



GRENOBLE ECOLE DE MANAGEMENT

CHAIRE TERRITOIRES
EN TRANSITION

Nouveaux modèles d'organisations du bien vieillir :

Entre l'EHPAD et le domicile,
le cas de la plateforme DRAD

Sommaire

Introduction	3
1. Contexte de l'étude	7
2. Principaux résultats	17
3. Perspectives et recommandations	31
Conclusion	38

Projet de recherche mené au sein de la Chaire Territoires en Transition.

Rapport rédigé par Bally Frédéric, Le Breton Claire, Grandazzi Albane, Picard Hélène, Daudigeos Thibault et Ottaviani Fiona, Chaire Territoires en Transition, Grenoble Ecole de Management, F-38000.

Date de Publication : juillet 2023

Mise en forme du rapport et relecture : Aude Alliot, Clara-Marie Casquero et Delphine Vidal

Remerciements : Nous remercions Michaud Evelyne et Blanchard Marine pour leur support en termes de communication sur ce projet de recherche. Un grand merci également à la MFI, le Département de l'Isère, Le Groupe La Poste et l'ensemble des partenaires impliqués pour leur aide à la réalisation d'un tel terrain.

Pour citer ce rapport : Bally, F., Le Breton, C., Grandazzi, A., Picard, H., Daudigeos, T. et Ottaviani, F. (2023), Nouveaux modèles d'organisations du bien vieillir : entre l'EHPAD et le domicile, le cas de la plateforme DRAD.

Introduction

Selon l'INSEE¹, la France comptera 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050, contre 2,5 millions en 2015. Autant de personnes dont le vieillissement nécessitera une large palette de soins, d'un soutien médicalisé à des formes d'assistances plus quotidiennes, pour se lever ou faire leur toilette. Toujours selon ces mêmes projections, pour maintenir le pourcentage de personnes en établissement², il faudrait que le nombre de places augmente de 50 % à l'horizon 2050³. Puisque cette option n'est actuellement pas à l'ordre du jour, principalement pour des raisons financières, le développement du bien vieillir à domicile prend toute son importance. Avec des dépenses de soin en hausse constante, le maintien à domicile des personnes âgées séduit, puisqu'il allie respect des choix individuels avec un cadre budgétaire maîtrisé. Pourtant le « tout domicile » ne suffit pas : c'est notamment en Etablissements

d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) que l'on trouve l'expertise gériatrique, indispensable pour accompagner les personnes âgées dépendantes. L'enjeu est alors de pouvoir décentraliser les soins des EHPAD au domicile, dans une offre hybride qui coordonnerait divers métiers et compétences en soin gériatrique. De là est né un projet d'envergure en France sur lequel nous enquêtons depuis trois ans.

Pour répondre à ces enjeux démographiques et sociaux, certains EHPAD se réinventent avec de nouveaux modèles d'organisation : ils ouvrent leurs structures sur le territoire et délèguent hors de leurs murs le soin aux personnes dépendantes. Le ministère de la Santé et des acteurs clefs de la gestion de la dépendance liée à l'âge expérimentent en effet un « dispositif renforcé de soutien à domicile » (DRAD). La Croix Rouge française, l'Hospitalité Saint-

1. INSEE Références, « Personnes âgées dépendantes », paru le 27/02/2020.

2. En Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], mais aussi en établissements pour personnes âgées moins dépendantes, voire des accueils temporaires.

3. INSEE Première, n°1767, paru le 25/07/2019.

Thomas de Villeneuve et la Mutualité Française ont lancé 23 projets de ce type dans 10 régions en France depuis 2020. Ce dispositif repose sur trois axes majeurs : « une coordination des acteurs et dispositifs du territoire intervenant à domicile » (soit la reproduction à domicile de ce qui est réalisé au sein des EHPAD par les professionnels encadrants), « l'apport des expertises gériatriques de l'EHPAD au domicile » (soit la proposition de l'adaptation du logement et un accompagnement spécifique des personnes sur la base d'une évaluation gériatrique), et la « sécurisation de la personne âgée à son domicile » (soit l'installation d'objets connectés permettant une surveillance et une intervention possible 7 jours/7 et 24h/24)⁴. Ainsi, à travers ces axes, ce sont les expertises des EHPAD qui sont transférées au domicile.

