivité des*

structures, en les rendant beaucoup plus chères pour de nombreuses personnes, ce qui risque encore de diminuer les ressources ».

Ce dernier point s'inscrit dans quelque chose de plus large exprimé par les directeurs, à savoir **la complexité règlementaire grandissante, notamment du point de vue de la réglementation sanitaire**. En effet, les dernières années ont marqué une « *hausse importante des normes en tout genre à devoir respecter en EHPAD* », qui à terme, peuvent provoquer une « *perte de sens chez les professionnels* » face au formalisme grandissant, mais aussi une remise en question de la **finalité** des structures, qui tendent sur ce point vers un fonctionnement « *de plus en plus proche de celui connu en hôpital* ». Cet « *excès de norme et de procédures en tout genre* » entraînerait une « *perte de temps* ». Un des participants en questionne d'ailleurs **le sens**, en exprimant le fait que son établissement, dispose de « *200 protocoles environ, encadrant les moindres faits et gestes* » tout en mettant au défi quiconque dans sa structure d'en maîtriser l'essentiel. Cette tendance prouverait « *la mise en place d'une approche purement sanitaire* » en EHPAD.

Aussi, certains participants notent le **difficile dialogue de gestion** pouvant exister avec les autorités. En effet, l'un des directeurs interrogé exprime « **un flou** » qui entourerait ces relations, rendant « *le positionnement difficile, de même que la prise d'initiative* » ou encore « *la difficile compréhension de la logique régissant l'attribution des budgets, la négociation des CPOM* » selon une autre directrice, faisant ressentir un sentiment « **d'isolement** » pour les directeurs qui s'estiment insuffisamment accompagnés.

- **Une image à réhabiliter**

Le troisième défi exprimé par les directeurs interrogés porte sur l'image des établissements, et notamment les difficultés induites par **l'EHPAD bashing, puisque 8 directeurs abordent spontanément le sujet**. Bien que difficile à mesurer concrètement, cette « mode » impacte directement l'activité des structures, et place les directeurs face à de nouvelles problématiques au quotidien. Ainsi, cela peut s'exprimer par « *des familles souvent méfiantes, ayant plus facilement tendance à adopter une attitude procédurière* » qu'auparavant, tel que l'exprime l'un des participants à l'enquête.

Aussi, cette mauvaise image induirait des « **difficultés à atteindre les objectifs fixés en matière de taux d'occupation** ». En effet, cela rendrait difficile « *les premières prises de contacts avec les potentiels résidents et surtout leur famille* », l'EHPAD bénéficiant toujours

d'une image de « *mouroir, d'hospice, d'un lieu à l'image très négative* ». Ce qui amène l'une des directrices à décrire la situation de la façon suivante : « *le téléphone sonne moins, et lorsque nous relançons des personnes, les retours que nous avons sont négatifs et souvent argumentés par des éléments perçus dans les médias* ». Concernant ce thème, les participants expriment de façon unanime un **sentiment d'injustice**, liée « *au fait que les évènements, certes condamnables, sont passés à la loupe grossissante et décrits comme relevant du fonctionnement normal d'un EHPAD* », comme le résume l'un des directeurs.

Ainsi, l'EHPAD Bashing modifie le rapport que les directeurs interrogés mènent avec leurs interlocuteurs, tout en impactant déjà de façon concrète l'activité des établissements. Solutionner ce problème est donc essentiel pour la bonne marche à venir des établissements. Ce défi est d'autant plus essentiel qu'il s'inscrit dans période où l'EHPAD est soumis à une rude concurrence portée par les modes alternatifs d'accompagnement.

- **Une évolution des profils « préoccupante »**

Quatrième défi majeur recensé par les participants à l'enquête, **l'évolution des profils de résident**. Cet élément se caractérise par des GMP et PMP « *allant très à la hausse* » et par une « *médicalisation importante des profils, arrivant de plus en plus dépendant en structures, avec de nombreuses comorbidités* ». A titre d'illustration, l'un des directeurs interrogés explique « *qu'en 5 ans, l'âge moyen de nos résidents a augmenté de 5 ans* ».

Cette évolution des profils pose question, dans la mesure où elle entraîne de **nombreuses autres conséquences** à court ou moyen-terme, que l'on pourrait rapprocher des points précédents. Par exemple, d'un point **de vue économique**, cela pose la question « *des durées de séjours de plus en plus courtes, obligeant à avoir un turn-over de résidents de plus en plus important* » pouvant à terme remettre en cause le modèle économique des EHPAD, dans la mesure où ce raccourcissement est couplé à des difficultés de remplissage liées comme nous l'avons vu, à la mauvaise image des EHPAD selon les directeurs. Aussi, cela peut être mis en relation avec la désaffection connue par les métiers du soins en EHPAD, dans la mesure où ces profils de plus en plus complexe seraient à l'origine selon les participants, d'une « **charge de travail exponentielle, à moyens humains identiques** », et surtout caractérisés pas des « *accompagnements difficiles d'un point de vue émotionnel* ».

En effet, l'un des participants évoque le fait que « *cet alourdissement des profils **est mal vécu par les soignants**, notamment les plus anciens, qui voient leur métier évoluer loin de leur aspirations initiales d'abord orientées sur l'accompagnement humain et relationnel* ». Cela pose selon lui la question de la préparation des professionnels, notamment de leur **formation**, qui serait inadaptée aux contraintes qui s'imposent aujourd'hui à l'EHPAD sur ce plan. A ce titre, un autre directeur explique que pour pallier ce manque, son établissement réfléchit à l'organisation « *de sessions de formations spécialisées pour les nouveaux professionnels, afin de combler le gap existant entre théorie et réalité de l'accompagnement soignant en EHPAD* ».

Toujours sur ce point, l'un des directeurs pointe un paradoxe selon lequel il existe un souhait de **sanitariser davantage l'EHPAD, tout en le gardant dans le champ médico-social**, ce qui lui fait dire que « *si le souhait est de devenir une annexe à l'hôpital, il faudra nous sortir du champ médico-social pour nous placer dans le sanitaire, et nous accorder les moyens financiers qui vont avec* ». En effet, l'autre problématique posée par cet alourdissement tient au fait que le nombre de soignants présents en structure **n'évolue pas forcément de pair** avec les hausses de GMP et de PMP, ou tout du moins pas aussi rapidement que nécessaire. A ce titre, l'une des directrices interrogées et qui a vu ses derniers GMP et PMP validés augmenter sensiblement, exprime qu'à ce jour, « *elle aurait droit à du personnel soignant en plus, notamment infirmier, mais que depuis la validation des chiffres, aucune nouvelle dotation n'a été accordée afin d'assurer le recrutement nécessaire* ».

Comment expliquer cette évolution des profils? Selon les participants, de façon unanime, la raison tient **au développement des modes alternatifs d'accompagnement**, notamment le maintien à domicile ou les résidence services seniors, qui poussent à entrer plus tard en EHPAD, « *lorsque toutes les solutions alternatives sont épuisées et que le maintien hors structures est tout bonnement impossible* ». De fait, l'EHPAD s'oriente donc « malgré lui », vers une structure qui accueillerait de plus en plus de personnes très dépendantes.

Ainsi, cette évolution des profils est préoccupante à plus d'un titre, dans la mesure où elle impliquerait des conséquences sur divers pans de l'activité tel que nous venons de le voir.

- **L'isolement géographique :**

Dans un autre ordre d'idée, deux directeurs expriment une dernière difficulté liée au relatif **isolement géographique** dont souffre leur structure. Cet isolement agit comme un catalyseur des difficultés évoquées plus haut : excentrées, ces structures en sont d'autant moins attractives tant pour les professionnels que pour les résidents, avec toutes les conséquences économiques, financières, et organisationnelles que cela présuppose.

Ainsi, le panel évoque des défis multiples auxquels l'EHPAD actuel est confronté. A travers cette description, nous pouvons constater que les participants sont sensiblement soumis aux mêmes défis que ceux présentés dans la partie conceptuelle de ce travail, preuve que les problématiques identifiées à l'échelle nationale trouvent leur prolongement au quotidien de façon concrète chez les professionnels de terrain.

Perception du secteur du Maintien À Domicile et des dynamiques en sa faveur

Dans la seconde partie de l'entretien, il a été demandé aux directeurs de s'exprimer sur leur perception du Maintien à Domicile (MAD) ainsi que sur la dynamique dont il bénéficie.

Tout d'abord, les participants identifient de façon unanime les **mêmes ressorts expliquant cet essor du maintien à domicile** : le souhait des personnes de rester chez elle, et le critère budgétaire à l'échelle de l'État expliquant ce renforcement. En effet **concernant le premier point**, la « *revendication des personnes afin d'être maintenue à domicile est légitime* » tel que l'évoque un participant, qui estime qu'il est nécessaire que les « *politiques aillent en ce sens, et soutiennent cette ambition* ». Ce qui ressort de façon générale, à l'image de ce propos, est qu'il est « *compréhensible* » de voir de telles aspirations exprimées, dans la mesure où « *un lien affectif fort existe entre chaque personne et son lieu de vie* », lien qu'il convient de respecter autant que possible.

Second élément expliquant son développement, **l'aspect économique et financier**. En effet, les participants à l'enquête estiment également de façon unanime que cette motivation est des principaux ressorts de développement du maintien à domicile. Les niveaux de dépenses entre institutionnalisation et maintien à domicile sont en effet sans commune mesure pour la collectivité, mais aussi pour les personnes qui verront « *leur reste à charge diminuer* ». Un participant estime quant à lui que cette trajectoire est adoptée par les

gouvernements successifs, afin de répondre aux « *projections démographiques indiquant une hausse importante des personnes âgées dépendantes à l'avenir* ». Accompagner la croissance de ce public, dans un contexte de rigueur budgétaire, implique donc de devoir faire émerger dès à présent des solutions d'accompagnement viable et soutenable économiquement pour la collectivité.

Par la suite, les participants ont été invités à entrer plus en détail sur leur perception du maintien à domicile, en détaillant selon eux qu'elles étaient les **forces et faiblesses du modèle** à l'heure actuelle. Les **forces** identifiées sont les suivantes :

- Le modèle permet **d'éviter le déracinement** ;
- Il donne la sensation aux personnes d'être **maître de l'organisation de l'accompagnement**, en cela, il est synonyme pour elles de **liberté** ;
- Il s'articule autour d'une offre **polyvalente et adaptable à de multiples besoins** ;
- Il permet de favoriser **la prévention** de la perte d'autonomie ;
- Il est plus **soutenable financièrement** pour les personnes.

En parallèle, les directeurs se sont exprimés sur ce qu'ils avaient identifiés comme **faiblesses** pour le modèle :

- L'incapacité à gérer des situations **de forte dégradation de l'état de santé** ;
- Le risque **d'isolement social** induit par une présence limitée ;
- Le **fort turn-over** des équipes intervenant à domicile, notamment chez les AVS ;
- Un accompagnement **peu qualitatif induit par ce turn-over** (retard de prise en charge, méconnaissance des particularités de la personne) ;
- Le **manque de formation** des professionnels intervenant au domicile ;
- Une liberté qui ne serait pas « réelle » dans la mesure où le modèle **manquerait de souplesse** organisationnelle, ne permettant pas de **réellement respecter les habitudes de vie** des bénéficiaires ;

Les **faiblesses identifiées** par les directeurs portent essentiellement sur la qualité de l'accompagnement offert, impacté négativement selon eux par des problématiques propres au secteur, autour de l'absentéisme et du turn-over. Aussi, la critique portant sur le fait que le modèle du MAD **ne permettrait pas de réellement respecter les habitudes de vie** est souvent revenue. L'un des directeurs exprimait d'ailleurs le fait que « *le maintien à domicile offre surtout la possibilité à la personne de penser qu'elle maîtrise totalement les choses, en intégrant cela dans une forme de déni autour de sa perte d'autonomie* ». Ainsi, ce

sentiment de liberté ne serait pas « réel », et serait le fruit d'une perception faussée. De façon générale, les faiblesses et forces perçues par les directeurs d'EHPAD rejoignent pour partie celles exposées dans la partie conceptuelle de ce travail.

Plus largement, **comment les dirigeants interrogés perçoivent-ils** le développement de l'approche domiciliaire, en regard de l'activité de leur EHPAD ? **Menace ou opportunité ?** Sur ce point, l'avis des participants est **plutôt unanime**. En effet, sur les 10 directeurs interrogés 8 perçoivent le développement de l'approche domiciliaire davantage comme **une opportunité** pour l'EHPAD, quand 2 y voient davantage **une menace**.

Opportunité, dans la mesure où pour les tenants de cette vision, le développement du maintien à domicile est l'occasion pour l'EHPAD de « **réinventer son modèle** », notamment en « *s'intégrant dans **une logique de parcours** pour la personne âgée* ». En effet, l'approche domiciliaire est vue comme « *un changement de paradigme important* » obligeant l'EHPAD « *à se repenser, en profondeur* », notamment dans le but de « *développer une logique de partenariat avec les acteurs du domicile, afin d'apporter une réponse à chaque situation* ». Ici, les acteurs du domicile sont donc plutôt vus comme des **partenaires**. Le changement de logique d'accompagnement est une opportunité, car il doit pousser les EHPAD, selon l'un des participants, à « *réaffirmer leur spécificité et leur savoir-faire* ». Cette façon de se réinventer peut prendre différentes formes, d'après les propositions émises par les directeurs. Cependant, nous entrerons plus en détail sur ces visions stratégiques dans l'avant-dernier point de cette partie

De l'autre côté, deux participants à l'enquête ont décrit l'émergence du maintien à domicile comme porteur **de menace pour le modèle EHPAD**. En quoi menace-t-il l'activité ? Premier argument énoncé, le fait que ce développement « *impacte fortement l'activité des EHPAD dans la mesure où il participe à l'alourdissement des profils accompagnés en structure* », ainsi la **soutenabilité du modèle d'accompagnement traditionnel pourrait être remise en cause** car l'EHPAD se trouverait dans l'obligation de n'accompagner que « *des personnes pour lesquelles le maintien à domicile n'est plus possible* », sauf qu'il « *n'est pas forcément préparé à accueillir un tel public en masse* ». Un autre directeur abonde en expliquant que « *face à ce développement, l'EHPAD traditionnel n'a que peu d'avenir, car les personnes faiblement dépendantes **ne se dirigeront plus vers l'EHPAD, si elles peuvent obtenir au domicile ce qu'elle recherche sur le plan social ou préventif***. On perçoit d'ailleurs déjà des problématiques de remplissage dans certaines structures ». Ainsi ce qui

est pointé ici, c'est la potentielle **perte de pertinence** de l'EHPAD traditionnel dans ce nouveau paradigme. Dans quelle mesure cette vision est-elle réaliste ? Les problématiques de taux d'occupation actuelles sont-elles suffisantes afin de valider ce constat ? Ces questions méritent d'être posées et il convient d'entendre la crainte exprimée par ces directeurs, quotidiennement soumis à des difficultés réelles qu'ils imputent directement à la montée en puissance des solutions d'accompagnement à domicile, et qui perçoivent donc **son renforcement comme une menace**.

Ainsi, l'EHPAD est à la croisée des chemins, en regard du développement de l'approche domiciliaire. La grande majorité des participants perçoivent cette évolution comme **normale** et **porteuse d'opportunités**, quand une minorité du panel y voit une menace pour le modèle traditionnel.

Quoi qu'il en soit, que le développement soit perçu comme menace ou opportunité, que préconisent les participants quant au **positionnement stratégique à adopter** afin de s'adapter à ce nouvel environnement ? C'est la question à laquelle ils ont été amenés à répondre.

Dans ce contexte de montée en puissance du maintien à domicile : quelle stratégie adopter pour l'EHPAD, demain ?

Le 3^{ème} point exploré par l'enquête a porté sur la vision des participants quant au positionnement stratégique à adopter en regard du développement du maintien à domicile.

Première option, **faire de l'EHPAD de demain une plateforme de service ouverte sur un territoire**, tel que de nombreux avis experts le préconisent, comme nous avons pu le voir dans la partie bibliographique. **L'ensemble du panel** estime en effet que l'EHPAD de demain **doit proposer des « prestations diversifiées »** tournant autour des besoins exprimés par les seniors et les aidants. **Plusieurs finalités** : tout d'abord, « **venir en renfort du soutien à domicile, afin d'apporter aux seniors mais aussi aux aidants, une palette de service à même de permettre le maintien à domicile en toute circonstances** ». De quels services est-il ici question ? Essentiellement ceux permettant « **de favoriser le maintien à domicile, de préserver le lien social et de prévenir la perte d'autonomie des seniors** ». Ainsi, le senior à domicile pourrait « **profiter du libre accès aux activités d'animation ou au restaurant** », ou encore l'accès aux services des professionnels médicaux et de la rééducation, soit directement, soit dans le cadre de la **télé-médecine**. De

cette manière, l'EHPAD viendrait « *combler les faiblesses du domicile* », en y apportant une réponse adaptée. **Seconde finalité** pour l'EHPAD ainsi constitué être « *un soutien fort aux aidants* » en développant « *l'accueil temporaire, mais aussi l'accueil de jour et l'accueil de nuit* » afin de proposer des **solutions de répit efficace**. Aussi, grâce à cette offre, les EHPAD participeraient à « *réduire les hospitalisations inutiles, sources de perte d'autonomie, ou à se positionner de manière à permettre de courts séjours post hospitalisation afin de préparer le retour à domicile* ».

Troisième **finalité : donner vie à la notion de parcours gérontologique**. En effet, les tenants de ce positionnement stratégique pensent que l'EHPAD pourrait faire office de « *pôle ressource*», afin « *d'articuler les parcours des seniors sur un territoire*». Dans cette optique, l'EHPAD serait le pôle coordonnateur du parcours gérontologique, en participant à l'évaluation des besoins et l'articulation des acteurs, tout en proposant les services concourant à la continuité de l'accompagnement des seniors. Cependant, l'une des directrices apporte **un bémol** sur ce point, en exprimant l'idée de plutôt « **redonner du pouvoir aux CLIC et MAIA, afin de leur permettre d'assurer cette coordination** », qui ne devrait donc pas être du ressort de l'EHPAD.

Cette notion de **parcours** est prégnante chez les acteurs interrogés, qui voient en l'EHPAD plateforme de service le moyen de « **fluidifier les parcours, à condition de décloisonner le secteur domicile et le secteur EHPAD** ». En se plaçant sur ce créneau, l'EHPAD deviendrait donc un « *acteur de la prévention de la perte d'autonomie, mais aussi un acteur de la prise en charge de celle-ci* » **via l'hébergement, qu'il soit temporaire ou permanent**. Par ce biais, ils y voient l'occasion de changer l'image des structures, en admettant à l'avenir qu'il serait « *possible d'entrer en EHPAD, et d'en ressortir lorsque l'autonomie serait recouvrée* », ce qui permettrait « *d'améliorer l'image des EHPAD, en n'en faisant plus forcément des lieux de la fin de vie* ».

L'idée que l'EHPAD de demain **s'adapte en proposant une palette de services** est donc unanimement répandue.

Aussi, 2 participants proposent l'idée que ces services « **ne soient pas uniquement à destination des seniors** ». Ainsi, l'un des directeurs questionne : « *pourquoi ne pourrais-je pas faire bénéficier des prestations restauration à l'ensemble des personnes environnantes ? Ou proposer des services au domicile, comme de la livraison de repas par*

exemple ? Pourquoi les riverains ne pourraient-ils pas profiter de l'expertise des professionnels des structures, notamment dans les déserts médicaux ? ». Dans cette optique, l'EHPAD se placerait en tant que lieu « central » de la vie de la Cité, en agissant en « *pôle ressource sur son territoire* », tel que l'évoque un autre participant et non plus seulement en « pôle gérontologique ».

Autre option évoquée, celle de développer le concept **d'EHPAD à domicile**, très en vogue dans la littérature. Parmi les personnes interrogées, **3 estiment que le concept pourrait être développé** dans le cadre **des services proposés par l'EHPAD plateforme de service**. La finalité serait, pour l'un des participants, « *d'exporter le savoir-faire des EHPAD au domicile, et de prendre ainsi le virage domiciliaire adopté* ». L'EHPAD à domicile fournirait des « *prestations paramédicales à domicile, mais aussi des services comme le portage de repas* ». Proposer ce service permettrait aux EHPAD d'organiser une forme de « parcours interne », en proposant d'abord un accompagnement à domicile, avant de s'orienter vers une institutionnalisation dans les structures du groupe, si nécessaire.

Cependant, cette vision n'est pas admise par tous. 6 autres participants s'étant exprimés sur ce concept estiment en effet que ce modèle à domicile « *n'a que peu de pertinence* », dans la mesure où il « *n'apporte pas vraiment de plus-value vis à vis de ce qui existe déjà de la part des SAAD ou SSIAD* », sans compter qu'il semble « *compliqué à mettre en œuvre, d'un point de vue règlementaire et organisationnel* ». En outre, un directeur de structure de services à domicile interrogé estime que « *l'organisation du travail à domicile est très particulière, et qu'il est difficilement envisageable d'y substituer l'approche EHPAD sur le long terme, qui n'a pas les codes nécessaires à la maîtrise des particularités du domicile* ». Par ailleurs, l'un des directeurs estime que « *se positionner sur ce créneau revient à entrer en concurrence frontale avec les acteurs du domicile, or penser la logique de parcours n'implique pas de concurrence mais plutôt de la coopération entre tous les acteurs* ». Un autre abonde en estimant qu'il faut « *que chacun reste dans ce sur quoi il est spécialiste* ». En lieu et place de l'EHPAD à domicile, ils proposent plutôt de « **créer des partenariats et coopérations avec les acteurs du domicile** », tel qu'en « adossant un SAAD ou un SPASAD à l'EHPAD » et de participer à la « *formation des professionnels du domicile, afin qu'ils puissent repérer les signes de la perte d'autonomie et orienter vers nous les personnes le nécessitant* » comme l'ajoute un autre participant. L'EHPAD serait ainsi un des **maillons du parcours gérontologique**, travaillant dans le cadre de **coopération et partenariats** avec les différents acteurs du domicile.

Même si l'unanimité existe quant au fait de placer l'EHPAD en tant que plateforme de services, un **second point d'achoppement est apparu en plus de celui concernant l'EHPAD à domicile. Quid de l'hébergement permanent** dans le cadre d'un EHPAD plateforme de service ?

Pour la majorité des Directeurs (7), il est « *important de préserver la dimension sociale des EHPAD, en évitant autant que possible d'aller vers une sanitarisat ion exclusive* ». L'hébergement devra **donc rester ouvert à tous, de la même manière qu'aujourd'hui** et pas uniquement aux profils les plus lourds, en proposant cependant de s'ouvrir à de nouveaux publics « *tels que les personnes âgées en situation de handicap* ». La dimension sociale des EHPAD doit absolument être préservée selon eux, en en faisant un « *lieu ouvert, intergénérationnel, et de rencontre au sein des villes* », d'où la volonté précédemment exprimée d'ouvrir les services de l'EHPAD non seulement aux seniors mais aussi à tous les riverains. Pour parvenir à préserver et améliorer cette dimension sociale, l'une des directrices exprime l'idée de « *revoir l'architecture des EHPAD, afin d'en faire des lieux plus petits, centrés sur un faible nombre de résident et ouvert sur l'extérieur* ». Il s'agit de la seule participante à avoir abordé spontanément la question de l'architecture. Ces directeurs expriment la crainte de voir l'hébergement permanent s'orienter exclusivement vers « **ceux ne pouvant être maintenus à domicile du fait d'une charge en soin trop lourde, et que les acteurs du domicile ne savent pas accompagner** », faisant courir le risque de « *faire sortir l'EHPAD du champ médico-social pour le placer sur celui du sanitaire* ».

A l'inverse, les **3 autres directeurs** du panel pensent quant à eux que la priorité pour l'EHPAD de demain doit être de **se positionner en tant que spécialiste de la grande dépendance pour ce qui concerne la partie hébergement, en y développant notamment « les plateaux techniques** ». De cette manière, ils estiment pouvoir proposer une offre complète à destination du domicile, « tout en répondant aux impératifs d'économies en réservant l'hébergement *permanent aux seuls cas que les SAD ne peuvent gérer* ».

L'un des partisans de ce positionnement estime en effet que « *demain, les personnes les moins complexes ne viendront plus en EHPAD mais plutôt en Résidence Services ou alors à domicile* » ce qui impliquerait de facto de « *gérer des profils que personne ne peut gérer hormis l'EHPAD* ». Comment y parvenir ? En aidant les structures à « **développer le**

versant médical, en débloquant davantage de moyens et en adaptant la formation des professionnels ». Mais ne risque-t-on pas alors, de proposer ce que propose déjà l'USLD ? Pas du tout pour l'un des directeurs interrogés, qui estime que « les deux sont complémentaires », l'USLD étant « apte à gérer des situations que l'EHPAD ne sait pas encore gérer ».

L'opposition à un tel modèle est **importante dans le panel**. A titre d'illustration, l'un des directeurs estime qu'axer l'hébergement sur la grande dépendance est « trop enfermante, et participerait à cloisonner encore davantage EHPAD et domicile » quand un autre estime qu'il « n'est pas tenable d'avoir 100% d'hyperspécialisation. Celle-ci doit concerner une petite partie des résidents, comme c'est le cas actuellement avec les unités protégées. Cela risquerait de détruire la dimension sociale des établissements ».

En résumé, les entretiens ont permis de faire ressortir le fait que pour l'intégralité du panel, il est **essentiel que l'EHPAD fasse évoluer son modèle**. Pour ce faire, ils insistent sur la nécessité de **penser en terme de parcours** gérontologique, et de faire de l'EHPAD le **pivot de celui-ci, en proposant une offre de service à destination des seniors et des aidants, axés préventif et curatif**. Les points de désaccord portent sur les services à offrir, et notamment le concept d'EHPAD à domicile, **rejeté par la majorité du panel** car perçu comme **peu pertinent en regard de l'offre déjà existante à domicile**. A l'inverse, les partenariats entre EHPAD et SAD sont encouragés et mêmes souhaités, de même que le décroisement entre les deux secteurs afin de donner vie à cette logique de parcours gérontologique.

Le second point de désaccord porte sur le **profil des résidents à accueillir dans le cadre de l'hébergement permanent**. La majorité du panel souhaite en effet préserver et renforcer la dimension sociale des EHPAD en accueillant le même public qu'aujourd'hui, varié, tout en s'ouvrant à de nouveaux bénéficiaires (Personnes Âgées en situation de handicap). Ce à quoi une partie du panel répond qu'il serait plus pertinent pour les EHPAD de réserver la partie hébergement permanent aux cas **les plus lourds (physique et psychique)**, impossibles à prendre en charge à domicile, en accordant davantage de moyens dans le but de **médicaliser intégralement** les structures.

Sur quelles **forces l'EHPAD actuel pourrait-il s'appuyer pour opérer ces mutations, et à l'inverse, quelles faiblesses serait-il amené à devoir corriger pour y parvenir?**

L'EHPAD pourrait d'abord **s'appuyer sur sa « forte présence territoriale »** permettant un bon maillage du territoire, son **« expertise »** dans le domaine gériatrique ainsi que sa **« connaissance et sa maîtrise du dialogue avec les différents interlocuteurs »** (autorités de tarification, centre hospitalier territoriaux etc.) dans le cadre de la maîtrise du parcours d'accompagnement. Aussi, l'EHPAD a pour force de disposer de **compétences techniques pluridisciplinaire et d'équipements adaptés (télémédecine par exemple) au sein de ses murs**, à même de favoriser ces adaptations stratégiques.

A l'inverse, les **faiblesses identifiées** portent sur une **réglementation peu adaptée** (comment financer toutes ces évolutions ? Quelle autorité serait compétente pour tout gérer ?) ainsi que sur le **cloisonnement existant** entre les acteurs de la dépendance (EHPAD, services à domicile). Aussi, le manque de **souplesse réglementaire** est perçu comme un frein dans la mesure où il ne **« donne pas la capacité d'innovation suffisante »**. Enfin, le **manque de moyens financiers** actuel est également jugé pénalisant car ne permettant pas d'investir suffisamment, de même que l'organisation actuelle des structures, qui devront évoluer dans l'éventualité d'une médicalisation plus importante (présence 24/24 et 7/7 jours de professionnels médicaux et paramédicaux par exemple).

Quoi qu'il en soit, nous constatons que pour les participants, l'EHPAD de demain ne doit plus raisonner en tant que « simple » établissement agissant seul, mais plutôt en tant que maillon d'un **parcours gériatrique**, intégrant le domicile, l'institutionnalisation et l'habitat intermédiaire, afin d'offrir une offre pertinente.

Impact des évolutions stratégiques envisagées sur le rôle du Directeur d'EHPAD

La partie précédente nous a permis de mettre en évidence les diverses pistes d'évolution stratégique envisagées par les directeurs. Quelles que soient les avis émis, il leur a été demandé de **si ces évolutions pouvaient avoir un impact sur la fonction de directeur, et notamment sur les compétences attendues**. Selon les participants, la première compétence attendue du directeur de l'EHPAD de demain sera d'être **visionnaire** dans son management au quotidien, afin de percevoir précocement les nouvelles dynamiques naissantes.

Aussi, il devra être **agile, adaptable**, dans un univers qui sera encore davantage soumis selon eux à des évolutions importantes et rapides. D'un point de vue pratique, dans

l'éventualité où sa structure serait pluri activités, il devra être capable d'être **polyvalent**, mais aussi d'être davantage **gestionnaire**, dans la mesure où les problématiques règlementaires et budgétaires seront accrues, parallèlement à la variété des nouvelles activités à gérer. Aussi, le directeur de l'EHPAD de demain devra apprendre à **raisonner stratégiquement non plus à l'échelle d'un établissement, mais à l'échelle du territoire dans lequel il s'inscrit**. En effet, les directeurs interrogés pensent que l'EHPAD de demain sera, quel que soit la trajectoire prise, un acteur essentiel du grand âge sur son territoire, s'intégrant dans une action collective.

Enfin, dans un contexte de méfiance et de défiance vis à vis des établissements, les participants estiment que le directeur de demain devra être capable de **communiquer efficacement en toutes circonstances**, ce qui implique donc de développer une capacité à communiquer avec les différents interlocuteurs, de façon adaptée et proportionnée, en « *s'inspirant pour cela des techniques marketing utilisée dans le secteur marchand privé, qui communique efficacement* » tout en les adaptant aux particularités de l'accompagnement médico-social.

II) L'environnement stratégique des EHPAD à ce jour

A l'issue de l'analyse des entretiens et de la littérature, nous pouvons mettre en évidence, une matrice SWOT du modèle actuel des EHPAD dans une démarche prospective



Ainsi, l'EHPAD actuel dispose de plusieurs forces et faiblesses identifiées en regard de l'enquête et de la recherche bibliographique, permettant d'appréhender les menaces et opportunités qui s'offrent à lui à l'heure de la redéfinition de son positionnement stratégique, demain.

Sur cette base, la partie suivante permettra la mise en évidence de préconisations quant au positionnement stratégique à adopter, en regard des défis actuels et à venir auxquels sont soumis les EHPAD.

Chapitre III : Préconisations et conclusion

I) Préconisations: quel positionnement stratégique pour les EHPAD demain, face à la montée en puissance de l'accompagnement à domicile ?

A l'issue de ce travail, nous pouvons mettre en évidence plusieurs préconisations qui participeront à répondre en partie à la question centrale de ce travail.

Préconisation N°1

Intégrer l'EHPAD dans une logique de parcours gérontologique

Positionner l'EHPAD en tant que maillon de ce parcours pourrait se faire au travers de la conclusion de partenariats et de coopérations, entre les EHPAD, les acteurs du domicile, les structures de coordination et d'orientation ainsi que les acteurs du monde sanitaire. Ainsi, l'EHPAD participerait à proposer une réponse adaptée aux besoins des seniors à plusieurs étapes de leur parcours, dans un cadre favorisant la coopération et le décloisonnement entre les acteurs. Il semble essentiel pour l'EHPAD d'adopter cette logique de réflexion, et de ne plus penser simplement à l'échelle d'un établissement.

Préconisation N°2

Développer la notion de services aux seniors et aux aidants

Le positionnement de l'EHPAD dans une logique de parcours peut se faire au travers des services qu'il pourra être en mesure de proposer aux usagers, fondés sur son savoir-faire et son expertise. Ainsi, en étant un pôle ressource à la fois pour les aidants (formation et information des aidants, soutien psychologique, lieu de rencontre des aidants etc.) et pour les seniors (consultation mémoire, consultation de télé-médecine, ouverture aux activités liées à la vie sociale etc.), il participerait à répondre à des manques et besoins identifiés par les usagers, mais aussi aux manques liés à l'insuffisance de l'offre locale.

Préconisation N°3

Développer l'hébergement temporaire

Pour les EHPAD qui en ont la possibilité (réglementaire et technique), développer l'hébergement temporaire serait une solution intéressante dans l'optique de transformer les établissements en plateforme de service. Par ce biais, ils agiraient en soutien du domicile dans le cadre de la gestion de situation aigue de crise, en soutien des aidants dans le cadre du droit au répit, mais aussi du système de santé dans son ensemble en favorisant l'aval

d'hospitalisation avant un retour à domicile. Aussi, cela participerait à changer l'image de l'EHPAD en permettant aux seniors de venir, dans l'optique d'un retour à domicile rapide, afin de gérer une situation aiguë par exemple. Cela participerait à casser les barrières, les craintes, existant sur l'EHPAD actuel. Ainsi, nous percevons ici de multiples aspects qui agiront positivement sur la fluidification du parcours des seniors en faisant de l'EHPAD un support au quotidien, tout en limitant le risque de rupture de prise en charge ou d'aggravation de l'état de santé.

Préconisation N°4

Développer la médicalisation en gardant sa fibre médico-sociale

Face à la hausse avérée des GMP et PMP, et les tendances démographiques qui indiquent un vieillissement accru de la population, l'EHPAD de demain devra trouver le juste équilibre entre une médicalisation accrue et la préservation de son profil médico-social. Divers moyens existent afin d'atteindre cet objectif, comme par exemple une sectorisation accrue, une externalisation de la partie médicale au travers de partenariats et coopérations, ou encore via une évolution de l'organisation de travail, permettant une présence continue des professionnels infirmiers en structure. Aussi, il sera intéressant d'observer les résultats finaux des expérimentations relatives aux infirmières de nuit en EHPAD, qui pourraient participer à développer la capacité médicale des structures afin de répondre à cet objectif de médicalisation accrue.

Préconisation N°5

Oser l'innovation

Dans un contexte de forts changements, l'EHPAD doit être un moteur. Pour cela, la philosophie qui règne dans les structures doit être orientée innovation et prise de risque. Pour cela, les EHPAD doivent s'intégrer pleinement dans les diverses expérimentations menées par les autorités de tutelles, afin de participer à l'évolution et à l'adaptation des modèles aux besoins des territoires, sans faire preuve de frilosité.

Préconisation N°6

Travailler sur l'image des EHPAD

Pas d'EHPAD de demain sans un travail conséquent sur l'image qu'il renvoie. En effet, cette problématique d'image a des répercussions néfastes sur de multiples domaines de l'activité des établissements. En ce sens, imaginer les structures de demain doit partir de la compréhension des critiques, et du travail sur celles-ci afin de redorer une image ternie.

Pour cela, les EHPAD doivent prendre le virage de la communication moderne, pas forcément dans l'ADN de structures souvent à vocation non commerciale. Aussi, l'image pourra être améliorée en répondant aux besoins exprimés quant à l'accompagnement : réellement le personnaliser grâce aux techniques d'accompagnement alternatives par exemple (Montessori, Humanitude ou Carpe Diem), ouvrir davantage les structures sur l'extérieur en invitant la ville à l'EHPAD, casser l'image de lieu de fin de vie. Les leviers sont multiples, et il conviendra pour les structures de les actionner de concert afin d'obtenir des résultats satisfaisants à l'avenir.

Préconisation N°7

S'ouvrir à l'accueil des personnes âgées en situation de handicap

L'accompagnement des personnes âgées en situation de handicap est un sujet récurrent pour lequel des solutions doivent être trouvées. L'EHPAD de demain pourrait être le lieu d'accueil et d'accompagnement de ce public, grâce à son expertise dans la prise en charge gériatrique. Pour cela, il pourrait être intéressant de développer des partenariats entre EHPAD et MAS sur un territoire, dans le but de préparer au mieux l'arrivée des seniors en situation de handicap à l'EHPAD. Aussi pour se faire, une formation adaptée des professionnels de l'EHPAD devra être envisagée, afin d'appréhender au mieux les particularités de l'accompagnement du handicap, ce qui pourrait être envisageable dans le cadre de partage d'expérience entre MAS et EHPAD par exemple.

Préconisation N°8

Faire évoluer l'approche managériale

Face aux défis managériaux actuels illustrés par l'absentéisme, la souffrance au travail ou la baisse d'attractivité des métiers, l'EHPAD de demain devra valoriser ces fonctions, au travers de différents moyens. Tout d'abord, le management des équipes devra évoluer sur un mode participatif, en cherchant à renforcer le sentiment d'appartenance des professionnels par le biais de l'intégration à des groupes de travail par exemple ou la généralisation des fonctions de référents, mais aussi en valorisant leur métier. Aussi, il pourrait être intéressant de faire évoluer les organisations de travail afin de les rendre plus souples en regard des attentes de la nouvelle génération de professionnels, qui pourrait également être séduites par des méthodes de travail plus modernes, intégrant davantage de digitalisation. Enfin, faire plus pour le développement professionnel continu du personnel,

notamment les moins qualifiés, pourrait permettre d'améliorer l'attractivité des métiers et la satisfaction au travail, en ouvrant davantage de perspectives d'avenir aux professionnels.

II) Conclusion

L'institution EHPAD est aujourd'hui à la croisée des chemins, soumise à des défis protéiformes, qui imposent une profonde réflexion préalable à la production de réponses à la hauteur des enjeux qui se dressent. Au travers de ce mémoire, plusieurs pistes de réflexions ont pu émerger, allant dans le sens du repositionnement stratégique du modèle en regard du développement du maintien à domicile, ce qui a permis de faire émerger huit recommandations à destination des directeurs, et visant modestement à esquisser un modèle stratégique pour l'EHPAD, demain.

L'EHPAD de demain devra s'orienter vers une plateforme de service, de l'avis de la majorité du panel. Cette piste semble pertinente en regard des diagnostics réalisés par les professionnels interrogés et des problématiques soulevées par la partie théorique. En effet, l'EHPAD ainsi construit participerait à fluidifier le parcours de soins des seniors en apportant une réponse adaptée à différentes situations de vie, tout en étant un acteur fort du maintien à domicile grâce aux services fournis. Cette approche placerait également l'EHPAD dans un rôle « moteur » de coordinateur du parcours. Aussi, l'EHPAD plateforme de service aura pour finalité de s'intégrer dans un véritable parcours gérontologique, en agissant autant sur la prévention de la perte d'autonomie, que sur la prise en charge de celle-ci une fois survenue, au travers de son offre d'hébergement.

Cependant, ces deux derniers points ne sont pas sans soulever de véritables questions. Premièrement, comment concrètement fédérer les différents acteurs afin de faire émerger cette notion de parcours ? Est-ce à l'EHPAD de coordonner cela, afin de devenir le pivot de ce parcours au travers de différents partenariats et coopérations, ou à un autre acteur ? Quid alors des CLIC ou des MAIA ? Aussi, ne pourrait-on pas envisager la généralisation de l'adhésion des EHPAD et des différents acteurs de l'accompagnement gérontologique aux GHT, ce qui permettrait une organisation territoriale des soins optimale, sur la base du Projet Médical Partagé ? En effet, les Centres Hospitaliers disposent d'une structure et de moyens organisationnels importants, qui pourraient permettre de coordonner plus facilement l'action des acteurs sur un territoire dans le but de faire émerger une offre graduée, tout en permettant une nécessaire clarté dans la démarche en étant un interlocuteur « unique »

Le second point d'interrogation porte sur la dimension à donner à l'hébergement en structure. En effet, les débats sont encore vivaces sur l'orientation à donner à cette partie de l'activité, puisque tournant autour de deux points : hyperspécialisation via une médicalisation « exclusive » ou au contraire, ouverture de l'hébergement à tous ? A l'heure où le « manque de vie, de social » dans les EHPAD est pointé du doigt, est-il pertinent de chercher à positionner ces structures sur encore plus de médicalisation comme l'expriment certains ? Dans un établissement exclusivement orienté grande dépendance, quelle place resterait-il pour la vie sociale ? Ce positionnement n'impliquerait-il pas de devoir rompre avec l'origine médico-sociale des EHPAD ?