« DRAD », « EHPAD hors les murs », « Vivre à Domicile », « Prev'Autonomie », « Vivre@la maison », « Senior Connect », « Diapason » ou encore « Daphné », ces dispositifs se développent en France, avec des modalités qui diffèrent dans leurs détails, mais demeurent identiques sur le fond : associer maintien du domicile à l'idée du bien vieillir. L'équipe de recherche de la Chaire Territoires

en Transition de Grenoble Ecole de Management - composée de sociologues, géographes et de chercheurs en théories des organisations - s'est penchée sur les conséquences de ces dispositifs sur leurs écosystèmes et l'ensemble de leurs parties prenantes. Le « DRAD » (dispositif renforcé d'accompagnement à domicile, comme nous y ferons principalement référence dans la suite de ce rapport) interroge et modifie la mission des équipes soignantes des EHPAD. Elle mobilise les acteurs publics aussi bien que privés et s'ancre dans des territoires aux enjeux complexes.

Le présent rapport présente dans un premier temps le dispositif DRAD et le cadre dans lequel cette étude s'est effectuée. Ensuite, nous développons nos résultats principaux autour de trois axes majeurs : le lien entre le DRAD et les professions du soin, l'impact de ces solutions sur la définition du bien vieillir, et l'enjeu de ces projets sur la transition économique et sociale (une des focales principales de notre Chaire de recherche). Enfin, ce rapport présente les points de vigilance qui ressortent de notre analyse, pour conclure sur des suggestions de pistes à développer pour une poursuite fructueuse des projets similaires au DRAD.

4. Extrait du communiqué de presse, « Grand âge et autonomie : une expérimentation nationale lancée pour construire un nouveau modèle de soutien à domicile », le 24/09/2020.

La description du DRAD par la Mutualité Française, un des acteurs du dispositif

« Porté depuis septembre 2020 par la Mutualité Française, la Croix-Rouge et l'Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve, le Dispositif Renforcé d'Accompagnement à Domicile (DRAD) a pour but d'offrir aux personnes âgées le souhaitant l'ensemble des services proposées dans un EHPAD, tout en restant chez elles, au sein de leur environnement familial.

Sortie culturelle, activités, aide aux repas et à la toilette, podologue, kinésithérapeute... Le DRAD propose aux bénéficiaires un ensemble de services coordonnés. Guidé par un référent mutualiste, ce dernier a pour rôle d'évaluer les besoins du patient. Il propose ensuite un plan d'accompagnement et coordonne les actions prévues, avec la personne âgée et son aidant.

Le dispositif est centré autour de plusieurs axes :

- **Soutien à l'aidant : prévention**

Actions de répit, accueil d'urgence ou hébergement temporaire de la personne âgée.

- **Soins et expertise gériatrique : santé au domicile**

Évaluation de la fragilité, prestations de soins et télésanté, rééducation et réadaptation, prévention.

- **Aide à la vie quotidienne : coordination des actions**

Aide aux repas, à la toilette, au ménage, appui aux démarches administratives.

- **Habitat : adaptation du logement**

Évaluation de l'autonomie de la personne à domicile. Aides techniques, sécurisation via des équipements domotiques (chemins lumineux, capteurs de chute...) et permanence assurée 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

- **Activités : maintien du lien social**

Animations, accompagnement à la pratique d'activités culturelles, sociales, physiques, ou sensorielles. »

Extrait de la page Internet «Actualités», «Le DRAD: un dispositif pour maintenir les personnes âgées à domicile», 30 mars 2023



I. Contexte de l'étude

I.1 Accès au terrain, collecte et analyse de données

Cette recherche s'est déroulée sur plus de deux ans (de janvier 2020 à juin 2022) au sein de la Chaire Territoires en Transition de Grenoble Ecole de Management (GEM). Cette Chaire rassemble des chercheurs issus de diverses disciplines de l'école (sociologues, économistes, géographes, gestionnaires) avec pour vocation d'investiguer sur un objet commun : les transformations des modèles d'organisations au service de la transition écologique, économique et sociale. Cette Chaire compte trois collègues de partenaires, s'engageant comme mécènes pour un cycle de trois ans : publics (collectivités locales comme la Ville de Grenoble, Grenoble Alpes Métropole et le Département de l'Isère); privés (Bouygues Immobilier, Cluster Montagne, Korus Group, Algoé, Cercle de l'Y), et des organisations de l'économie sociale et solidaire (comme la Mutualité Française Isère, la Fédération Léo Lagrange)⁵.