Cependant, et là est toute la difficulté du débat, ce dernier positionnement n'est pas dénué d'arguments. En effet, dans une logique domiciliaire et face à l'avènement de l'habitat intermédiaire, l'EHPAD a-t-il toujours pour vocation d'héberger des seniors au degrés d'autonomie relativement préservé ? Face à la nécessité de penser « global », parcours, positionner l'EHPAD sur le créneau de la grande dépendance en renforçant la dimension sanitaire est-il si incongru ?

Comme souvent en pareil cas, il faudra se diriger vers une solution intermédiaire, en faisant en sorte que l'EHPAD de demain soit un lieu davantage médicalisé afin de répondre aux défis démographiques et sanitaires réels, mais sans renier pour autant la dimension sociale de l'accompagnement.

Enfin, et pour conclure, les différentes problématiques pointées du doigt par les professionnels lors des entretiens menés, notamment concernant la formation, l'attractivité des métiers, ou le manque de moyens à disposition, correspondent aux diagnostics négatifs faits à l'échelle nationale, et nécessitent pour les EHPAD d'être pleinement accompagnés par les pouvoirs publics afin d'opérer ces mutations multifactorielles, complexes, qu'ils ne pourront à l'évidence résoudre seuls.

En effet, et là est le nœud du problème, le directeur d'EHPAD seul ne pourra que difficilement mener de façon efficace et sur le long terme les mutations qui s'imposent, sans un accompagnement politique et institutionnel fort tel que le préconisent les nombreuses recommandations parues au travers du rapport de la concertation Grand Age menée par Dominique LIBAULT, dont les conclusions sont sans équivoques à ce sujet.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE (ANAP) : Publication : *Mutualisation des infirmiers de nuit en EHPAD : retour d'expériences des territoires PAERPA.* Disponible sur : <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/mutualisation-dide-de-nuit-en-ehpad-retour-dexperiences-des-territoires-paerpa/>

AGENCE NATIONALE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (ANACT) : *L'absentéisme en établissement médico-social.*(2017 - 34 pages). Disponible sur : <https://www.anact.fr/labsenteisme-en-milieu-medico-social-un-guide-pour-vous-aider-agir>

AGENCE REGIONALE DE SANTE DES PAYS DE LA LOIRE : *L'EHPAD de demain.* Les livrets du PRS 2018/2022. Disponible sur : https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-01/L8_Personnes_Agees_Ehpad_de_demain_version_web_pour_avis_20180202.pdf

AGID Yves, AUBRY Régis, CROZIER Sophie, DUEE Pierre-Henri, FLEURY Cynthia, GRUAT Florence, PUECH Francis, LE FRIANT Martine, QUINIO Dominique, WEIL Bertrand : *Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ?* Avis N°128 du Comité Consultatif National d'Éthique. Publié le 15 Février 2018. Disponible sur : <https://www.ccne-ethique.fr/fr/actualites/avis-ndeg-128-du-15-fevrier-2018-enjeux-ethiques-du-vieillissement-quel-sens-la>

ALBEROLA Elodie, BERHUET Solen, JAUNEAU-COTTET Pauline, HOIBIAN Sandra : *Une autre maison de retraite est possible.* Note de synthèse. Septembre 2018. Disponible sur : <https://www.credoc.fr/publications/note-de-synthese-une-autre-maison-de-retraite-est-possible>

AMYOT Jean-Jacques : *Travailler auprès des personnes âgées.* 4^{ème} édition. (2016 – 426) p.. Éditions DUNOD. P.97 à 99

BELAICH Charlotte : *Les vieux dans les yeux.* Enquête publiée dans Libération (le 28/05/2018)

BESNARD Xavier et ZEKRI Malika : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Études et des résultats N°1095 : *Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE – Institutions.* Novembre 2018. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1095_toile.pdf

BILLODEAU Guy : *L'approche Carpe Diem (2000).* Citation tirée du livre. Disponible sur : <https://alzheimercarpediem.com/laproche-carpe-diem/laproche-carpe-diem/>

BONNE Bernard : *EHPAD, quels remèdes ?* Rapport d'information N°341 – Sénat (07 Mars 2018). Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r17-341/r17-3411.pdf>

BVA GROUP et FONDATION APRIL : *Baromètre des aidants 2018* (Publié le 27 Septembre 2018). Disponible sur : https://www.fondation-april.org/images/presse/Rapport_complet_BaromtreAidants_2018_FondationAPRIL_BVA.pdf

CABINET KPMG : *EHPAD, vers de nouveaux modèles ?* (Étude publiée en 2016). Disponible sur : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/kpmg_ehpad_vers_de_nouveaux_modeles.pdf

CAISSE NATIONALE A LA SOLIDARITÉ ET A L'AUTONOMIE (CNSA) : *État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées* (Octobre 2011 – P.13). Disponible sur : https://www.cnsa.fr/documentation/CNSA_DosTech_Hebergt_tempo_web.pdf

CARAC. *Baromètre Argent et entraide familiale : où en sont les Français ?* (2017). Disponible sur : <https://www.carac.fr/carac/espace-infos/actualites/barometre-argent-et-entraide-familiale-ou-en-sont-les-francais>

CENTRE REGIONAL D'ÉTUDES D'ACTIONS ET D'INFORMATIONS (CREAI) PAYS DE LA LOIRE : *L'EHPAD de demain, vers la création de pôle ressources gérontologiques locaux* (2019. P.11). Disponible sur : http://ancreai.org/wp-content/uploads/2018/12/Etude_EHPAD_de_demain_CREAIpaysdeLaLoire.pdf

CERIN ELLIOT : *L'EHPAD en quête d'un nouveau modèle*. Publié dans Actualité Sociales (Hebdomadaire) N°3080 du 19/10/2018 (P.22 à 25)

CERIN ELLIOT : *Mado et EHPAD@DOM : la fin de la dichotomie EHPAD – Domicile ?* Publié dans Actualités Sociales (Hebdomadaire) N°3080 du 19/10/2018 (P.26).

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES : Article L313-12. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037950652&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20181223>

DIRECTION DE L'ANIMATION DE LA RECHERCHE DES ÉTUDES ET DES STATISTIQUES (DARES). DARES Analyses – N°038 (août 2018) : *Les salariés des services à la personnes : comment évoluent leurs conditions de travail et d'emploi ?* Disponible sur : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2018-038.pdf>

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES) : *728 000 résidents en établissements pour personnes âgées dépendantes en 2015*. Juillet 2017. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES) : *Les dossiers de la DREES. Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés*. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES). *Baromètre d'opinion : En 2017, des français moins inquiets et davantage demandeurs d'intervention publique*. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_2018_resultats_barometre_drees.pdf

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES). Panoramas de la DREES – Edition 2018 : *Les retraités et les retraites*. P.56. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/retraites_2018.pdf

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE (DGCS) : Fiche synthétique Loi ASV : *Réforme de l'APA à domicile*. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1_fiche_dgcs_apa_cmi_et_questions-reponses.pdf

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE (DGCS) : Fiche synthétique Loi ASV : *Décret relatif aux résidences autonomes*. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/5_fiche_dgcs_resid_autonomie_et_questions_reponses.pdf

DREYER Pascal, ENNUYER Bernard : *Le chez-soi à l'épreuve des pratiques professionnelles. Acteurs de l'habitat et de l'aide à domicile (2017 – 339p.)*. Éditions CHRONIQUES SOCIALE.

ENNUYER Bernard : *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisations*. 2^{ème} édition (2014 – 309p.). Éditions DUNOD.

GIL Roger et POIRIER Nicole : *Alzheimer, de carpe diem à la neuropsychologie* Edition Erès, (270p. 2018).

GUEDJ Jérôme, BROUSSY Luc, KUHN LAFONT Anna : *Les personnes âgées en 2030 : État de santé, démographie, revenus, territoires, modes de vie : portrait-robot de la génération qui vient*. (Les études de Matières grises, le Think Tank – N°1 Septembre 2018).

GUEGUEN Jean-Yves (sous la coordination de) : *L'année de l'action sociale 2017 : Quelles politiques d'action sociale pour le prochain quinquennat ?* (2016 – 275p.). Éditions DUNOD.

HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'ÂGE (HCFEA) : *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030*. Tome I et II – État des lieux. (7 Novembre 2018). Disponible sur : https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/conseil_de_lage_saisine_personnes_agees_2030_tome_1vf.pdf

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE : *Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030*. Rapport publié le 22 Novembre 2018. Disponible sur : https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_personnes_agees_hcaam_22_novembre_2018.pdf

HAUTE AUTORITE DE SANTÉ : *Qualité de vie en EHPAD*. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_06_qdv3_cs4_web_2018-03-16_12-32-35_302.pdf

HAUTE AUTORITE DE SANTÉ : *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement.* Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ouverture.pdf

INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE (INRS) : *Prendre soin des résidents : la relation au cœur de la prévention.* Disponible sur : <http://www.inrs.fr/metiers/sante-aide-personne/ehpad.html>

INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUES ET DES ÉTUDES ECONOMIQUES (INSEE) : Bilan démographique 2018. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693>

ISPENIAN Ingrid : *La Loi 2002-2 ou la reconnaissance de droits aux usagers (2005).* Publié dans *Gérontologie et Société*, Volume 28, N°115. P.49. Ingrid ISPENIAN. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2005-4-page-49.htm>

INSTITUT ODOXA. *Baromètre Santé 360 : grand âge, dépendance et accompagnement du vieillissement.* Disponible sur : <http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-360-grand-age-dependance-accompagnement-vieillessement/>

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE : *VI^e Plan de Développement Économique et Social (1971-1975).* Disponible sur : <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/sixieme-plan-1971-1975.pdf>

KAMERRER Mariette : *Toutes les prestations d'un EHPAD à domicile.* Publié dans Direction(s) N°168 d'Octobre 2018 (P.16 à 18)

Laboratoire d'Économie et de Gestion des Organisations de Santé (LEGOS) – Université Paris-Dauphine. Enquête SHARE. Disponible sur : <https://share.dauphine.fr>

LAUTMAN Albert : Débat lors des Assises Nationales des EHPAD 2017. Disponible sur : <http://www.synerpa.fr/431-l-ehpad-du-futur-entre-soins-accrus-et-services-de-proximite-2.html>

LES ECHOS : *Le secteur de l'aide à domicile réclame 1,7 milliard (par Solveig GODELUCK – Janvier 2019).* Disponible sur : <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/le-secteur-de-laide-a-domicile-reclame-17-milliard-471295>

LE MAG DE LA SANTÉ : Reportage TV – France 5. Janvier 2019

LE MENSUEL DES MAISONS DE RETRAITE : *Quand les EHPAD continuent de s'en prendre plein la gueule.* N°218 – Février 2019

LE VILLAGE ALZHEIMER DANS LES LANDES : Reportage (21/06/2018). Disponible sur : <http://www.marchedesseniors.com/silver-economie/le-village-alzheimer-dans-les-landes/21123>

LIBAULT Dominique : *Rapport de la Concertation Grand Âge et Autonomie.* (225p. – 2019). Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1_fiche_dgcs_apa_-_cmi_et_questions-reponses.pdf

LOI 2015 – 1776 du 28 Décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (Loi ASV) : Article 51. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id>

LOUBAT Jean-René, HARDY Jean-Pierre, BLOCH Marie-Aline : *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale.* (2016 – 372p.). Éditions DUNOD.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES : *Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante de répit.* Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3_du_baluchonnage_quebecois_au_relayage_en_france_version_def_3.pdf

MMES IBORRA Monique et FIAT Caroline : Rapport d'information, conclusion de la mission sur les EHPAD (Publié le 14 Mars 2018). Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0769.asp>

OUEST FRANCE : *Maisons de retraite : Agnès BUZYN regrette « une forme d'EHPAD bashing ».* Disponible sur : <https://www.ouest-france.fr/sante/maisons-de-retraite-agnes-buzyn-regrette-une-forme-d-ehpad-bashing-5525656>

POUR LES PERSONNES ÂGÉES : Annuaire. *Les EHPAD.* Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>

POUR LES PERSONNES ÂGÉES : Annuaire. *Les aides des caisses de retraites.* Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-domicile/les-aides-des-caisses-de-retraite>

POUR LES PERSONNES ÂGÉES : Annuaire. *Alzheimer en EHPAD : quel accompagnement ?.* Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers/alzheimer-en-ehpad-quel-accompagnement>

RABUT Joséphine : *L'EHPAD de demain, perspectives d'évolutions de ces établissements et des compétences du directeur de demain (ILIS - 2017 – 69 p.)*

RAZES Fany : *Environnement architectural, santé et domesticité : étude des effets d'un aménagement architectural domestique sur la qualité de vie, l'usage et la perception de l'espace dans les lieux de vie institutionnels pour personnes âgées.* Thèse publiée le 11 Janvier 2017. 228p. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01431531/document>

RICARD Maxime : *L'EHPAD ressemblera à une plateforme gériatrique et gérontologique d'appui.* Interview d'Albert LAUTMAN publiée dans Actualités Sociales (Hebdomadaire) N°3089 du 21 Décembre 2018.

SILVER ECO : *Les enjeux de l'accompagnement des personnes âgées. Contribution de la FNAQPA.* Disponible sur : <https://www.silvereco.fr/les-enjeux-de-laccompagnement-des-personnes-agees-contribution-de-la-fnaqpa/3198458>

SWEET HOME, LE MEDIA QUI DECRYPTE LA SILVER-ECONOMIE : *Habitat inclusif, le guide complet*. Disponible sur : <https://sweet-home.info/habitat-inclusif-guide-senior/>

SYNDICAT NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS ET RESIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES (SYNERPA) : *Horizon 2030, la Plateforme du SYNERPA*. (2018 – 33p). Disponible sur : <http://www.synerpa.fr/pdf/plateforme2030/files/assets/common/downloads/HORIZON%202030%20-%20Plateforme%20du%20SYNERPA.pdf>

TERRA NOVA : *L'heure du choix : l'entrée des personnes âgées en structure*. Note publiée le 1^{er} Octobre 2018. Disponible sur : <http://tnova.fr/notes/l-heure-du-choix-l-entree-des-personnes-agees-en-maison-de-retraite>

WATREMETZ Lydie : *Le cahier des charges de l'expérimentation de baluchonnage précise le dispositif dérogatoire*. Publié sur Hospimedia (02/01/2019) Disponible sur : <http://abonnes.hospimedia.fr>

TABLE DES FIGURES

<i>Figure 1 - Évolution des GMP et PMP en France</i>	9
<i>Figure 2 - Évolution démographique en France entre 2018 et 2030. Source : Matières Grises (2018)</i>	10
<i>Figure 3 - Statut juridique des EHPAD participant à l'enquête</i>	39
<i>Figure 4 - GMP et PMP des structures interrogées</i>	40
<i>Figure 5 - GMP et PMP moyen des structures participantes</i>	40

Table des matières

GLOSSAIRE	1
INTRODUCTION	2
CHAPITRE 1 : L'EHPAD, MAILLON ESSENTIEL DE L'ACCOMPAGNEMENT DU GRAND AGE EN PROIE A DE NOMBREUX DEFIS	4
I) Un modèle au cœur de la philosophie d'accompagnement du grand âge	4
a) <i>Histoire des EHPAD</i>	4
b) <i>Quel rôle pour l'EHPAD ?</i>	6
c) <i>L'utilisateur en EHPAD</i>	6
II) L'EHPAD, une institution soumise à de nombreux défis endogènes	7
a) <i>Une mutation du public entraînant une complexification de l'accompagnement</i>	7
b) <i>Une organisation remise en question</i>	10
c) <i>Composer avec l'EHPAD Bashing, un défi de taille pour l'EHPAD.</i>	12
III) L'EHPAD face à l'accompagnement à domicile et ses alternatives.	14
a) <i>L'accompagnement à domicile des personnes âgées</i>	14
b) <i>Les alternatives à l'accompagnement à domicile</i>	19
CHAPITRE II : FACE A CES DEFIS, QUELLES PISTES D'EVOLUTIONS STRATEGIQUES POUR L'EHPAD ACTUEL ?	21
I) L'EHPAD en tant que plateforme de service gérontologique	21
a) <i>Des services polyvalents et adaptables</i>	21
b) <i>Illustration de l'EHPAD Plateforme de Services : l'expérimentation EHPAD@dom</i>	25
II) Positionner l'EHPAD en spécialiste de l'accompagnement de la grande dépendance	26
a) <i>Un lieu hyperspécialisé</i>	26
III) Repenser l'accompagnement	30
a) <i>Proposer des philosophies centrées sur la personne</i>	30
b) <i>Développer et réaffirmer la dimension « lieu de vie » des établissements</i>	33
IV) Conclusion intermédiaire	35
CHAPITRE I : ENQUETE	36
I) Objectifs et finalités de l'enquête de l'enquête	36
II) Méthodologie choisie	37
CHAPITRE II : COMPTE-RENDU DE L'ENQUETE	39
I) Présentation synthétique des résultats	39
II) L'environnement stratégique des EHPAD à ce jour	57
CHAPITRE III : PRECONISATIONS ET CONCLUSION	58

I) Préconisations: quel positionnement stratégique pour les EHPAD demain, face à la montée en puissance de l'accompagnement à domicile ?	58
II) Conclusion	61
BIBLIOGRAPHIE	63
TABLE DES FIGURES	69
ANNEXES	I
<i>ANNEXE 1 - GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF</i>	<i>I</i>
<i>ANNEXE 2 – RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS</i>	<i>IV</i>

ANNEXES

ANNEXE 1 - Grille d'entretien semi-directif

Présentation de l'interlocuteur	
Quelle est votre fonction ?	
Depuis combien de temps exercez-vous ?	
Quel type d'établissement dirigez-vous ?	<ul style="list-style-type: none">- Quelle est la forme juridique de votre établissement ?- Faites-vous partie d'un groupe privé ou associatif ?
Combien de salariés exercent dans votre structure ?	
Combien de résidents accueillez-vous ?	
Quel type de résidents accueillez-vous ?	
Quel est le niveau de dépendance de votre établissement ?	

Exercice de la fonction de Directeur d'EHPAD et perception de l'environnement	
Selon-vous, quelle est la finalité de votre activité ?	<ul style="list-style-type: none">- Comment percevez-vous votre activité ?- Quelle est la place de l'EHPAD dans l'accompagnement du grand âge aujourd'hui selon-vous ?
A quelles problématiques majeures êtes-vous soumis en tant que directeur ?	<ul style="list-style-type: none">- De quel ordre sont ces problématiques ? Économique, managériale, éthique etc. ?- De nouvelles problématiques on-t-elles émergées ?
Depuis votre prise de fonctions, l'environnement de l'EHPAD a-t-il évolué, et si oui, sur quels points ?	<ul style="list-style-type: none">- Quelles seront les problématiques à venir selon-vous ?
Ces évolutions ont elles fait changer votre façon de voir et d'exercer votre métier ?	<ul style="list-style-type: none">- Comment, de façon concrète ?

Le développement des politiques de maintien à domicile	
Pourquoi selon-vous les politiques actuelles tendent vers le soutien au maintien à domicile des personnes âgées ?	
Selon-vous, quelles sont les forces du modèle de maintien à domicile ?	- Qu'est-ce que les acteurs du domaine proposent que les EHPAD ne proposent pas ?
Qu'est-ce que cette tendance dit selon vous, de l'EHPAD et de l'accompagnement qu'il propose ?	- Est-ce une réponse aux insuffisances de l'EHPAD ?
Comment envisagez-vous l'évolution du maintien à domicile à l'avenir, dans le cadre de l'accompagnement du grand âge en France ?	- Va-t-il se généraliser davantage ? - Quelles sont ses opportunités d'évolution ? - La politique d'accompagnement du grand âge sera-t-elle axée sur le domicile en priorité ?

Le modèle EHPAD dans un contexte de maintien à domicile	
Comment percevez-vous le renforcement du maintien à domicile en tant que Directeur d'EHPAD ?	- Percevez-vous cela comme une menace, et ses acteurs comme des concurrents ? - Percevez-vous cela comme une opportunité, et ses acteurs comme des partenaires ? - Pensez-vous que votre activité sera impactée par l'émergence du maintien à domicile ?
Si perçu comme une menace : En quoi est-ce une menace ?	- Précisez - Comment percevez-vous les nouveaux concepts émergents (EHPAD hors les murs, à domicile, EHPAD plateforme de service, EHPAD hyperspécialisés) ? - Peuvent-ils être une réponse à la menace constituée par l'émergence du maintien à domicile ?
Si perçu comme une opportunité : En quoi est-ce porteur d'opportunités ?	- Précisez - Comment percevez-vous les nouveaux concepts émergents (EHPAD hors les murs, à domicile, EHPAD plateforme de service, EHPAD hyperspécialisés) ?
Quelle stratégie pensez-vous qu'il soit pertinent d'adopter, afin de permettre aux EHPAD de répondre à la concurrence portée par le maintien à domicile ?	- En quoi cela pourrait-il constituer une solution ?

Percevez-vous d'éventuels obstacles à la mise en œuvre de cette stratégie ?	
Selon-vous, sur quelles forces l'EHPAD peut-il s'appuyer pour intégrer cette nouvelle donne à son mode de fonctionnement ?	
A l'inverse de façon spécifique, quelles sont selon-vous les faiblesses qui pourraient empêcher l'EHPAD de s'adapter à ces évolutions ?	

L'évolution de la fonction de Directeur d'EHPAD	
Pensez-vous que les évolutions contextuelles auxquelles sont soumis les EHPAD auront un impact sur la manière d'exercer du Directeur ?	<ul style="list-style-type: none"> - Si oui, sur quels plans ? - Si non, pourquoi ? - Pensez-vous que la relation manager/managé sera amenée à évoluer ? - Si oui sur quels points et comment accompagner cette évolution ?
Pensez-vous que le Directeur d'EHPAD sera amené à devoir faire appel à de nouvelles compétences afin de répondre aux défis auxquels il sera soumis, ainsi qu'à l'évolution des mode d'organisation ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles seraient ces compétences ? - Pourquoi celles-ci ? - Comment, de façon concrète cela se matérialiserait-il ?

Entretien de VERDRON Sébastien – Résidence Les Orchidées Villeneuve d'Ascq

I) Présentation

Je suis Directeur des orchidées de Villeneuve d'Ascq depuis 8 ans, EHPAD ouvert en juin 1998, à but non lucratif accueillant 80 résidents permanent et une chambre d'hébergement temporaire, répondant à des besoins de séjour de répit des aidants, des séjours de fin de convalescence avant retour à domicile. Les studios permanents ont vocation à accompagner des personnes en autonomie totale jusque la personne totalement dépendante. La Résidence dispose depuis 15 ans d'un secteur ouvert, c'est un parti pris sur l'accompagnement des résidents souffrant de maladies neurodégénératives. Depuis 2016, nous disposons d'un PASA accompagnant 14 de nos résidents ayant des maladies des troubles modérés du comportement. Notre GMP est de 678 et notre PMP de 198.

II) Fonction de Directeur et perception de l'environnement

En tant que Directeur, je suis soumis à plusieurs problématiques. D'abord, **l'aspect commercial** : C'est un marché qui évolue très vite, qui est encore très morcelé avec une multitude d'acteurs. Le développement de l'aide à domicile favorise un espèce de millefeuille français qui veut que l'on doit rentrer dans une case et on a du mal aujourd'hui à entrevoir un parcours de vie global, mais c'est pour moi l'orientation stratégique des prochaines années, afin d'apporter des réponses adaptées au degrés de perte d'autonomie. **L'aspect financier ensuite**. La gestion, n'est pas trop un problème à la base car établissement à but non lucratif mais se complexifie notamment du fait de la baisse des dotations des partenaires institutionnels, et du reste à charge des familles qui est de plus en plus important : la pension moyenne en France est de 1550€, alors que le coût moyen en EHPAD est de 2300€. **L'aspect humain**, avec une forte évolution des mentalités tant du côté des résidents que du côté des professionnels, étant peut être moins intéressées par l'aspect humain de l'accompagnement, qui pousse à devoir adapter notre approche. **Nous pourrions ajouter l'image de l'EHPAD dégradée**, qui complexifie mes relations avec les futurs résidents, souvent très réticents à entrer en structure, ayant toujours une image marquée « hospice » ou « mouroir ». Nous devons donc communiquer davantage sur ce que l'on fait de bien, afin de combattre cette mauvaise image, et surtout être très pédagogue envers les personnes.

Enfin, du **point de vue de l'accompagnement**, je dois faire face à une forte complexification, un alourdissement important. Nous sommes capables d'accompagner la grande perte d'autonomie, mais dans une certaine proportion. Aujourd'hui, j'accompagne de plus en plus de personnes présentant ce profil, ce qui devient compliqué, à moyens iso. Mes moyens n'ont pas augmentés proportionnellement à l'accroissement du nombre de personnes très dépendantes accompagnées.

III) L'EHPAD dans un contexte de développement des politiques de maintien à domicile

Le modèle de maintien à domicile présente des similitudes au modèle EHPAD, ne serait-ce que sur la structuration de l'offre entre public, privé lucratif et non lucratif. Développer et renforcer les acteurs du domicile **est essentiel avant tout pour lutter contre l'épuisement des aidants, bien qu'il dispose d'autres atouts**. Tout d'abord, il permet bien évidemment de rester chez soi, avec tout le lien émotionnel et le lien affectif qu'on peut attribuer à son bien immobilier. Aujourd'hui la maison est plus qu'un bien, on y a vécu, fait grandir nos enfants, c'est une valeur affective forte. Le souhait aujourd'hui est de ne pas quitter tous ses repères. En cela le maintien à domicile est la solution idéale.

Son développement nous fait **obligatoirement bouger, nous EHPAD**. Il faut voir cela comme **l'occasion de repenser nos schémas avec toute la complexité de faire changer les cultures, les mentalités, notamment sur le plan RH**. Nous devons aller vers des modèles plus souples, plus dynamique, **apporter de la souplesse organisationnelles sur le modèle Buurtzorg**, afin de mieux s'adapter aux besoins et ne plus rester enfermés dans les carcans des « fiches de postes », décloisonner pour proposer un accompagnement complet par le même professionnel. Cela nécessitera un travail sur les mentalités.

Notre évolution est donc essentielle et ce d'autant plus que je vois le maintien à domicile **se développer davantage, afin de devenir « une norme »** pour les personnes ne nécessitant pas de lourds accompagnements sur des troubles cognitifs. Il se professionnalise davantage. Il nous faudra, nous EHPAD, proposer une offre qui soit capable d'accompagner la personne sur **tout un parcours**, en répondant aussi aux manques du maintien à domicile qui ne peuvent pas gérer des situations très complexes sur le long terme.

A ce titre, je suis tiraillé entre l'idée **d'aller vers une hyperspécialisation et celle d'aller vers le développement de services**. L'hyperspécialisation est une niche à exploiter, en devenant expert de l'accompagnement de la grande dépendance d'une part, mais aussi expert dans **l'accompagnement des personnes âgées handicapées, ou présentant des troubles psychiatriques**. Je pense cette approche pertinente, mais ne risque-t-on pas de ne plus se **reconnaître, de changer nos valeurs ?** Dans les faits, **nous allons vers de plus en plus de médicalisation**, et je peux voir des soignants présents depuis longtemps être très peu à l'aise avec cette réalité, mais celle-ci s'impose à nous. Ce que je ne veux pas, c'est **devenir une annexe de l'USLD. Dans ce cas, qu'on nous sorte du champ médico-social et qu'on nous mette dans le champ sanitaire, avec les moyens adéquats**. Je tiens à ce que l'EHPAD de demain **garde sa dimension sociale**. Les personnes sont en demande de ça.

L'autre possibilité **est de proposer une plateforme de service intégrée dans un véritable parcours gérontologique**, alimenté par notre savoir-faire, notre expérience, afin de proposer une réponse adaptée à toute situation rencontrées par les seniors, dans **une approche différente de celle produite par les acteurs du domicile**. Nous nous appuyerions pour cela sur notre expertise, expertise de l'accompagnement gériatrique à tous les niveaux : soins, animation, mais aussi hôtellerie et restauration etc. Nous pourrions proposer une offre complémentaire et variée, basée sur l'accompagnement temporaire,

l'accès libre aux prestations de l'EHPAD, mais aussi sur des interventions au domicile, toujours en ayant à l'esprit d'apporter ce qui nous différencie, notre savoir-faire, et développer cette culture de l'expertise au domicile. Je pense, comme dit précédemment que ces services doivent s'intégrer dans une logique stratégique **de parcours**. Les opérateurs doivent proposer, demain, **une offre complète entre services au domicile (soins, restauration), services en institution (hébergement temporaire, accès aux prestations de la structure, hébergement permanent), mais aussi proposer de l'hébergement alternatif, en Résidence Services par exemple**. Développer cela, c'est **penser parcours, penser prévention**.

Par exemple, en permettant à une personne de bénéficier d'hébergement temporaire, en intervenant chez elle, **on peut prévenir la perte d'autonomie grâce à notre œil expert** : la repérer, proposer les solutions adéquates, et au final lui permettre d'être maintenue le plus longtemps à domicile. Aussi, pourquoi ne pas envisager une ré-autonomisation dans le cadre d'un hébergement permanent, avant un retour au domicile ? Il faut changer d'approche, cesser de voir l'EHPAD comme une fin en soi, mais le voir comme une possible transition intégrée à un parcours. En proposant ces services complémentaires, adaptés, on peut proposer une large réponse participant au maintien de l'autonomie. Mon souhait c'est que demain, grâce à l'offre de l'EHPAD, **on parvienne à réduire les ruptures de parcours, les hospitalisations inutiles, grâce à notre prévention**.

Pour que l'EHPAD trouve sa place dans ce parcours, **notre expertise est un atout considérable** que n'a pas forcément le domicile. Par exemple sur les repas, la connaissance des textures, sur la surveillance alimentaire, la vigilance quant au risque de dénutrition.

Mais il nous faudra **davantage nous ouvrir pour susciter l'envie de venir nous solliciter**. Il y a aussi un frein relatif au cloisonnement entre les métiers, à la difficile articulation entre intervention en EHPAD et intervention au domicile. Comment s'organiser afin qu'un soignant puisse et intervenir au domicile, et être en poste en structure de temps à autres ?

Aussi, je pense que les **professionnels doivent être mieux accompagnés et préparés à ces évolutions. Ils ont souvent beaucoup de mal à accepter le changement des profils en structure**, qui ne correspond plus à l'image qu'ils s'en était fait, ni à la finalité de leur métier. Certains ont beaucoup de mal avec l'alourdissement des profils, cela peut être un frein pour l'EHPAD demain car accompagner oui, mais si personne ne veut exercer en structure, comment rendre cela possible ? L'aspect **financier est également à analyser comme un possible obstacle à mon sens**.

Les structures sont asphyxiées, elles subissent **un tel turn-over de résidents** que le travail quotidien consiste à faire de nouvelles entrées pour garder sa pérennité économique. Dans ce contexte, comment penser sereinement à demain ? Comment faire de la prospective ? Enfin, du point de vue de l'organisation, **nous nous sanitarisons de plus en plus et nous perdons en souplesse**. J'ai aujourd'hui 200 protocoles dans mon EHPAD, qui encadre les moindres faits et gestes. Difficile de disposer de l'esprit d'innovation **nécessaire à ce type de mutation dans un tel contexte**. Il y a beaucoup trop de normes, de contraintes, que cela en perd son sens.

IV) Le Directeur de l'EHPAD de demain

D'emblée, je pense que les EHPAD demain vont connaître une multitude de **fusions, acquisitions. Les petits acteurs ne pourront plus exister, c'est évident.** Les partenaires institutionnels cherchent aussi à **faciliter le dialogue, à réduire les interlocuteurs.** Ma crainte est que cela ne tende exclusivement vers le privé commercial, disposant de forts moyens. L'associatif et le Public ont un rôle social et sociétal essentiel à jouer, il faudra veiller à préserver cela.

Comme depuis **11 ans que j'exerce, je pense que le Directeur de l'EHPAD de demain devra avoir un profil encore plus gestionnaire.** Avant, nous avions des infirmières orientées sur le versant social/soin, aujourd'hui nous recherchons quasi exclusivement que des gestionnaires purs, et cela m'inquiète. Le risque de voir l'approche humaine disparaître est réel. Aussi, il faudra gérer encore plus de réglementation, de traçabilité, de suivi, au détriment du rapport humain.

Entretien de DESROUSSEAUX Delphine – Résidence Les Orchidées de Lannoy

I) Présentation

Je m'appelle Delphine DESROUSSEAUX, je suis Directrice des Orchidées de Lannoy depuis un peu plus de 2 ans. A la base j'ai exercé en tant qu'infirmière pendant 18 ans en EHPAD et à domicile, avant de devenir Cadre de Santé en 2012, puis Directrice en 2017. Je dirige une structure privée associative ouverte il y a 20 ans et qui héberge 80 résidents. Notre ambition première est d'être un véritable lieu de vie. L'établissement est composé de 4 secteurs : 2 unités renforcées en soins pour 40 résidents et 2 autres secteurs où l'on trouve des studios qui accueillent des résidents en GIR 3-4. Notre GMP est de 690 et notre PMP de 202.

II) La fonction de Directeur et la perception de l'environnement

La finalité de ma fonction est d'assurer une qualité d'accompagnement pour les résidents et de faire que la résidence soit le mieux le mieux possible sur tous les plans : hôtellerie, soins, animations, spirituel, social. Je dois disposer de compétences variées et essentielles, qu'elles touchent au plan **managérial, gestionnaire, organisationnel et relationnel.**

Quotidiennement, je fais face à plusieurs problématiques. La **principale est d'ordre RH** notamment le management des équipes, rendu difficile par le désamour ressenti par certains professionnels vis à vis de leur profession qu'elles trouvent dévalorisées (sur le plan médiatique, financier aussi).

Le **second défi est de rester attrayant.** La résidence que je dirige **excentrée géographiquement**, il faut donc communiquer d'autant plus afin d'attirer les personnes, grâce aux nombreux projets que l'on met en œuvre tel que la boxe, escalade ou la piscine.

Mais depuis un an et demi environ, le principal problème concerne le recrutement, notamment des aides-soignants. Aussi depuis 6, 8 mois, nous commençons à ressentir des difficultés dans le recrutement de nouveaux résidents et c'est un diagnostic que je peux élargir à tous les secteurs, privé lucratif, public ou associatif. Il est plus difficile de trouver des personnes qui veulent entrer en EHPAD. Le téléphone sonne moins, le taux d'occupation chute, et les retours que nous avons auprès des familles révèlent une crainte largement abreuver par l'EHPAD Bashing d'une part, mais aussi et surtout par **la volonté de rester à domicile d'autre part**. Par la force des choses, **j'ai donc dû faire évoluer ma manière de travailler**. Je dois davantage communiquer sur ce que l'on fait dans la résidence. Avant on en n'avait pas forcément besoin car les **gens ne bénéficiaient que de peu d'alternatives**, et l'EHPAD restait un peu l'inconnu, chose qui n'a plus cours aujourd'hui. Si l'on veut changer le regard de la société, il faut que ce que **l'on fait de bien se sache, comme pour faire contrepoids**. On met donc en exergue le travail des équipes à travers des reportages, des publications et de la communication avec les médias notamment.

Cette communication s'applique aussi aux professionnels, nous allons par exemple régulièrement sur des salons ou dans les instituts de formation afin de nous faire connaître.

III) L'EHPAD dans un contexte de développement des politiques de maintien à domicile

Le développement du maintien à domicile s'explique par **plusieurs facteurs. Tout d'abord le coût de ce dernier, plus intéressant que celui induit par l'institutionnalisation**. Aussi bien évidemment le souhait le souhait des personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible, ce qui est compréhensible.

Ce développement est aussi un moyen **de pallier l'insuffisance de moyens humains et financiers accordés à l'EHPAD**. Nous sommes aujourd'hui confrontés à ces problématiques qui ne permettent pas de faire de l'EHPAD un lieu de vie heureux, et de susciter une réelle envie d'entrer pour les seniors.

Les **forces** du modèle sont de répondre aux attentes des personnes âgées de rester à domicile. Cela à un côté très sécurisant si il est bien organisé.

Ses **faiblesses** portent surtout sur le **manque de lien social**, et le risque d'isolement, l'insécurité. Les personnes âgées restent seules de longues périodes : toute la matinée ou l'après-midi. Elles ne sont pas à l'abri de se retrouver le soir à 20h au sol suite à des chutes. La qualité d'accompagnement est très aléatoire, vu que les aides à domicile sont principalement des auxiliaires de vie voire des personnes pas du tout formées, avec des qualités relationnelles et techniques assez aléatoires.

Cependant, je pense qu'il continue à se développer à l'avenir et à **se professionnaliser davantage. C'est pourquoi il y a quelque chose de notre côté à anticiper**. On a des savoir-faire, on connaît très bien l'accompagnement de la personne âgée. On sait les besoins (animations, liens, qualité des repas). Il faut valoriser ces avantages pour proposer

un panel de solutions qui leur répondra aux besoins du plus grand nombre. Il faut à mon sens **généraliser l'EHPAD à domicile, afin de réinventer le modèle, et exporter nos savoir-faire. Si cela répond au besoin des personnes, pourquoi ne pas l'envisager ?** Cette condition est essentielle. Il faut également que cela s'intègre dans une logique d'offre plurielle répondant à plusieurs besoins du senior. L'EHPAD à domicile peut être une réponse à un moment donné.

Aujourd'hui, je considère donc le développement de l'approche domiciliaire comme une **opportunité pour le secteur des EHPAD. Nous devons trouver notre pleine place dans ce changement de paradigme et ne pas laisser le train passer.** C'est d'ailleurs le sens de la réflexion que nous menons au sein du groupe. Nous avons la volonté à moyen terme que chaque Résidence Orchidées ait un service d'aide à domicile, afin d'intervenir dans un périmètre **de 4 à 5 kilomètres.** Le but est de **partager le savoir-faire Orchidées aux personnes alentours.**

Je pense plus pertinent d'aller **vers cette logique, au contraire de l'accompagnement exclusif de personnes en GIR 1 ou 2. Certains EHPAD ont fait ce choix, mais c'est à mon sens au détriment de la qualité car les moyens alloués par les autorités de tarification ne sont pas suffisants.**

Cependant, la tendance de fond à mon avis est de mettre un place une offre articulée en parcours qui permettra à chacun d'avoir accès à ce qu'il désire, quand il le désire, **dans une logique de complémentarité des offres et des acteurs.**

Pour que l'EHPAD puisse y trouver sa place, nous pourrions nous appuyer sur nos forces. La première c'est son expérience, 25 ans d'expérience, sur notre savoir-faire également, la qualité des soins et la volonté des équipes.

En parallèle des freins existent, entrer sur le marché du domicile n'est pas simple. Nous ne sommes pas les seuls sur ce secteur et il faudra s'y intégrer, s'y adapter, cela passe également par le **recrutement de personnel** soignant polyvalent. Cela renvoie à la question de la question de la formation des professionnels, **il faut la repenser afin de les rendre adaptable.**

IV) Le Directeur de l'EHPAD de demain

En supposant que l'EHPAD traditionnel intègre un service d'EHPAD à domicile, le rôle du Directeur changera forcément, car il s'agira de diriger une plus grande équipe. Il faudra ouvrir le champ de compétence sur le domicile, cela demandera à se former d'avantage en interne. Cela demanderait des réorganisation, par la nomination d'adjoints par exemple et une délégation de compétence de la part du Directeur.

I) Présentation

Je suis directeur de Notre Dame des Anges, EHPAD associatif mono établissement. Tout se fait sur place. Cela fait 5 ans que j'exerce ici, durant 2 ans auparavant j'ai été directeur d'un EHPAD privé lucratif (Medica France).

Nous avons dans notre structure 62 places dont 2 temporaires, 48 ETP 20 aides-soignants, 13 agents de services, 4 infirmiers. Nous avons un effectif confortable et conséquent par rapport au nombre de lit, afin de réaliser notre mission dans les meilleures conditions. Notre GMP est de 755 et un PATHOS à 217, donc dans la fourchette haute, ce qui justifie cette présence.

II) La fonction de Directeur et la perception de l'environnement

Le but de ma fonction est d'accompagner au mieux les résidents, les familles, dédramatiser l'accompagnement et faire en sorte que cela se passe du mieux possible. Expliquer ce que l'on fait, pourquoi, et chercher l'adhésion des personnes.