Cette recherche sur le dispositif DRAD est l'un des projets financés dans le cadre de cette Chaire, qui a rassemblé

des partenaires comme la Mutualité Française Isère, la Fédération Léo Lagrange et Le Groupe La Poste. Le volet partenarial de la Chaire implique une définition commune de l'objet de recherche dans un objectif d'intérêt général, une facilitation de l'accès à un terrain d'enquête (enquête sur site dans un EPHAD) et à des données de type secondaires (rapports et documentation internes), et à des événements (comme le colloque national « enjeux et perspectives de l'expérimentation dispositif renforcé à domicile », le 23/11/2021 au Ministère de la Santé).

Le dispositif partenarial a été essentiel dans la phase de recueil des données à trois titres. D'une part, l'implication continue de la Mutualité Française de l'Isère dans l'enquête a facilité notre accès et notre fine compréhension du contexte, et a permis une collecte de données de qualité. D'autre part, la période de notre recherche (de janvier 2020 à juin 2022) correspond à la phase de déclenchement et de diffusion de la pandémie mondiale

5. Les partenaires mentionnés correspondent aux partenaires du cycle 2 de la Chaire, durant lequel le rapport est paru.

de COVID-19, avec des impacts évidents sur la faisabilité de cette enquête qualitative. Mener une enquête terrain n'aurait tout simplement pas été possible sans le concours de la Mutualité Française de l'Isère (MFI), qui, malgré des conditions de travail particulièrement difficiles pour son personnel, a facilité la venue de deux chercheurs dans un EHPAD en septembre 2020. Enfin, le dispositif de recherche partenariale rend possible un retour en continu sur les données : les différentes phases de l'enquête (voir ci-dessous) ont donné lieu à diverses restitutions intermédiaires qui étaient l'occasion d'affiner les premiers résultats.

Qui sommes-nous ?

L'équipe qui a mené ce projet comprend six chercheurs et chercheuses, intervenant à des périodes parfois distinctes et avec un rôle souvent complémentaire. Nous présentons dans le tableau ci-dessous brièvement chacune des personnes, selon un ordre alphabétique, et ses domaines d'expertises dans l'équipe de recherche à Grenoble Ecole de Management (GEM).

Nom, prénom	Période intervention	Domaines d'expertises	Fonction
Bally, Frédéric	Janvier 2020 à Juin 2022	<ul style="list-style-type: none"> •Les actions écologiques et politiques. •Les nouvelles formes d'organisations et leur potentiel d'innovation sociale. 	Post-doctorant
Daudigeos, Thibault	Janvier 2020 à Juin 2022	<ul style="list-style-type: none"> •Les innovations sociales des formes d'organisations alternatives. •L'économie collaborative. 	Professeur senior
Grandazzi, Albane	Janvier 2020 à Juin 2022	<ul style="list-style-type: none"> •Les transformations des pratiques de travail. •Le rôle du corps et des émotions au travail. •L'ancrage territorial des organisations. 	Professeure assistante
Le Breton, Claire	Septembre 2021 à Juin 2022	<ul style="list-style-type: none"> •Les méthodes ethnographiques. •Le travail des plateformes. •La sociologie du corps et des hiérarchies sociales. 	Professeure assistante
Picard, Hélène	Janvier 2020 à Juin 2022	<ul style="list-style-type: none"> •Les innovations managériales et sociales émergentes. •L'expérience socio-affective du travail. 	Professeure assistante
Michaud, Evelyne	Janvier 2020 à Juin 2020	Communication	Stagiaire
Blanchard, Marine	Mars 2021 à Décembre 2021	Communication & design graphique	Stagiaire

1^{ère} phase: janvier 2020 – juillet 2020

La première phase de l'étude, exploratoire, s'est concentrée sur la compréhension par l'équipe du fonctionnement du secteur de l'accompagnement des personnes âgées à domicile et en institution dans le secteur du Nord Isère et des politiques publiques en cours en la matière.

Nous avons interrogé des partenaires de la Chaire issus du territoire ainsi que des acteurs institutionnels du Nord Isère, des acteurs associatifs et des acteurs de l'accompagnement à domicile. 33 entretiens ont ainsi été réalisés durant cette première phase, qui nous ont permis de tracer une cartographie des acteurs de la santé dans le Nord Isère⁶.