Aujourd'hui, l'EHPAD a une place très importante dans l'accompagnement, car il arrive comme le dernier recours, quand tout a été épuisé : aidant, MAD arrivant à des limites, nous arrivons et nous prenons le relais. J'ai toujours connu l'EHPAD comme cela. Les gens arrivent chez nous quand ils sont épuisés, sans solution. Souvent sans gaieté de cœur mais face à l'obligation. La transition est souvent difficile et c'est là qu'il faut accompagner et expliquer.

Ma fonction me met face à plusieurs défis au quotidien. Tout **d'abord l'EHPAD Bashing**. En cela, je dois gagner et garder la confiance des familles, qui ont parfois des attentes inappropriées. Je dois les rassurer et leur expliquer les choses avec patience et bienveillance. **Le 2nd défi**, c'est de disposer des moyens nécessaires pour le meilleur accompagnement, afin de gagner justement cette confiance. Avoir des moyens humains, matériels, avec une équipe formée qui comprend le sens et la finalité de son travail, et d'obtenir l'adhésion de ces équipes à notre projet, ce qui est parfois compliqué. Ce sont de vrais défis managériaux, qui viennent se coupler à un **3^{ème} défi** : la **pénibilité du travail**, qu'il convient de comprendre et de solutionner autant que possible. Enfin, **le 4^{ème} défi** est plutôt d'ordre économique, avec la nécessité d'avoir un taux d'occupation acceptable, car tout part de là d'un point de vue financier.

Depuis ma prise de fonction, je n'ai pas perçu d'évolution. Ils dépendent surtout de l'équipe que l'on a, de l'ambiance globale. Cela influence beaucoup sur le travail en lui-même. Mais si je devais mettre en évidence une évolution, elle serait d'ordre financier, notamment depuis 2012 où j'ai eu à gérer une hausse des charges liées à la fin des heures supplémentaires défiscalisées. Nous avons eu un sentiment d'asphyxie, avec une forte hausse des charges à effectifs constants. Jusqu'en 2016 et le CICE qui nous a permis de respirer un peu.

Ensuite nous avons eu quelques mouvements sociaux entre 2016 et 2018, qui ont été difficiles mais nous ont permis d'enfin parler des EHPAD et mettre la lumière sur notre situation. Le contexte a évolué, nous ne sommes plus considérés comme les méchants, mais plutôt comme des « victimes », victimes d'un manque de moyen.

Depuis 2018, j'ai quelque peu changé de vision et d'approche managériale, concernant l'absentéisme notamment, nous avons décidé de remplacer en priorité. Le but étant d'assurer la qualité du service et prévenir l'épuisement professionnel.

A l'avenir, je pense que les défis seront variés. Tout d'abord la question de la confiance sera primordiale. Ensuite, le défi de gérer des séjours toujours plus courts et toujours plus compliqués, ceux le pouvant resteront chez eux ou dans des habitats intermédiaires qui se développent. **L'EHPAD ira vers de la médicalisation importante, voire de la prise en charge psychiatrique avancée.**

On le voit aussi au travers des orientations du budget 2019. Le gouvernement met de l'argent à destination du secteur hospitalier, notamment pour ce qui concerne la rééducation et la réadaptation. **L'idée étant qu'il n'y ait pas de reste à charge pour les familles qui mettraient un proche directement en EHPAD à l'issue d'une hospitalisation**, de façon transitoire. Cela m'évoque l'idée que nous sommes **en train de remplacer le SSR**, ce qui fera sensiblement évoluer notre finalité à mon sens.

Il faudra aussi **changer de paradigme, l'EHPAD deviendra le relais de l'hôpital, nous serons l'USLD, et dans les 10 ans le SSR également.** Pour ceux nécessitant un SSR mais avec peu de soins, et uniquement de la rééducation, il est pertinent de les envoyer en EHPAD où l'accompagnement sera axé lieu de vie. La maison de retraite d'hier, c'est la résidence autonomie d'aujourd'hui. **L'EHPAD de demain sera de plus en plus médicalisé à mon sens.**

Aussi le défi de demain **c'est l'évolution des profils.** Économiquement nous aurons à accueillir des personnes moins **capables d'assumer le reste à charge**, notamment avec la hausse des divorces ou du chômage, qui mécaniquement diminuent les revenus des personnes en impactant l'acquisition de patrimoine. Les générations de seniors actuelles ont connu la guerre, elles ont été « économes ». Aujourd'hui, non, les personnes ont toujours vécu dans des situations de paix qui modifie l'approche.

Cependant, cette médicalisation ne doit pas faire perdre la fibre sociale de l'EHPAD. Si l'EHPAD est capable de faire cet accompagnement médical et de rééducation de second recours, pourquoi retarder l'entrée des personnes jusqu'à temps qu'elles soient extrêmement dépendantes ? En ayant ces nombreuses compétences, cela n'empêchera pas de garder la fibre sociale.

III) L'EHPAD dans un contexte de développement des politiques de maintien à domicile.

Tout le monde souhaite rester chez soi, personne ne souhaite de l'EHPAD. Politiquement, si on « obligeait » la maison de retraite à partir d'un certain âge, ce ne serait pas accepté. Ce qui fait qu'on entre en EHPAD aujourd'hui, c'est la « peur », la peur que quelque chose arrive, ça n'est pas tant la solitude ou la volonté propre.

Le modèle du maintien à domicile en tant que tel est compliqué. Il est très varié. Parfois les limites apparaissent vite : dès que la situation l'exige, il est difficile de maintenir à domicile, dès que la situation exige davantage de contrôle, là aussi nous sommes bloqués. Il dispose aussi d'une autre faiblesse aussi dans le sens aussi **où il pousse à l'isolement**. Aussi, l'organisation du domicile n'offre **pas la possibilité de respecter les habitudes de vies**, du fait de grosses contraintes organisationnelles et du manque de souplesse, comparativement à l'EHPAD

La principale force du domicile est d'être une réponse à l'envie des personnes. Il est surtout vu comme un idéal, un moyen d'être dans le déni par rapport à l'évolution de l'état de santé.

Son développement à l'avenir est incertain. Ce domaine est face à des difficultés notamment du point de vue des formations mais aussi de l'organisation. Cependant, je pense qu'il lui faudra aller vers la digitalisation, qui faciliterait l'organisation.

Ces dernières devront évoluer, pour davantage aller vers des systèmes de coopératives, où les partenaires travailleraient « à leur compte ». Cela favoriserait l'appropriation, l'implication des personnes. Son évolution passera aussi par du travail en filière, **en lien avec les EHPAD, afin d'offrir une meilleure orientation aux personnes**.

Dans ce contexte de renforcement du maintien à domicile, je pense que l'EHPAD est obligatoirement **amené à évoluer**. Il faudrait davantage travailler en filière, en lien avec les acteurs du domicile afin de faire en **sorte d'aller à l'EHPAD au bon moment**. L'EHPAD **pourrait devenir une solution en sortie directe d'hospitalisation**, avant un retour au domicile, afin de faire changer l'approche et se dire que l'EHPAD n'est plus forcément synonyme de « **définitif** », **qu'il peut être temporaire**, une transition pour revenir sur du domicile. Dans ce cadre, il faudrait aussi accentuer la notion de séjour temporaire, et se dire finalement, l'EHPAD peut être une transition. Le séjour temporaire en soi est « génial ». On fait entrer les gens de cette façon qui leur permet de voir ce qu'est l'EHPAD. Cela retire la dimension anxigène et cela permet la transition en douceur.

Lorsque les personnes peuvent avoir cette possibilité de faire un passage temporaire de temps à autre, cela facilite leur entrée car elles perçoivent d'elle-même ce que l'EHPAD peut apporter, et dans ces situations les personnes sont volontaires pour entrer.

Donc pour conclure sur ce point, le développement du maintien à domicile **n'est selon moi pas une menace pour l'EHPAD**. C'est plutôt une **activité complémentaire** qui permet de travailler en filière, en réseau. L'idée clairement est de développer des partenariats avec le domicile. **Il faut apprendre à travailler ensemble**, sensibiliser les professionnels du

domicile sur nos possibilités notamment celles concernant l'Hébergement Temporaire, et faire en sorte que les équipes de terrain puissent alerter leurs supérieurs sur la dégradation d'une personne par exemple, afin qu'elle vienne temporairement en EHPAD pour ensuite revenir chez elle. Cela permet aux gens de ne pas être isolés sans solution, elle seraient dans une évolution : domicile, séjour temporaire, accueil de jour, puis éventuellement du permanent.

Aussi, sur la prise en charge des personnes souffrants d'Alzheimer, nous faisons ce **que le domicile ne peut pas faire**. Maintenir une personne gravement atteinte à domicile est tout simplement impossible.

L'EHPAD profiterait d'une des faiblesses du domicile sur ce plan là, afin de proposer aussi une offre **d'hébergement permanente en direction de ces personnes**.

Il est essentiel d'envisager dès aujourd'hui ces évolutions. **Nous sommes déjà tous « impactés » par le développement du MAD**, ou en tout cas préparé à cela, et il faut continuer à s'adapter en ce sens.

Mais je perçois vraiment le domicile comme porteur de coopération. Lorsque l'on voit la pyramide des âges, je me dis d'un côté : « heureusement que le domicile est là », sinon comment pourrions-nous absorber tout cela ?

Quel est votre point de vue sur les pistes émergentes pour l'EHPAD : A domicile, plateforme de service, médicalisation ? Qu'en pensez-vous ?

Proposer ces solutions est logique, il faut se réinventer pour répondre aux nouvelles attentes. Cela rejoint la problématique du reste à charge, les personnes auront moins de moyens, les départements aussi. Aussi, il faudra moduler l'offre pour répondre aux besoins.

Augmenter **la médicalisation n'est pas forcément le besoin, la logique tend plus vers le fait de proposer plus de services**, soit en interne si l'on a les moyens, soit via des partenariats locaux à l'échelle de quartiers/villes avec tous les acteurs. On placerait ainsi l'EHPAD dans une chaîne. Nous devons donc nous diversifier.

Pour y parvenir, nous pourrions nous appuyer sur plusieurs **forces**. **Tout d'abord**, la connaissance du métier, l'expertise mais aussi le contact que l'on peut avoir avec les usagers/partenaires. Nous avons l'expérience du dialogue avec l'extérieur.

Le maillage est aussi une force, cela permet de couvrir de plus petites zones et d'être ainsi plus efficace en ayant une population plus petite à gérer, et donc en la connaissant mieux.

Nous aurons également des **faiblesses à corriger**. Elles portent notamment sur la **ruralité** où le maillage est moindre, sur la rigidité du modèle également qui ne permet pas toujours **l'innovation**, mais aussi le fait de manquer de temps pour réfléchir à tout cela. On peut parler du poids des normes qui sont de plus en plus importantes, nous sommes « noyés » dans un quotidien **qui rend difficile la projection stratégique**.

IV) Le directeur de l'EHPAD de demain

Le Directeur de l'EHPAD de demain devra tout d'abord être à **l'écoute** pour percevoir le besoin avant qu'il ne soit exprimé. Aujourd'hui par ailleurs je pense qu'il n'y a pas grand-chose à changer, le Directeur **est suffisamment polyvalent**, il est déjà adaptable.

Il faudra aussi avoir une autre approche stratégique, nous l'avons eu depuis plusieurs années où il a fallu développer de nouvelles stratégies mais essentiellement orientées **sur des problématiques internes, propres**. Maintenant il va **falloir s'ouvrir vers l'extérieur, développer des stratégies intégrant l'environnement, l'extérieur de façon encore plus importante**. Aussi développer **la communication** et faire connaître notre établissement, nos activités, justement dans cette logique de créations de partenariats et de filières.

Entretien d'ANTONINI Arnaud – KORIAN Lille Métropole

I) Présentation

Arnaud ANTONINI 'exerce en tant que Directeur depuis près de 15 ans. Actuellement, je dirige un pôle de 4 EHPAD qui accueille au total 381 personnes sur la métropole Lilloise (Lille, Marcq-en-Barœul, Forest sur Marque et Roubaix). Cela recouvre bien tout le périmètre de ce bassin. Nous accueillons dans le cadre d'hébergement permanent, temporaire et en court séjour. Cependant depuis quelques temps je suis détaché exclusivement sur l'établissement de Marcq-en-Barœul, faute de directeur permanent, bien que j'intervienne également sur les autres structures.

Nos résidents ont un niveau de dépendance assez élevé avec des GMP évalué à 710 et un Pathos à 222. La moyenne d'âge est de 90 ans, 80% souffrent de troubles cognitifs importants. Notre objectif est de maintenir les capacités restantes.

II) Fonction de Directeur et perception de l'environnement

La finalité de ma fonction est de diriger des établissements à destination des seniors, dans le sens où je dois leur offrir des lieux répondant à leurs besoins de bien-être et de sécurité, et les aider à trouver sens pour le reste de leur vie.

Mon rôle est de m'assurer que toutes mes équipes partagent et appliquent ces valeurs. Aussi, je gère une entreprise donc je dois veiller à ce qu'elles soient rentables financièrement et pérenne.

L'EHPAD, je le perçois comme un maillon de la chaîne, souvent le dernier lieu de vie. L'objectif de l'EHPAD d'aujourd'hui, et encore plus de demain, **c'est que les résidents passent le maximum de temps en EHPAD**, en évitant les ruptures et hospitalisations.

J'affronte quotidiennement des problématiques managériales. Comment faire travailler en bonne intelligence des équipes pluridisciplinaire ? Comment faire en sorte que les salariés trouvent du sens à leur travail ? Il faut que cela passe par une cohérence, une cohésion d'équipe. C'est très difficile car nous exerçons dans un milieu compliqué, exigeant mentalement du fait des situations difficiles à accompagner.

Mon second objectif est **d'atteindre un équilibre financier** et la pérennité de mes établissements. Mes structures doivent être attractives et attirer des clients et leurs proches, mais aussi des prescripteurs.

Depuis plusieurs années je constate une **perte de motivation** chez les salariés induites **par une hausse très importante de la charge de travail**. Avec la promotion faite autour du maintien à domicile, notre public accueilli comporte énormément de personnes ayant épuisé toutes les solutions offerte par le MAD. Cette évolution a entraîné une perte de vocation mais aussi une perte de fiabilité du personnel avec une hausse importante des arrêts en tous genres. Même si l'on communique abondamment avec les équipes pour les aider à trouver du sens à leur travail, il y a une scission entre ce que l'on perçoit en tant que Directeur et la réalité du terrain.

Ces problématique n'ont fait que conforter ce que j'avais en tête, il faut se remettre en question constamment et être dans un management collaboratif consistant à faire en sorte que toutes les décisions que l'on prend soient prises après consultation et concertations auprès des équipes. Aussi ces problématiques ont fait évoluer ma manière d'appréhender l'accompagnement car le public a fortement changé. Les personnes sont très dégradées, les aidants souvent usés, les familles se déchirant provoquant une pression familiale importante.

J'ai également à gérer un **risque procédurier** beaucoup plus important, je dois adapter ma communication auprès des familles et baser celle-ci sur de l'information et sur la pédagogie.

Demain, ces problématiques continueront d'évoluer. Dans les années à venir, nous pourrons très bien devoir accompagner deux générations différentes dans nos structures du fait du nombre de centenaires croissant. Nous pourrions possiblement accueillir parents et enfants de résidents, ce qui implique de devoir préserver le lien familial autant que faire se peut.

La problématique qui découle de cela porte sur la solvabilisation. Plus les personnes entreront tard, plus elles auront consommé de leur patrimoine, et face à ce risque de voir 2 générations sous le même toit, les enfants ne pourront plus subvenir à ces besoins.

L'autre défi à venir concerne la hausse de la dépendance, la hausse des démences, notamment pour ce qui relève des syndromes de Korsakoff pour lesquels il est très difficile de proposer des accompagnements adaptés. Aussi, la question des personnes en situation de handicap pour qui l'espérance de vie augmente également jusqu'à atteindre des âges et des situations relevant de l'EHPAD, il faudra être prêt pour y répondre. Toujours sur le plan médical, les pathologies type SIDA etc. feront leur entrées en EHPAD, avec des personnes

atteintes durant les années 70 qui devront être accompagnées en structure à l'avenir. Par ailleurs, la question de l'évolution des mœurs des populations issues de l'immigration, méditerranéenne et maghrébine entraînera une hausse de la présence de ces publics en EHPAD, chose à laquelle ils ne sont pas habitués. La valeur famille évoluant chez eux, pour s'aligner sur celle plus « européenne ». Il faudra apprendre les rites et rythmes de vie de chacun, les cultes, afin d'adapter l'accompagnement.

Le **cloisonnement** entre les secteurs d'activité est aussi un grand défi à affronter car on a tendance à se regarder en chien de faïence, et à ne pas travailler ensemble. Cela ne permet pas par exemple de limiter les ruptures de parcours et de créer de vraies dynamiques. Enfin, **il y a un fort défi lié à l'image** pour lequel nous sommes en partie responsable. L'EHPAD a souvent vécu en « autarcie », caché des autres ce qui a pu provoquer un ressentiment ou une défiance. Aussi la couverture a été biaisée par des témoignages parfois mensongers.

III) L'EHPAD dans un contexte de développement des politiques de maintien à domicile

Les politiques répondent par ce biais un besoin légitime qui est celui de rester chez soi. Ce que font les politiques répond à une volonté individuelle tout à fait normale, c'est dans l'air du temps et donc tant mieux.

Soutenir politiquement le MAD ne revient pas à « ne pas soutenir » l'EHPAD. L'EHPAD fait partie du MAD, ne serait-ce que sur l'hébergement temporaire ou les courts séjours.

Le maintien à domicile a plusieurs forces. C'est un service qui vient au domicile en proposant une large palette de service tout en maintenant la personne dans un bon environnement.

Cependant, il est centré uniquement sur certains besoins, et il ne couvre pas tous les besoins. Par exemple nous constatons chez nous que nous recevons souvent des personnes en hébergement temporaire, dénutrie malgré le fait qu'elles soient suivies par des services d'aides à domicile. L'organisation de ces services ne permet pas un suivi continu et régulier. Aussi à l'inverse de ce que beaucoup disent, les services d'aides à domicile ne permettent pas de **lutter contre l'isolement social** des personnes. La présence est effective durant les quelques minutes de l'intervention et c'est tout. Aussi il y a un « balai » des intervenants, ce qui influe négativement sur la qualité de l'accompagnement car les nouveaux ne détiendront pas forcément toutes les informations nécessaires sur la personnes accompagnées et pourraient ainsi passer à côté de certaines problématiques.

Le MAD n'est pas un concurrent de l'EHPAD, c'est un maillon d'une chaîne. Il faut **visualiser le parcours d'une personne qui prend de l'âge : une période où elle a besoin d'aide à domicile, une période où elle en a besoin davantage, une troisième où l'institutionnalisation est nécessaire et c'est là que l'EHPAD intervient.**

Les acteurs du MAD sont davantage des partenaires porteurs d'opportunités pour nous, dans plein de cas différents. Notamment pour ce qui concerne le répit aux aidants, le soutien aux aidants afin de proposer de l'hébergement temporaire visant à soulager l'aidant. Aussi nous pouvons nous placer en dernier recours, concernant l'hébergement lorsque les services d'aides à domicile ont tout épuisé.

Comment cela pourrait-il prendre forme ? **Toutes les solutions sont bonnes. On pourrait très bien envisager des coopérations, des partenariats afin de créer des parcours de prise en charge.** Ces coopérations pourraient prendre la forme d'intervention de l'EHPAD sur le champ du domicile, ou de l'intervention d'acteurs du domicile à l'EHPAD par exemple en permettant à des auxiliaires de vies du domicile d'être personne de compagnie en EHPAD.

Actuellement **nous sommes en phase de réflexion sur le devenir de nos établissements, avec des projets qui mettront en avant la possibilité de proposer un service qui comprend tout ce que l'on propose actuellement de façon séparée, sur une seule et même logique. A savoir, de l'aide à domicile simple à l'accompagnement de fin de vie.**

Les obstacles que je perçois aux concepts d'EHPAD hors les murs ou de plateforme de services, sont essentiellement d'ordre règlementaire et législatifs. Par exemple, nous dépendons de conventions collectives différentes du domicile, de fait les rémunérations par exemple ne sont pas les mêmes. Ce que l'on attend donc d'une AVS en EHPAD et d'une ADV à domicile devra être différent pour s'adapter aux spécificités des environnements (EHPAD ou domicile). Aussi ces professionnels disposent de formations différentes, il faut aller vers une harmonisation pour supprimer ces spécialisations domicile/EHPAD et permettre à ces professionnels d'être adaptables.

La philosophie des accompagnements est aussi différente, quand l'on est en EHPAD la notion d'équipe est forte, à domicile le travail est caractérisé par le fait d'être seul.

Je pense que cela va se développer, mais pas n'importe comment. On parle depuis longtemps de ces concepts, mais il faut encore travailler les bases pour mettre ça en musique. Pour ce qui concerne l'hyperspécialisation, cela a débuté avec les prises en charge Alzheimer. Chez nous nous spécialisons sur les cancers, l'insuffisance rénale. Cela suppose d'obtenir les autorisations et les financements spécifiques. L'hyperspécialisation **totale en revanche, je n'y crois pas. Il ne faut pas fixer les EHPAD sur la très lourde dépendance, car la dimension sociale reste forte, une personne de 90 ans seule peut vouloir venir chez nous pour garder du lien, il faudra toujours être capable de l'accueillir. L'hyperspécialisation doit concerner une petite partie de l'activité, et non pas 100% de l'accompagnement.**

Aujourd'hui, il faut que les EHPAD s'inscrivent dans les logiques de parcours portées par les ARS, comme dans celle du PRS hauts-de-France qui consacre cette logique de parcours gériatrique et ambitionne de placer l'EHPAD en tant que maillon de la chaîne. Pour y parvenir, nous pourrons nous appuyer sur **notre expertise de l'accompagnement des seniors**, nous avons aussi une **approche pluridisciplinaire très intéressante, basée sur**

des professionnels de divers horizons (du social, de l'animation, de la rééducation, du soins).

IV) Le Directeur de l'EHPAD de demain

Le Directeur de l'EHPAD de demain devra être curieux, s'intéresser à toutes les facettes de l'accompagnement d'une personne qui prend de l'âge. Être capable de gérer ce qui a trait à l'hébergement comme de tous les services connexes liés à cet accompagnement.

Il faudra aussi apprendre à gérer du personnel qui travaillera seul à domicile, dans un contexte différent, où la notion de mission et de contrôle de celles-ci sera complètement différente.

Entretien ROUSSEAU Arnaud – Directeur Général Groupe Orchidées

I) Présentation

Avant de travailler dans le milieu de l'accompagnement des personnes âgées, j'ai travaillé en tant que Directeur dans le milieu du handicap, notamment dans l'organisation de voyages pour personnes en situation de handicap.

J'ai commencé sur un poste de responsable de site en EHPAD pour la Fondation Partage et Vie durant 1 an et demi. J'ai ensuite exercé en tant que Directeur des établissements de la ville de Marcq-en-Barœul, avec un EHPAD de 67 places, un accueil de jour, un foyer logement et un SSIAD. En Juin 2015 je suis arrivé à la direction de la Résidence Orchidées de Lannoy, dans un contexte social très tendu et très difficile, avec une grève sans précédent dès mon arrivée.

Depuis Janvier 2017 je suis Directeur Général du Groupe Orchidées, avec un mission stratégique. Je veille à la mise en œuvre du projet associatif, je veille à la bonne articulation du travail en résidence avec ceux des services supports notamment.

II) Fonction de Directeur et perception de l'environnement

Mon rôle est d'être entre l'aspect conceptuel et stratégique, et la réalité du terrain. Je fais face à plusieurs impératifs et contraintes au quotidien. Tout d'abord la contrainte de temps qui nécessite une organisation bien huilée pour parvenir à tout faire. Second point, l'aspect règlementaire qui parfois peut freiner certains projets comme celui portant sur la création des petites maisons, qui nécessite plusieurs autorisations et des financements. Nos tutelles ont assez peu de marge de manœuvre et cela se ressent.

L'aspect managérial n'est pas contraignant, en tant que DG je manage des Directeurs et des personnes spécialistes dans leur domaines sur les services supports donc c'est assez particulier car ils sont experts, et autonomes dans leur métier. Cela a été peut être complexe

au départ, étant plus jeune que les personnes présentes mais j'ai pu me rendre compte qu'elles avaient besoin d'un feedback sur leur travail et j'ai eu à m'adapter.

A l'échelle des structures, depuis ma prise de fonction, je vois les problématiques évoluer. **Aujourd'hui la principale concerne l'âge de nos résidents.** En 5 ans nous avons vu l'âge moyen de nos résidents augmenter de 5 ans. Aussi, le **profil des professionnels a beaucoup changé.** Les nouvelles générations sont **un peu moins souples que les précédentes**, mais ils sont très innovants, très investis, en recherche de sens et souhaitent avoir beaucoup de libertés. Cela est difficile car nous sommes sur des postes postés.

Pour répondre à ces défis, notamment d'ordre managériaux, les Directeurs doivent adapter leur style managériaux et proposer une approche par projet. C'est difficile de par les particularités de nos organisations, mais c'est la solution. Notre démarche Vision qui se base sur des groupes de travail va justement en ce sens. Les gens ont besoin de se projeter sur des projets, car cela donne du sens à ce qu'ils font. Il faut aussi communiquer sur ces projets afin de renforcer cette adhésion justement. Aussi, la communication doit se faire vers les futurs professionnels, notamment les soignants pour qui nos structures sont moins attractives. C'est pour cela que nous nous rendons dans les écoles afin de présenter nos structures et nos métiers.

Dans un avenir proche, les principaux nouveaux défis seront d'abord d'ordre démographiques, avec la hausse des seniors. Aussi, culturellement, nous aurons à accompagner des personnes ayant des mœurs plus libérés, notamment la génération Mai 68, consciente de ses droits. Politiquement ensuite, je pense et surtout espère que les politiques publiques répondront à toutes les aspirations des personnes ayant émergées lors de la grande consultation Grand Age. Il faudra que les réponses soient multiples, adaptées aux particularités et souhaits de chacun.

III) L'EHPAD dans un contexte de maintien à domicile

La revendication forte portée par les personnes quant à leur souhait d'être maintenues à domicile est légitime. Il faut que les politiques aillent en ce sens et soutiennent cette aspiration. Le domicile n'est pas une menace pour l'EHPAD, au contraire, c'est une **énorme opportunité de réinventer son modèle.**

Je n'imagine pas un Directeur d'EHPAD aujourd'hui se dire qu'il faut créer de nouvelles places d'EHPAD, ça n'est pas pertinent, ce serait même une ineptie. Ce qu'il faut, c'est adapter l'existant et créer des nouveaux modèles.

La CNSA met beaucoup en avant l'approche domiciliaire. Il faut considérer que **lorsqu'on est en EHPAD, on est à domicile car un studio est un domicile. Il faut prendre conscience que les professionnels intervenant en EHPAD interviennent au domicile, certes dans un lieu collectif, mais c'en est un.**

En terme stratégique, il faudrait d'abord changer le nom EHPAD, qui est affreux et trop mal connoté. Il faut aller vers quelque chose qui évoque un véritable chez soi, car l'EHPAD doit avant tout être LE lieu de vie principal de la personne qui l'occupe.

Il faut cesser de donner l'impression également d'entrer à l'hôpital lorsque l'on entre en EHPAD. Cela commence par l'artefact de la blouse, qu'il faut changer. Il faut faire en sorte que ces tenues ne soient plus connotées. Cela participe à évoluer vers l'approche domiciliaire, l'approche reconnaissant l'EHPAD comme LE domicile de la personne. Passer sur une approche domiciliaire en EHPAD, approche qui permettra de faire changer de regard sur le studio en EHPAD pour que les professionnels le considèrent comme un domicile, peut se faire par le fait de mettre faire intervenir nos équipes en institution, sur un accompagnement à domicile dans le cadre de l'EHPAD hors les murs. Il faut absolument décloisonner ces deux secteurs pour valider le fait que l'EHPAD est un lieu de vie comme un autre.

L'EHPAD de demain doit être une plateforme sur son territoire, et ne **surtout pas s'enfermer dans une approche exclusivement sanitaire**. L'EHPAD doit avant tout être **un lieu de vie**. Cela passe par cesser de penser constamment « **danger des activités** ». Il ne faut plus simplement raisonner hébergement et soin. Il faut changer de philosophie en interne et passer sur un approche domiciliaire, et permettre à l'environnement proche de l'EHPAD de bénéficier des services de l'EHPAD comme sur de la télémédecine. Cela démystifierait l'EHPAD, les personnes se diraient qu'elles y sont entrées mais qu'elles ont pu en ressortir. En s'ouvrant, en démystifiant, les personnes seront susceptibles de casser leurs clichés et leurs peurs sur l'EHPAD pour l'envisager comme une solution. Pourquoi une **personne ne pourrait pas rentrer chez elle 6 mois, 1 an après son arrivée à l'EHPAD une fois l'autonomie acquise à nouveau ?** Il faut arrêter de penser que **l'entrée en EHPAD est définitive**. Si on se referme, qu'on ne casse pas cette image, **on aura essentiellement des personnes là lorsque les autres solutions seront épuisées, on augmentera encore donc le GMP, le PMP, à moyens constants**.

La crainte serait que les structures changent de finalités et deviennent des structures à **finalité sanitaire**. L'EHPAD doit absolument **garder sa dimension lieu de vie, il faut cesser de le voir comme « la dernière étape de la vie »**.

L'EHPAD hyperspécialisé orienté uniquement fin de vie n'est pas pertinent. Cette approche est trop enfermante, il faut garder un équilibre entre la très grande dépendance et l'accompagnement plus « léger ». Cela re-cloisonnerait encore plus le domicile et l'EHPAD alors **qu'il faudrait faire l'inverse**.

La logique pour un groupe d'EHPAD demain serait de proposer un éventail d'offre orienté vers les seniors, qui passe par le maintien à domicile, l'entrée en résidence service ou encore l'accompagnement en EHPAD ou l'accueil séquentiel. Il faut d'une part prévenir la perte d'autonomie, puis l'accompagner le cas échéant. Aussi, il faut créer des structures orientées sur l'accompagnement des **seniors en situation de handicap, dans une logique inclusive**. L'idée de les sectoriser en EHPAD n'est pas pertinente selon moi. Dans cette approche en éventail, la personne aurait le choix.

En résumé, je pense qu'il est nécessaire de changer l'approche en structure pour favoriser l'aspect lieu de vie, exporter notre savoir à domicile dans le cadre d'un EHPAD hors les murs, et faire bénéficier l'environnement de nos services en structures. Il faut faire évoluer l'EHPAD, mais aussi **créer des structures autres**.

Pour mettre en œuvre cette stratégie, nous pourrions nous appuyer sur le maillage territorial des EHPAD, qui sont 7000 en France, sur justement la volonté des professionnels actuels d'être plus « libre » et de faire valoir leur capacité d'innovation.

Il faudra cependant revoir la réglementation pour l'harmoniser, et décloisonner l'environnement, décloisonner les métiers pour aller vers plus de polyvalence. Aujourd'hui un résident aura 5 minutes d'accompagnement aide-soignante, 6 infirmière, 10 hôtelier etc. Pourquoi ne pas envisager que via la polyvalence ce soit une seule et même personne qui puisse faire tout cela ? Il faut s'appuyer sur la volonté des personnes d'être innovante pour y parvenir, un peu sur le modèle Buurtzorg au Pays-Bas.

Aussi, il faudra accorder aussi davantage de moyens, et rendre plus attractifs nos métiers. La problématique n'est pas que financière, elle l'est en partie, nous avons besoin de davantage de professionnels. Mais la solution doit aussi venir de **l'organisation**.

IV) L'évolution de la fonction de Directeur

Envisager l'EHPAD de demain ne peut se faire qu'en ayant des directions innovantes, et non enfermées par des carcans et dans des schémas préconçus. Il faut être visionnaire, s'inscrire dans des dynamiques.

Entretien RICQ Nadège – Résidence Henri Matisse de Tourcoing

I) Présentation

Je suis Directrice d'EHPAD, depuis 2015. J'ai été auparavant secrétaire médicale puis déléguée médicale durant 20 ans. Je dirige actuellement une structure privée commerciale de 69 lits, 57 en EHPAD et 12 en Unité Protégée pour les personnes atteintes de démences. Nous avons un accueil de jour de 6 places ouvert du lundi au vendredi de 9H00 à 17H00. Je dispose de 6,5 ETP aide-soignant par jour, 1 cadre de santé, 2 infirmières par jour pour 57 résidents, nous sommes plutôt bien dotés de ce côté.

Nous accueillons des résidents assez dépendants, avec un GMP validé à 727 et un PMP à 220.

II) Fonction de Directeur et perception de l'environnement

La fonction de Directeur sur l'EHPAD où je travaille est comparable à un couteau suisse. Il faut savoir tout faire, tant sur le plan humain, réglementaire, RH, budgétaire ou même

technique. Il faut connaître parfaitement son établissement, et n'avoir aucune zone d'ombre afin de garder sa crédibilité. Pour cela, je suis joignable 7 jours sur 7 24h sur 24. Il convient de faire preuve de beaucoup de disponibilité et de flexibilité, être empathique dans le management.

Il faut aussi savoir s'entourer, même si j'apprécie diriger directement je dois parfois déléguer à des personnes disposant de plus de compétences, comme pour ce qui concerne le versant soignant.

Il est important de distinguer la crédibilité de la légitimité. Dès lors que nous sommes diplômés, nous sommes légitimes. Cependant, il faut ensuite acquérir une crédibilité professionnelle, cela se fait avec le temps et l'expérience.

Au quotidien, la **principale problématique est d'ordre RH**. Il faut être juste dans notre approche avec les salariés, nous marchons constamment sur des œufs et c'est une problématique quotidienne que j'ai à gérer. La seconde, **c'est la relation avec les familles**. Nous sommes sur une structure haut de gamme, ce qui fait que les personnes que nous accompagnons ont un degrés d'exigence très important. Il convient de gérer cette exigence, mais aussi d'être juste dans notre approche, d'avoir la même attitude avec les personnes ayant de gros moyens et celles en ayant moins. La troisième problématique est liée à la **pression liée au taux d'occupation**. C'est un stress quotidien, nous sommes dépendants de pleins de facteurs sur lesquels nous n'avons parfois aucune prise, étant donné qu'il s'agit de l'humain.

Depuis ma prise de fonction, je n'ai pas vraiment constaté d'évolutions dans ces problématiques. A l'avenir cependant, je pense que la problématique du vieillissement de la population sera de plus en plus prégnante et je **commence à le constater au quotidien**. Nos nouveaux résidents sont techniquement de plus en plus lourds à prendre en charge, avec beaucoup de comorbidités associées. Les pouvoirs publics devraient réagir et donner les moyens afin de nous aider.

III) L'EHPAD dans un contexte de développement du maintien à domicile.

Les pouvoirs publics poussent pour le maintien à domicile **car il est mieux accepté dans l'opinion publique. Le maintien à domicile coûte, l'entrée en institution aussi, mais il est mieux vu pour un gouvernement d'orienter les efforts financiers vers le domicile car il y a toujours une suspicion vis-à-vis des établissements. Les personnes ne voient que le coût, mais pas tout ce que ce coût recouvre**. Cela découle de l'EHPAD bashing.

Le maintien à domicile est aussi valorisé car il représente un échelon supplémentaire d'accompagnement, avant l'EHPAD. Il est compréhensible de voir ce mode d'accompagnement plébiscité car il répond au souhait des personnes.

Le développement du MAD est une **opportunité** pour l'EHPAD. Il doit permettre de **repenser l'accompagnement d'une part mais aussi en étant plus performant sur le**

volet médical en allant vers plus de médicalisation des structures. Aujourd'hui, nous demandons à nos professionnels d'être des experts en gérontologie, notamment pour les soignants et infirmiers.

Stratégiquement, il faut je pense qu'il faut d'abord développer le versant médical des structures à conditions de disposer de moyens supplémentaires. En parallèle, il faut **également développer une palette de service orientées vers les aidants, mais en appuyant sur ce que l'on sait faire, notre cœur de métier.** On pourrait envisager un modèle orienté hébergement de la très grande dépendance, et mise à disposition de service à destination des aidants notamment via l'hébergement temporaire ou l'hébergement spécialisé sur la dépendance cognitive. Il faut venir **en renfort du domicile, lorsque les personnes ne peuvent plus y être maintenues.** L'EHPAD à domicile ne me parle pas, je ne connais pas suffisamment ce modèle pour en préjuger. Mais je pense qu'il **ne faut pas mélanger les genres, et rester sur ce que l'on sait faire.**

Le maintien à domicile permet aux personnes de rester chez elle et c'est là la principale **force du modèle. A l'inverse de l'EHPAD, où l'on n'est pas chez soi, il faut apprendre à vivre en collectivité.**

Je pense que le maintien à domicile présente certaines limites. L'organisation de l'accompagnement ne permet pas toujours d'anticiper et de prendre en charge les dégradations de l'état de santé à temps, ce qui implique des retards de prise en charge. En EHPAD nous avons la chance d'avoir des professionnels présents en permanence ce qui permet d'être plus réactif, d'éviter les hospitalisations inutiles et de gérer au mieux les dégradations d'états. Aussi, j'estime que le maintien à domicile ne **permet pas de préserver les habitudes de vies des personnes contrairement à ce que l'on dit.** Mais ça n'est pas forcément propre au domicile, la vieillesse fait que l'on perd ses habitudes de vies, mais il faut cesser de dire que le domicile permet de les préserver.

Pour mettre en œuvre cette stratégie dont je parlais, il faudra surmonter les obstacles liés à la non solvabilité des populations à venir. Aussi, il faudra que nous soyons plus accompagnés par les pouvoirs publics. Rien ne va en ce sens aujourd'hui, il suffit de voir la réforme **de l'APA en établissement.**

Pour la mettre en œuvre, nous pourrions nous appuyer sur notre expérience et expertise dans le domaine, qui font des EHPAD de véritables spécialistes de la question.

IV) Le Directeur de l'EHPAD de demain

Je pense qu'en égard aux défis qu'il aura à affronter, le Directeur devra évoluer et pour cela se former, être curieux et soucieux de découvrir de nouvelles manières de diriger. Il ne faudra pas rester figé sur une idée mais être agile, et adaptable.

Il faudra aussi être encore plus gestionnaire, du fait de la réglementation qui nous impose cela.

I) Présentation

Je dirige l'EHPAD St Antoine de Padoue. Il s'inscrit dans l'association Centre Féron-Vrau comportant 3 EHPAD : Saint Antoine de Padoue, Saint François de Salle et Notre Dame de l'Accueil. Nous avons aussi 2 plateformes de répit, d'aide aux aidants à Lille et à Roubaix accompagnant des personnes à domicile atteinte de la maladie d'Alzheimer ainsi que leurs proches.

Nous avons aussi un dispositif appelé le SAVELA grâce auquel une assistante sociale accompagne des personnes séniors afin d'accéder à un logement adapté. Nous avons un DG qui gère l'ensemble de ses structures et un directeur par établissement.

Ici nous sommes le plus gros établissements de l'association, et même le plus gros au nord de Paris puisque nous accueillons 319 résidents et avons 230 salariés. Nous sommes sur un bâtiment de 22 000m², sur 6 niveaux. Ce qui fait notre spécificité.

Nous accueillons 2 types de populations accueillies dans 14 services : 5 UVA de 12 personnes, 1 UHR, 8 unités conventionnelles que l'on retrouve dans des EHPAD traditionnels. Cependant, nous avons pour particularité d'accueillir que des cas « lourds », notre prise en charge est orientée fin de vie et soins palliatifs. Cela implique un fort turnover de résidents, avec 1/3 des résidents changeant chaque année.

Nous accueillons exclusivement des résidents présentant un GIR 1 à 2, ce qui implique un GMP et un PMP extrêmement élevé, autour de 240 et 790. Aussi nous sommes financés de façon particulière, mais sous la forme de dotations globale. Ainsi nous avons des médecins salariés au nombre de 5. Nous ne travaillons pas avec des médecins de ville, idem concernant l'équipe de rééducation et la pharmacie. Nous avons une organisation proche de celle de l'hôpital en ayant tout sur place. Nos résidents ne sortent que très rarement, que pour des prises en charge « extrême ».

Ce positionnement est un choix, d'accueillir « ceux dont personne ne s'occupe ». Je pense que le futur des EHPAD se situe-là. Nous sommes reconnus pour cela sur l'ensemble du territoire, nous récupérons les personnes trop compliquées à gérer pour les EHPAD traditionnels ou à domicile, par manque de moyens ou de formation. C'est donc notre force d'accueillir ces personnes.