Figure I. Une cartographie des acteurs de la santé du Nord Isère

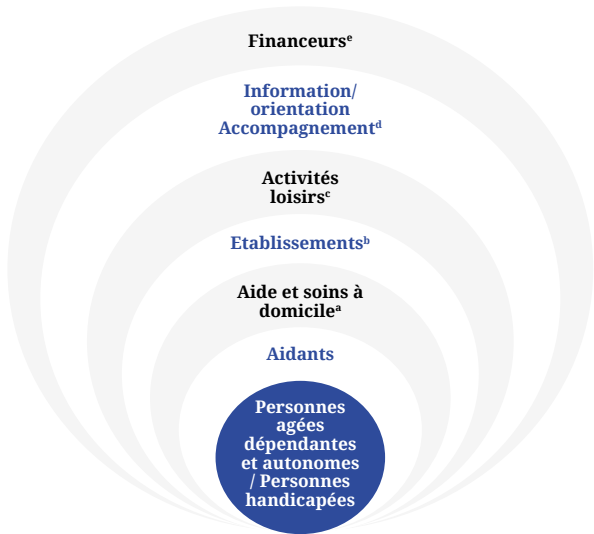
a. **Aide et soins à domicile**: Soins à domicile (ADPA, cabinets libéraux); Aide à domicile (ADPA, PMR, Séve, Donavi, Age d'or, etc.); Médecin traitant; Domotique et plateforme internet (Isere@dom/CD Services Téléalarme/ADMR); Transport à la demande/CAPI; La Poste (visite de proximité, livraison repas); Espace sénior/CCAS (livraison repas, service téléalarme); Référent autonomie/CD; Référent social sénior/CCAS; Urgences (SDIS...)

b. **Etablissements**: Bailleurs sociaux; Résidence autonomie La Berjaillère CCAS; Résidence sociale intergénérationnelle le Renouveau/MFI; EphaD L'Arche/MFI; EphaD La Folatière/MFI; Centre hébergement temporaire Les Tilleuls; EphaD USLD Jean Moulin/CHU; CHU Bourgoin Jallieu; USLD Unité de soin longue durée CHU Tour du Pin; Clinique Saint-Vincent de Paul-Bourgoin

c. **Activités loisirs**: Petits frères des Pauvres; Espace séniors CCAS: animation; Maison des habitants: animation; Union sportive Léo Lagrange

d. **Information/orientation Accompagnement**: Services sociaux (Perm.maison des habitants); Point info autonomie; CLIC; Centre médico-social; Isere@dom; Maison du département; Plateforme Répit Aide aux Aidants; Café des aidants; Permanence UNAFAM 38

e. **Financeurs**: Communes CAPI; MFI; Commune de Bourgoin; Conseil départemental; Agence Régionale de santé (ARS); Assurance Maladies; Assurances retraites; Agirc Arrco; MSA; Agence nationale de l'habitat



6. L'ensemble des cartographies est consultable ici : https://www.dropbox.com/s/i66b9di5wfaqf2o4/Chaire%20TET_Carto%20territoriale.pdf?dl=0

2^{ème} phase : septembre 2020 – décembre 2020

Ces premiers entretiens exploratoires nous ont orientés vers le dispositif naissant du DRAD au sein de la MFI, via une expérimentation locale nommée «Passerelle» alors en cours à l'EHPAD de L'Arche, situé à Charvieu-Chavagneux (Nord-Isère). Nos partenaires de la Chaire nous ont permis d'approcher l'EHPAD et d'y passer une semaine en immersion complète. Deux chercheurs de l'équipe ont mené des observations en septembre 2020 et des entretiens pour mieux comprendre le fonctionnement de l'EHPAD vu de l'intérieur et le fonctionnement du nouveau dispositif pour le personnel impliqué. Nous y avons mené 20 entretiens avec des infirmiers, aides-soignants, psychologue, psychomotricienne, cadre de santé, médecin, directrice, comptable et animateur.

3^{ème} phase : janvier 2021 – automne 2021

Cette phase 3, démarrée en janvier 2021, a consisté en une campagne d'entretiens avec des acteurs impliqués dans des expérimentations (DRAD ou EHPAD hors les murs), parmi les 23 expérimentations financées dans le cadre de l'article 51 de la loi de Finance sécurité sociale 2018. Nous avons ainsi identifié une trentaine d'expérimentations au total sur toute la France et approché 21 d'entre elles pour réaliser des entretiens avec, pour chaque cas, un entretien avec la direction de l'EHPAD impliqué dans

le dispositif, et l'IDEC (infirmier/infirmière coordinatrice en EHPAD) - acteur de terrain en relation directe avec les bénéficiaires.