II) La fonction de Directeur et la perception de l'environnement

Le Directeur c'est le couteau suisse, il doit savoir tout faire tant sur le plan budgétaire, financière que technique pur comme par exemple la gestion des bâtiments. Il doit aussi savoir gérer les RH, dialoguer avec les financeurs, dialoguer avec les parties prenantes. Il faut être extrêmement adaptable.

Aussi, il faut être disponible, nous sommes très souvent appelés, capable de travailler le soir et le week-end. Le Directeur ne doit cependant pas tout maîtriser sur le bout des doigts mais être capable d'identifier et désigner des relais.

Les défis à mon sens portent sur le **maintien de l'équilibre financier** des établissements, nous sommes à mon sens insuffisamment financés pour répondre à nos missions. Il me manque aujourd'hui des bras du fait de ces manques de moyens. L'équilibre budgétaire est très précaire et bascule souvent dans le négatif.

Aussi le défi est règlementaire. Le mode de financement d'un EHPAD est extrêmement complexe avec 3 sections tarifaires, et chacune disposant de sous-sections avec des règles propres qui rendent le fonctionnement très complexe.

Le 3^{ème} **défi est d'assurer notre pérennité notamment face au domicile.** Je suis convaincu que c'est ce qu'il faut faire, mais les places en EHPAD sont importantes car le domicile ne peut tout faire, les proches s'épuisent, ou alors le niveau est tel que la personne ne peut rester chez elle. Nous restons important dans le paysage, mais nous devons faire évoluer notre public.

J'ai également à faire face à un **gros défi lié à l'attractivité des métiers d'aides-soignants et d'infirmiers.** La gériatrie ne fait pas rêver, d'autant plus la grande dépendance lorsque l'on sort de l'école. Je pense qu'il faut valoriser au maximum ces métiers, en développant notamment l'implication des professionnels dans les projets du type accompagnement non médicamenteux. Il faut leur faire prendre conscience qu'ils ne sont pas là que pour faire du soin pur, que leur métier va au-delà.

III) L'EHPAD dans un contexte de développement des politiques de maintien à domicile.

Le développement du MAD **repose sur le vieillissement de la population qui implique de devoir accompagner plus de monde, plus longtemps.** Le faire en institution n'est pas possible pour des raisons de coûts, **aujourd'hui il faut accompagner ces personnes à moyens iso, ce qui est compliqué d'où l'intérêt de développer le maintien à domicile car cela diminue les coûts,** en diminuant les restes à charge. Économiquement cela revêt donc un intérêt pour les personnes car leur reste à charge est moindre qu'en EHPAD.

Aujourd'hui le maintien à domicile dispose de **plusieurs points forts** : garder ses relations, son entourage. En EHPAD ils sont plutôt coupés de cet environnement, déracinés, obligés de se conformer aux règles de l'établissement alors qu'à domicile on garde ses propres règles et on préserve notre lien social. Cependant, il faut être vigilant car l'isolement peut aussi très bien exister à domicile, comme il existe en institution. Aussi lorsque les personnes rentrent en établissement, elles ont tendance à se dégrader.

La **force aussi c'est la variété de l'offre**, entre le simple accompagnement par les services d'aides à domicile et les prise en charge médicale, paramédicale et de rééducation qui s'adaptent bien au domicile.

La **faiblesse du maintien à domicile, c'est le turn-over**, le manque de formation des professionnels et l'absence de continuité dans l'accompagnement. Ils doivent impérativement faire évoluer cela car cela complexifie les prises en charges et les rendent inadaptées. Il faut que ces professionnels soient mieux formés. Aussi, dans les cas d'isolements, l'organisation du domicile ne permet pas de repérer ces situations rapidement, et d'y palier en conséquence. A titre personnel à l'échelle de mon EHPAD, **le renforcement du maintien à domicile n'est pas une menace**, car j'accueille des personnes très précaire et incapable de rester à domicile.

Cependant, **il pourrait l'être pour les EHPAD traditionnels**. Pour moi l'EHPAD doit absolument faire **évoluer le public qu'il accueille**. Nous devons nous orienter vers l'accompagnement de la **grande dépendance**. Un EHPAD traditionnel, n'a à mon sens que très peu d'avenir. Les personnes autonomes ne viendront plus en EHPAD, elles resteront chez elles. Si l'EHPAD n'évolue pas, il court à sa perte, on perçoit déjà des problèmes de remplissage chez beaucoup. Je pense que le modèle **axé hébergement de la grande dépendance est un modèle ayant un avenir car je me dis** : si ces personnes ne viennent pas chez moi qui suis un spécialiste de l'accompagnement de la très grande dépendance, où iront-elles ? Elles ne sont plus adaptées pour le domicile, elles ne sont pas adaptées à l'habitat alternatif. L'EHPAD a donc toute sa place. Les personnes autonomes doivent s'orienter soit vers le domicile, soit vers justement cet habitat intermédiaire. Je pense qu'il faut que l'on propose un accompagnement axé sur la très grande dépendance, pour venir à la suite du domicile.

Pour mettre en œuvre cette stratégie, nous allons je **pense faire face à des obstacles**. Le premier d'entre eux porte sur les ressources humaines et la formation. Nos professionnels ne sont pas formés à accompagner de tels publics. Aussi tous les EHPAD n'ont pas l'organisation adaptée à de tels accompagnements, avec des professionnels présent la nuit par exemple. Nous aurons besoins de plus de moyens.

Distinction EHPAD spécialisé et USLD

Aussi, ça n'est pas parce que nous axons sur la grande dépendance **que nous devenons de facto des USLD. Nous sommes complémentaires**, nous pourrions faire appel à l'USLD lorsque nous ne saurons pas prendre en charge certains cas. Déjà aujourd'hui dans mon établissement pourtant axé grande dépendance, nous travaillons en collaboration et partenariats avec eux afin d'améliorer nos pratiques et mieux accompagner nos résidents grâce par exemple aux méthodes non médicamenteuses.

L'EHPAD plateforme de service

Je pense que cela est nécessaire aussi. **Il faut arrêter d'enfermer les EHPAD, je pense que les deux visions entre spécialisation et services ne doivent pas être opposées**. Nous devons nous ouvrir sur le territoire, le quartier, travailler avec toutes les parties prenantes même hors collaboration médicale.

Pourquoi les personnes environnantes ne **pourraient-elles pas profiter d'une consultation auprès de l'un des professionnels dont nous disposons ici** ? Pourquoi ne pas créer une maison de santé avec les professionnels présents ici ? Pourquoi ne pas permettre aux jeunes étudiants environnants de bénéficier de repas faits par la cuisine centrale ? Pourquoi aussi ne pas proposer de la formation, notamment sur les maladies neurodégénératives, aux professionnels intervenant au domicile ?

Le but n'est pas de « faire du bénéfice », mais uniquement de créer du service sur le territoire. Proposer aux acteurs du quartiers de comment vivre AVEC l'EHPAD et non pas A COTE de l'EHPAD.

Nous pourrions proposer **un mix entre les deux modèles**. Il faut absolument proposer ces services et s'ouvrir, mais surtout ne pas s'enfermer sur un modèle. Il faut proposer d'une part **des services mais aussi des compétences**. Nous devons accueillir des personnes et leurs proposer nos compétences d'autres part.

Concernant **l'EHPAD à domicile**, je trouve ça très complexe. Je pense que nous n'avons pas les structures pour le faire, il faut au contraire **renforcer les acteurs du domicile actuel et ne pas venir les « concurrencer »**. Les EHPAD doivent plutôt accompagner et former les personnels intervenant à domicile et non pas chercher à les remplacer.

En résumé, je pense qu'il faut absolument se placer en support du maintien à domicile. Apporter des services et compétences permettant de favoriser cela mais ne pas chercher à remplacer ces acteurs. L'EHPAD isolé sur son territoire doit absolument créer du lien avec son environnement, s'ouvrir au maximum en nouant des partenariats par exemple, en se faisant connaître. Il faut aussi mutualiser au maximum, sinon ça n'est pas possible d'envisager une telle stratégie d'ouverture. En outre, règlementairement et éthiquement oui on peut observer **2 obstacles potentiels**, si l'on se met à développer des services payants à destination des personnes environnantes (repas, conférence etc.). Est-ce la finalité des EHPAD associatifs ?

L'autre obstacle que je perçois, ce serait éventuellement le domicile qui nous reprocherait d'empiéter sur leur terrain, et encore... La volonté étant de travailler en complémentarité, je ne pense pas que cela posera tant de problème que cela. Il faut penser besoins territoriaux, et offre adaptée. Aussi, il faut faire en sorte **de refonder l'ingénierie des formations** soignantes afin de les adapter aux réalités du terrain. Nous nous sommes d'ailleurs questionnés ici afin de créer des sessions de formations post diplômes pour nos nouveaux arrivants, car le gap entre la théorie, les stages et la réalité **est très important**. Si l'on se dirige comme je le pense vers un modèle encore plus médicalisé, il faudra vraiment repenser cela car la gériatrie n'est pas forcément attirante et les formations pas forcément adaptée aux réalités.

Mais je pense que l'EHPAD dispose de force pour y parvenir. Dans ma résidence je dispose de toutes les compétences nécessaires à un telle stratégie sur place et à tous les niveaux, tant médicale qu'au niveau de l'accompagnement ou le service comme pour ce qui concerne les repas par exemple.

L'hyperspécialisation entraîne-t-elle le risque de voir l'EHPAD être départi de sa vocation sociale ?

C'est un vrai débat, oui je pense que nous avons une dimension sociale forte, nous sommes un lieu de vie avant tout même si la médicalisation est très importante, je pense qu'il faut maintenir ce lien social jusqu'au bout. Nous développons par exemple chez **nous la méthode Montessori**, afin de préserver au mieux l'autonomie.

IV) Le Directeur de l'EHPAD de demain

Le métier de Directeur évolue en permanence. C'est compliqué à définir clairement d'ailleurs. Ce qu'il faut en tant que Directeur **c'est rester dans l'actualité, se projeter et anticiper, et demain, encore davantage**. Sinon, le risque est de s'ankyloser dans ses idées propres et ne pas **voir l'environnement évoluer**. Le risque est d'être dépassé. Il faut absolument rester en veille et apprendre à se réinventer.

Il faut rester de **plus en plus ouvert sur l'extérieur**, dans le partenariat par exemple. Il ne faut absolument pas s'isoler, sinon la structure court à sa perte.

Entretien de SCHELL Mathieu – Résidence Les Orchidées de Roubaix

I) Présentation

Je suis Directeur depuis 5 ans, j'ai dirigé plusieurs structures de type EHPAD, de taille sensiblement identique, dans le cadre de missions d'intérim mais aussi dans le cadre de mission plus longue, notamment auprès de la Fondation Partage et Vie. Depuis 2018 je suis aux Orchidées, qui présente certaines particularités avec notamment des prestations d'hôtellerie plus haut de gamme mais aussi une prime aux techniques d'accompagnement non médicamenteuse.

Mon établissement accueille 80 résidents, sur 4 secteurs dont 2 médicalisés. 70 collaborateurs pour un équivalent d'une soixantaine d'ETP, un GMP de 736 et un PMP de 212. Nous disposons également d'un PASA.

II) Fonction de Directeur et perception de l'environnement

Ma fonction s'apparente à celle d'un chef d'orchestre, il faut que les choses fonctionnent de façon harmonieuse. Je suis simplement à la manœuvre, à la coordination. La finalité de mon activité, je la vois comme ça. Mon but ultime c'est de voir des résidents me dire qu'ils sont heureux dans l'établissement que je dirige.

Aujourd'hui l'établissement que je dirige est soumis aux mêmes problématiques que la majorité des structures, peut-être un peu moins exacerbé que dans d'autres structures. Premièrement **l'accroissement de l'âge de nos résidents, avec des personnes** poly pathologiques, souvent isolées du fait de leur pathologies ce qui entraîne moins d'échange

et un isolement. Aussi, un **raccourcissement des durées de séjours**. Par ailleurs, ma structure est **isolée géographiquement**, avec peu de points d'intérêts pour nos résidents, peu de choses peuvent se faire à pied de façon autonome, c'est une difficulté pour moi. Outre **cela et le vieillissement, la mauvaise publicité que nous avons est un défi à gérer**.

Un **autre défi est celui caractérisé par l'avènement de l'habitat intermédiaire** qui représente une véritable solution pour les personnes qui auparavant venaient en EHPAD, mais aussi et surtout après 60 ans de difficultés, la politique de maintien à domicile commence à avoir une belle dynamique auprès de la société, notamment du fait du coût des EHPAD. **L'EHPAD Bashing n'a rien arrangé**, cela a donné d'autres arguments aux tenants du maintien à domicile.

Au **niveau règlementaire**, le désengagement des pouvoirs publics dans le cadre des aides financières complique l'accompagnement des seniors, car ils sont de fait moins bien soignés à domicile. Ces mêmes personnes arrivent donc en EHPAD très dégradée, ce qui nous pose un problème à nouveau sur la lourdeur des résidents à accompagner, et un raccourcissement extrême des durées de séjour. Il y a 5 ans encore, **j'avais des listes d'attente**, chose que je ne vois plus aujourd'hui. Je suis plutôt en **difficulté** pour remplir mon établissement ! Le côté **soin devient plus prégnant dans l'accompagnement de fait, alors que depuis plusieurs années nous communiquons sur le fait de prioriser le versant social et le fait que nos structures sont d'abord des lieux de vies**. Cela modifie de facto ma manière de travailler car ces évolutions s'imposent à nous, même si **j'essaie de maintenir ma politique d'accueil, d'accompagnement social et d'hôtellerie**. Le risque est de passer dans du **soin exclusif, de facto, avec des GMP au plafond. Ce n'est plus l'EHPAD tel que je le conçois**.

III) **L'EHPAD dans un contexte de développement des politiques de maintien à domicile**

Le maintien à domicile se développe car c'est une volonté politique. Ca n'est pas tant les politiques nationales qui ont favorisé le maintien à domicile, mais plutôt les politiques départementales qui ont poussées en ce sens notamment au travers de **la déshabilitation à l'aide sociale, dans un contexte de difficultés financières les Conseils Départementaux**. Ce désengagement fait mal, même s'il est logique car ils sont exsangues financièrement. Indirectement, ils ont poussés à favoriser le maintien à domicile qui de toute manière, est plébiscité par les personnes. Ajouter à cela les possibilités de **défiscalisation...** Dans ce contexte, on ira vers une baisse toujours plus importantes des aides publiques à destination des EHPAD. A l'avenir, il n'y aura plus d'ouverture de places d'EHPAD tandis que les Résidences Seniors vont à mon avis continuer à se développer très rapidement. **C'est une concurrence frontale** pour nous aux Orchidées, et plus globalement pour les EHPAD orientés accompagnement social et lieu de vie.

Le domicile, Résidence Service incluse est **aussi moins cher** à la base, hors services annexes, que les EHPAD. Quand on a en tête l'écart entre retraite moyenne et coût d'un

mois d'hébergement en EHPAD, on comprend mieux pourquoi le maintien à domicile à « la côte » auprès des personnes.

La **force des services** de maintien à domicile, c'est aussi leur **flexibilité. Ils répondent à la demande suivante : je veux rester chez moi, mais je veux bénéficier de tel ou tel service.** Pour les résidences services, elles permettent aux seniors d'anticiper le vieillissement, d'être serein vis à vis de cela en maintenant aussi un lien social fort.

En revanche, ils sont extrêmement **rigide d'un point de vue organisationnel. Ils ne peuvent ajuster leur passage et organisations aux souhaits des personnes.** Exemple : si la personne veut bénéficier de sa toilette à 10h tel jour, puis 7h l'autre, le service ne saura s'adapter facilement. Aussi, ils souffrent de beaucoup d'absentéisme, de turn-over qui déstructure et rend l'accompagnement moins qualitatif. Les bénéficiaires sont plutôt en difficultés face à ces changements incessants, notamment pour les soins intimes. La qualité de l'accompagnement s'en trouve impacté. Les services proposés à domicile sont aussi plus restreints, moins variés que ce que l'on peut offrir en structure. Si la personne vient pour faire l'entretien, elle ne fera que ça. On ne peut pas travailler réellement autour de la vie sociale, ce qui peut favoriser aussi l'isolement.

Dans ce contexte de développement, je pense que l'EHPAD **se trouve face à des menaces mais aussi des opportunités.**

C'est d'une part une menace, car ils pourront attirer plus facilement, notamment pour les résidences services qui communiquent plus facilement que nous, notamment grâce au nom. **Le nom EHPAD fait peur.** Ils attireront des personnes âgées plutôt autonomes, qu'on pourrait aujourd'hui accueillir. Ils sont aussi une menace car leur coûts sont moindres, ce qui est attirant.

C'est aussi une opportunité car si l'on travaille **réellement sur le parcours des seniors**, on sait que ces structures intermédiaires n'ont pas de professionnels de soins pour assurer l'accompagnement jusqu'à la fin de leur jours des personnes âgées. Dans cette notion de parcours, un gestionnaire **d'EHPAD qui ouvrira une résidence service se donnera l'opportunité de proposer à ses résidents un parcours, entre le domicile, l'intermédiaire et l'EHPAD. Mais cela place l'EHPAD sur une position clairement médicale.** Ca n'est pas mon souhait mais c'est ce vers quoi cela tend.

Je pense que l'EHPAD de demain **ira soit vers l'accompagnement des seniors atteints de troubles cognitifs, un peu comme au Pays-Bas, soit vers une structure ouverte avec des plateaux techniques de type soins palliatifs. Quoi qu'il en soit, nous irons vers plus de médicalisation à mon sens.**

Dans ce contexte, l'EHPAD n'aura plus le même rôle je pense. Il faudra oublier la dimension sociale, c'est un risque. L'offre aujourd'hui s'articule de cette manière : développement du domicile, développement des aides à domiciles notamment via les SPASAD, résidences services... L'EHPAD est de facto placé sur la grande dépendance. Par ailleurs, les

résidences autonomes n'ont à **mon avis plus de pertinence, elles sont vouées à disparaître dans ce milieu très concurrentiel.**

Le positionnement de l'EHPAD de demain **sera à chercher entre USLD, SSR, hôpital.** Il faut aller **vers un entre-deux**, soit d'avoir 2 types d'EHPAD : un traditionnel comme aujourd'hui, moins médicalisé, fusionné avec les résidences autonomie, et un autre plus technique, plus médicalisé, qui pourrait être une fusion EHPAD/USLD. Cela impliquerait d'ajouter une nouvelle strate aux solutions d'accompagnement déjà existantes

Aussi, l'EHPAD pourrait avoir une pertinence dans la prise en charge de la gériatrie, chose qui économiquement est moins pertinente pour les hôpitaux qui ne parviennent pas à assurer la rotation suffisante afin d'atteindre une pérennité financière sur ce plan. Cela impliquerait d'augmenter **les moyens techniques des EHPAD, leur médicalisation, leur taux d'encadrement, afin de prendre la place des USLD. Cette sanitarisation a déjà commencé de fait, ne serait-ce que par la mutualisation des astreintes IDE de nuit. On demande déjà aussi aux hôpitaux de venir en EHPAD via les équipes mobiles spécialisées. En réalité, nous sommes déjà dedans... La tendance va vers une accentuation de cela, au détriment du champ social.**

Culturellement, je pense que ça ne posera pas de problèmes, les professionnels sont déjà formés sur le versant sanitaire. Ce sont les CH via les IFSI et IFAS qui forment les professionnels, ils sont donc habitués à cet accompagnement.

Concernant les concepts que l'on voit fleurir, EHPAD à domicile, EHPAD plateforme de service ou EHPAD hyperspécialisé, je pense qu'il ne faut pas **choisir l'un au détriment de l'autre. Il faut les grouper et prendre leurs avantages.**

Pour l'EHPAD hyperspécialisé, je dirais oui mais. Il est intéressant d'accompagner les personnes souffrant de troubles cognitifs spécifiquement mais peut-être pas dans un environnement EHPAD. Il faudrait penser un accompagnement plus humain, plus proche du domicile, **sous la forme d'habitats spécialisés à la façon Québécoise. Accueillir 80 personnes très dépendantes sur une même structure, je ne pense pas cela faisable ni même souhaitable.**

L'EHPAD Plateforme de Service est souhaitable afin de favoriser l'ouverture et lutter contre le cloisonnement. Il faut sortir l'EHPAD de sa « prison », l'intégrer à la vie de la ville, ouvrir des services aux riverains, notamment en zone rurale. Il ne faut pas uniquement que ces services soient médico-centrés, mais « quotidien-centré », afin de ne pas davantage stigmatiser l'EHPAD.

Enfin **l'EHPAD à domicile**, c'est en réalité un service d'aide à domicile adossé à un EHPAD. Il faut un SPASAD et un EHPAD pour que cela fonctionne. A titre personnel, **je crois peu à la pertinence du positionnement de l'EHPAD sur ce service.** Cependant, je pense que l'EHPAD peut s'adosser à ce type de service pour proposer de l'hébergement temporaire visant le retour à domicile à terme.

De mon point de vue, il faudra que l'EHPAD s'oriente vers **la plateforme de service, car cela répond au besoin de recherche de sens des seniors, au besoin de relation des personnes, à l'obligation d'économies**. Dans cette optique, le domicile ne serait plus une menace mais une opportunité pour nous de garder une pertinence et un intérêt auprès des personnes.

Les forces de l'EHPAD pour y parvenir sont tout d'abord le réseau, la connaissance des territoires, la variété des métiers.

En terme d'obstacles, je pense que le cloisonnement des conventions collectives entre domicile et institution peut en être un, mais aussi en terme législatif, nous ne sommes pas en capacité d'innover pleinement, nous avons assez peu **de marge de manœuvre pour expérimenter, comme par exemple dans le cas où je souhaiterais ouvrir mon restaurant aux personnes environnantes...**

IV) Le Directeur de l'EHPAD demain

Le Directeur de demain verra son métier forcément évoluer, et cela impliquera une nouvelle organisation à avoir car plus de choses à gérer. Il faudra être capable également d'être innovant, entrepreneur, prendre des compétences existantes dans les domaines privé commercial, sur le versant marketing et communication notamment.

Entretien de GUILLOUZIC Élise – Résidence La Ritournelle de Villeneuve d'Ascq
--

I) Présentation

Je suis Directrice depuis quelques années. J'ai d'abord eu pour mission ici d'organiser le transfert de gestion de cette structure entre la ville et l'AFEJI. Nous accueillons désormais 74 résidents dont 22 dans 2 UVP. Ces 2 UVP sont la spécificité de l'établissement. Nous avons un fonctionnement classique. Notre GMP est de 716, et notre Pathos de 206 depuis l'an dernier. Nous sommes passé de 157 à 206, ce qui est une augmentation considérable pour laquelle nous n'avons toujours pas perçu d'évolutions au niveau des financements.

II) La fonction de Directrice et la perception de l'environnement

La finalité numéro 1 de ma fonction est le bien-être du résident, la façon dont nous l'accompagnons mais c'est aussi le bien-être des professionnels. Ceci afin que ces derniers contribuent au bien-être des premiers. **Pour y parvenir, l'écoute est la première des choses**. Nous devons être très à l'écoute de tout et de tout le monde.

En tant que Directrice, je me rends compte qu'il y a la manière dont nous portons le métier et la façon dont l'environnement nous le fait porter. Ce dernier a beaucoup d'attentes envers nous. Il faut aussi savoir prendre du recul, **éviter l'impulsivité**. C'est **un savoir-être important** qu'il faut avoir, afin de gérer l'aléa et permettre au groupe de fonctionner. Il faut

aussi des compétences techniques. Il faut aussi savoir s'entourer de gens sachant faire car on ne sait pas tout maîtriser.

En tant que Directrice, j'ai à composer avec diverses problématique. La première c'est la confrontation entre la notion de client et notre vision à nous qui est plus proche du **service, et de la logique d'accompagnement**. Les résidents nous amènent souvent l'argument du « je paye », alors que nous nous faisons ce que nous pouvons avec ce que l'on a. Notre **budget fait que l'on est très en tension, au niveau financier** ce qui ne permet pas toujours de leur fournir les prestations qu'ils attendent du fait justement qu'ils estiment « payer pour ».

Le **second problème porte sur le recrutement**. Nous sommes très en tension, nous avons des plannings à trous et donc des cadres de proximité très portés sur ce problème et donc moins sur l'accompagnement de terrain. Nous sommes donc face à un risque de **glissement**. De cela découle une problématique de gestion de l'équipe qui est parfois en attente de plus d'encadrement.

Aussi comme je l'évoquais notre pathos à beaucoup augmenté. Nous avons **une charge en soins importante pour seulement 3 infirmiers, alors que notre pathos nous en autoriserait 4**. Ma question aujourd'hui est de savoir, comment vais-je obtenir les financements nécessaire à cette création de poste?

Enfin, il y a cette difficulté pour moi en tant que Directrice d'un EHPAD appartenant à un groupe à comprendre comment s'articulent ces financements, dans la mesure où nous sommes en CPOM avec 2 autres établissements et que je n'ai donc pas la main directement sur les discussions et négociations avec les autorités de tarification. Mon établissement est à l'équilibre, l'un est excédentaire et le 3^{ème} est déficitaire. Jusqu'où vas-t-on devoir compenser ce 3^{ème} établissement ? Je n'ai aucun pouvoir dessus, c'est notre Direction Générale qui gère cela.

III) L'EHPAD dans un contexte de développement des politiques de maintien à domicile.

Tout d'abord si le maintien à domicile ce développe, c'est parce qu'il présente un fort intérêt d'un point de vue économique, l'accompagnement à domicile étant moins coûteux. Aussi il répond aux envies du plus grand nombre de rester chez eux.

Ce développement **dit quelque chose de la nature même de l'EHPAD selon moi**. Ici les personnes se retrouvent souvent sur quelque chose de « négatif », puisqu'en majorité **les résidents sont en situation de fragilité physique**, donc l'endroit renvoie **une image plutôt négative et difficile**. Même si nous avons évolué, nous ne sommes plus des mouvoirs, mais l'image reste encore très difficile et les médias ne nous aident pas la dessus.

Lorsque l'on me parle de Maintien à Domicile, **j'identifie plusieurs acteurs**, les soins infirmiers, les soins aides-soignants à domicile comme un copier-coller de l'EHPAD.

Le modèle a pour forces de répondre aux envies des personnes de rester chez elle. Il apporte la possibilité de « **gérer le temps** ». Les résidents lorsqu'ils arrivent ici ont l'impression que l'on a moins de temps pour eux car nous sommes souvent dérangés. A domicile, le temps de présence **est consacré et condensé sur 30 ou 45 minutes, pas forcément davantage que chez nous** mais il est perçu comme plus important car condensé. C'est donc la 2^{ème} force du modèle.

Je perçoit aussi des faiblesses. Si j'en étais gestionnaire je craindrais le fait d'avoir des **personnes seules à seules avec les résidents**, là ou en structure j'ai davantage de visibilité et le poids de l'équipe joue un rôle. La personne âgée est « vulnérable » face au professionnel. Lors d'une relation 1 à 1, il est difficile d'équilibrer cette relation.

Je pense que la tendance de ce modèle **est de se développer encore dans les années à venir, même si selon moi il n'est pas LA solution.** Face à la pluralité des situations, il faut des réponses multiples. **L'EHPAD répond à des situations et pas à d'autres, le domicile répondra à des besoins et pas à d'autres**, idem pour les résidences services et résidences autonomes.

Pour mon activité de Directrice d'EHPAD, je perçois plutôt ce développement **comme une menace.** Il nous **oblige à nous adapter et à accueillir des personnes de plus en plus dépendantes.** Nous accueillons donc forcément des personnes de plus en plus médicalisées ce qui devra nous pousser à évoluer par rapport à ça, mais aussi par **rapport aux métiers.** Car vu les difficultés que nous avons à recruter des AS ou autres IDE, que fait-on si l'on continue d'accueillir autant de personnes « lourdes » ?

Menace d'une part donc, mais aussi l'opportunité de proposer quelque chose de différent. Le domicile n'est pas un concurrent c'est un partenaire. Il faut développer la **logique de parcours** entre domicile et institution, donc à nous de nous adapter afin d'avoir notre place dans le parcours.

Pour cela, je pense qu'il faut développer un lien entre le domicile et l'institution, lien qui est essentiel. Il faut que chacun **connaisse le modèle de l'autre,** forces et faiblesses, afin de travailler efficacement ensemble.

On parle souvent **d'EHPAD hors les murs,** personnellement je n'adhère pas à ce principe, **j'ai du mal à percevoir la différence entre cette théorie et un service d'aide à domicile classique.** En revanche, je trouve que les modèles actuels manquent **clairement d'une dimension sociale,** d'une capacité à offrir une prise en charge sociale adaptée. Où sont les **assistantes sociales** ? Nous sommes en difficultés lorsque il s'agit de traiter des problématiques de cet ordre tel que les demande de tutelles par exemple.

En lien avec le développement du maintien à domicile, je pense que nous devons **créer du lien,** redonner du pouvoir aux **CLIC et MAIA** afin d'accompagner ces parcours. Je ne cherche pas à **faire le métier d'autre,** nous devons plutôt nous placer en tant **que maillon d'une chaîne,** où je ferai ce **que je sais faire.** Nous devons axer **sur nos compétences propres,** et répondre aux besoins spécifiques des personnes à chaque étape de vie.

Aussi à titre personnel j'estime important de faire entrer d'autres compétences dans l'EHPAD. Par exemple, d'ouvrir **sur l'accompagnement des personnes handicapées**, en apportant les moyens nécessaires. Il est encore illusoire d'imaginer cela aujourd'hui. Il faut nous donner la possibilité d'embaucher les personnes compétentes pour cet accompagnement comme des éducateurs.

Il faudra pour cela réfléchir différemment, en terme de **besoins et non plus de façon érigée**. Il faut **cesser de placer les gens dans des cases personnes handicapées, personnes âgées, il faut changer cette logique et décroiser**. Cela passe d'abord par faire apprendre aux personnes à se connaître. Ouvrir le foyer à l'EHPAD, ouvrir l'EHPAD aux résidents du foyer, de la MAS.

Il faudra aussi être vigilant à **ne pas devenir une annexe de l'hôpital**. Aujourd'hui, et c'est un obstacle, **on tend de plus en plus à faire que l'EHPAD soit une annexe de l'hôpital**.

L'EHPAD doit **donc évoluer vers une logique de plateforme de service**. Il faut raisonner sous forme de **besoins**. Partir du **besoin des personnes** et faire articuler notre offre autour. Il faut devenir une vraie plateforme sur un territoire, on part du besoin de la personne, et on sait que nous disposons de la compétence en interne dans le réseau afin de **répondre à ces besoins**.

Notre force pour y arriver, c'est la chance d'avoir un **environnement sécurisé et adapté en comparaison de ce qui se fait à domicile**. Aussi, notre force c'est la **pluridisciplinarité, l'expertise**. Nous avons également une forte présence sur les territoires et un **fort sentiment d'appartenance de nos professionnels** notamment en zone rurale qui ont des convictions professionnelles fortes.

A contrario, les faiblesses portent sur la « **désertification** » **de certains métiers**. On fait de plus en plus appel à des personnes « non diplômées » pour assumer des tâches qui nécessitent qualification.

Entretien de CARPENTIER Amandine – Résidence KORIAN Gambetta de Lille
--

I) Présentation

Je suis Directrice de ma structure depuis mars 2019, diplômée d'un master en management depuis Octobre 2018.

Nous accueillons 80 résidents, avec un espace dédié aux personnes souffrant de troubles cognitifs. Notre spécificité est d'avoir une présence d'IDE 24h/24 et 7 jours sur 7. Nos résidents sont plutôt dépendants, majoritairement de GIR 2-3, je n'ai pas le GMP et PMP validé de cette année.

II) Fonction de Directrice et perception de l'environnement

Ma fonction est d'encadrer le personnel présent, de répondre à leur besoin et attentes, de même qu'à celles des résidents. Mais la base est de répondre aux besoins des salariés.

Je dois être à l'écoute des résidents, de leur famille, les accompagner dans la prise en charge de leur parent.

Étant de le privé commercial, j'ai une exigence relative à l'occupation de mon établissement. Je dois veiller au budget, à l'équilibre financier, et aux bonnes relations avec l'extérieur. Je suis assez proche du terrain, je dois veiller à la cohésion de l'équipe.

Au quotidien, je dois affronter des problématiques bien particulières. La première, c'est l'absentéisme. Je n'ai pas de pool de remplaçants, je dois donc faire en sorte d'attirer des professionnels dans ma structure. Je dois veiller à cela car de ce problème découle de nombreuses problématiques : détérioration de la qualité de travail, difficultés au sein des équipes etc. Il faut donc être vigilant.

Un autre défi est lié à ma jeunesse et mon inexpérience relative. Je suis seule sur la structure avec un directeur régional. Cependant, je suis sereine sur mon poste grâce à mes stages qui ont été très formateurs.

La troisième problématique relève de l'optimisation du taux d'occupation, chose difficile à optimiser en ce moment. Du fait du tarif journalier élevé, mais aussi du maintien à domicile qui retarde les entrées. Ce sont à mon sens les 2 choses qui expliquent ces difficultés.

Ces défis exigent que je sois très organisée, afin de ne pas me disperser.

III) L'EHPAD dans un contexte de maintien à domicile

Ce secteur se développe car c'est ce qui ressort des attentes, souhaits et besoins de la population. Aussi, cela s'explique par la mauvaise image de l'EHPAD, repoussante.

Cette image est premièrement due au passé, et à une méconnaissance des réalités de l'EHPAD. Cette image perdue et n'est plus forcément en lien avec la réalité. Deuxièmement elle est due aux faits divers en EHPAD.

Le maintien à domicile a pour principale force de permettre au senior de rester chez lui quelque-soient ses difficultés, qu'elle soit en sécurité, avec ses repères. La seconde force c'est la variété des acteurs, comme les sociétés de services à domicile, les mairies ou encore les entreprises commerciales qui se placent sur ce créneau (la poste par exemple). Maintenant, l'EHPAD se place aussi sur ce segment. A l'avenir, le domicile se développera, mais à mon avis il ne deviendra pas la norme. L'EHPAD a toujours un avenir, justement s'il offre la possibilité de préserver **le lien et le contact social**. Beaucoup de personnes ne veulent pas rester seules chez elles, ont besoin de contact mais aussi de soins. L'EHPAD doit rester sur ce versant médico-social et apporter une réponse à ces personnes.

Pour moi c'est à la fois une **menace mais aussi une opportunité**. Nous perdons certes des résidents, mais je pense qu'il faut faire de ces acteurs des partenaires, afin qu'ils puissent **orienter chez nous les personnes le nécessitant**. Il faut aller vers la logique de **parcours**, et proposer une réponse dans le cadre de ce parcours. Nous pourrions aussi proposer du répit, du soutien aux aidants afin de leur permettre de souffler. Nous offririons de l'hébergement temporaire complémentaire du domicile.

On parle beaucoup **d'EHPAD hors les murs**, mais je trouve que ce concept est assez flou, n'étant pas différent d'un service à domicile classique. L'EHPAD doit à mon avis évoluer, changer sur la dimension sociale mais aussi architecturale. Il faut casser la dynamique de sanitarisaiton. Je pense que les gens ne sont pas réfractaires à entrer en EHPAD, mais ils sont réfractaires à entrer à l'EHPAD tel qu'existant actuellement.

Si l'EHPAD devenait plus familial, intimiste, avec des structures à taille humaine accueillant un **faible nombre** de personne dans un univers médicalisé, cela serait mieux accepté. Je pense **que l'avenir de l'EHPAD est là : des structures plus petites, de 10-12 personnes, médicalisées, avec un versant social important, une participation à la vie quotidienne.**

L'EHPAD ne doit plus être l'EHPAD, il ne faut plus segmenter, il faut aller vers de l'intergénéralité, un peu sur la forme de l'habitat partagé, mais aussi en mélangeant les publics âgés, en situation de handicap etc. Il faut prendre de tout, de cette notion là, mais aussi des philosophies Carpe Diem ou des villages de type Hogeweyk. Il faut faire un mix de tout ça pour proposer un EHPAD révolutionnaire, à dimension médico-sociale mais surtout qui réponde aux attentes des personnes. Après bien entendu, il y a des difficultés, comme le manque de **moyens financiers** pour opérer de tels changement, le manque **de terrain disponibles**, mais aussi un frein lié à l'État, qui gère la répartition des places et des ouvertures. De but en blanc, j'ai du mal à percevoir les forces sur lesquelles nous pourrions nous appuyer pour y parvenir, car l'avenir de l'EHPAD est pour moi flou, l'EHPAD actuel étant « mort » à mon sens. Il faut que l'État lance de grandes manœuvres afin de créer des dynamique.

IV) Le Directeur de l'EHPAD de demain

Je ne pense pas que la fonction changera foncièrement. Le directeur aura toujours les mêmes missions, il devra toujours être gestionnaire, il devra toujours « vendre » son établissement, faire du commercial... Il dispose déjà de suffisamment de compétences pour être adapté, je ne pense pas que le métier changera.

Réflexion sur l'EHPAD de demain : quelle stratégie adopter dans un contexte favorisant le maintien à domicile ?

Depuis plusieurs années, l'EHPAD est soumis à de nombreux défis, tant endogènes qu'exogènes, le poussant à se questionner sur ses finalités et son positionnement. Dans le cadre de ce mémoire, nous nous sommes particulièrement intéressé à l'un d'eux : **l'émergence des nouveaux modes d'accompagnement du grand âge**, et particulièrement ceux orientés sur le **maintien à domicile**. Il existe en effet de fortes impulsions visant à **renforcer ce dernier**, dans la mesure où il répond à un impératif économique ainsi qu'au souhait des personnes de vieillir chez elle. Dans ce contexte, **quelle stratégie l'EHPAD doit-il adopter afin de s'adapter et garder une pertinence dans l'accompagnement des seniors ?** La recherche bibliographique a permis, la mise en évidence des problématiques actuelles de l'EHPAD et l'analyse de plusieurs options stratégiques qui ont ensuite été soumises à l'avis des premiers concernés, les directeurs, rencontrés dans le cadre d'entretien semi-directifs. Il ressort des entretiens menés que le renforcement du maintien à domicile constitue en effet un véritable défi pour les EHPAD, mais aussi et surtout une **opportunité** à saisir afin de se réinventer. Afin de s'adapter à ce nouveau paradigme, les participants estiment en majorité que **l'EHPAD de demain doit devenir une plateforme de services gérontologiques ouverte**, proposant des services visant à préserver l'autonomie ainsi que le maintien à domicile des seniors, tout en intégrant l'EHPAD dans un véritable **parcours gérontologique basée sur la collaboration entre acteurs de cet accompagnement dont il serait un pivot**, et qui participerait à proposer une réponse adaptée à chaque situations rencontrées par les seniors grâce aux spécificités de chacune des parties prenantes. Ainsi, ce mémoire se conclut par des préconisations à l'endroit des directeurs de structure, afin de leur permettre de positionner leur structure de façon pertinente en regard des besoins actuels et des défis auxquels sont confrontés les EHPAD.

Mots clés : EHPAD, futur, stratégie, maintien à domicile, plateforme de services, parcours gérontologique

Discussions about care home's future : which strategy in a context that favors the home support?

Since many years, care homes have to deal with several challenges, equally endogenous than exogenous, which push this institution to question itself about its purposes and position. Through this dissertation, we were especially interested to one of this challenge : **the emergence of new method of old people's support**, particularly the **home support**. Indeed, it exist strong political and social impulsions in order to strengthen this way of old age's support, because of an economic necessity for the successive governments, and the popular will to stay at home for as long as possible. **In this context, which strategy to follow for a care home, to keep its pertinence in old people's support?** The literature search allowed us to made an assessment of the current care home's challenges, and to analyze several strategic options for the future of this institution. In a second time, this options were discussed through the survey of care home's directors, thanks to ten qualitative interviews. This study shows that even though the home support's strengthening is considered as a real challenge for care homes, it is above all considered **as an opportunity** to reinvent care home's model. To this end, directors thinks that the tomorrow's care home have to become an **opening gerontological services platform**, which offer several services to prevent loss of autonomy and support the home accompaniment. Thanks to this service platform, care home could be the main pillar of a new **gerontological pathway** based on the collaboration between gerontological care providers, in order to offer suitable response to old peoples needed. In order to complete this goal, several advices have been made to help care home's director to face this challenge, and give to their structure a significant position in response to current old people's needed and care home's challenges.

Key words : Care home, future, strategy, home support, services platform, gerontological pathway.