Pour mieux comprendre les contours de ces expérimentations, nous avons mené des entretiens complémentaires avec les coordinateurs de projets relevant de cet article 51, comme les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile). Nous avons aussi mené des entretiens avec des SSIAD non porteurs d'expérimentations DRAD mais intéressés par celles-ci, portant des expérimentations proches du type «Veiller sur mes parents» de La Poste, ou avec des résidences autonomie notamment. Ces entretiens nous ont permis de mettre en exergue les grands enjeux du maintien à domicile pour les personnes âgées dépendantes et les différents acteurs qui émergent ou prolongent leurs actions en la matière.

4^{ème} phase : janvier 2022 - juin 2022

Pour compléter cette vision des dispositifs DRAD en cours de déploiement sur le territoire national, l'équipe de recherche a organisé, durant le premier semestre de l'année 2022, une journée de colloque national autour de la question du Bien vieillir⁷. Cette journée s'est tenue le 16 juin 2022 à Grenoble Ecole de Management, réunissant une diversité d'acteurs, porteurs de projets, acteurs institutionnels du territoire, acteurs associatifs, pour réfléchir au premier bilan de ces expérimentations et à leur évolution.

7. La rediffusion du colloque est disponible ici : <https://recherche.grenoble-em.com/actualite-retour-sur-le-colloque-dependance-vieillesse-et-territoires-quelle-organisation-pour>



1.2 Présentation du cas : le DRAD

Un cadre législatif qui met l'utilisateur au centre des dispositifs de soin

Les évolutions de la législation et de la réglementation ont profondément modifié l'organisation du secteur social et médico-social. Notamment, depuis l'adoption de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 qui a renouvelé l'action sociale et médico-sociale, l'accent est mis sur la centralité de l'utilisateur dans le dispositif. Cette préoccupation fondamentale a conduit à une personnalisation accrue de la prise en charge au fil des années. Dans cette personnalisation de l'accompagnement, des initiatives telles que les résidences autonomie⁸, les unités de vie protégées⁹ ou l'hébergement temporaire¹⁰ ont été lancées pour proposer des formes de prise en charge et de soutien à la dépendance des personnes âgées. Dans cette perspective, la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite « loi ASV ») a apporté une approche

transversale du vieillissement : le « maintien à domicile » des personnes âgées en perte d'autonomie devient le fer de lance des politiques du bien vieillir.

Les premières expérimentations concernant le DRAD ont commencé dès 2016 avec des appels à projet de certaines Agences régionales de Santé (en région Provence-Alpes-Côte d'Azur par exemple), qui viennent aider au financement d'initiatives très localisées et territoriales, axées sur l'organisation d'ateliers ou d'animation à domicile pour les aidants et des personnes âgées dépendantes mais pas encore institutionnalisées (Voir encadré sur Passerelle). Chaque initiative est ainsi issue d'une histoire locale au sein de différents établissements. Cela a motivé des projets d'accompagnement à domicile des bénéficiaires, mais aussi et surtout de leurs aidants. Le projet DIAPASON (Dispositif Innovant d'Accompagnement des Personnes Agées dans leur maison) dans les Hauts-de-

8 « Les résidences autonomie sont des ensembles de logements pour les personnes âgées associés à des services collectifs, souvent construites à proximité des commerces, des transports et des services. Elles sont majoritairement gérées par des structures publiques ou à but non lucratif. Le coût du logement y est modéré. » Extrait du portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches.

9 Une unité de vie protégée (UVP) sont des espaces dédiés en EHPAD qui permettent d'accueillir des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer et autres maladies proches.

10 « L'hébergement temporaire permet à une personne âgée qui vit à domicile de trouver des solutions d'hébergement pour une courte durée (par exemple, dans une résidence autonomie ou chez un accueillant familial). L'hébergement temporaire est notamment conçu pour permettre aux proches aidants de pouvoir s'absenter ponctuellement ou d'être utilisé par la personne âgée comme une première étape avant une entrée définitive en maison de retraite. » Extrait du site officiel de l'administration française, service-public.fr.

Seine est par exemple né en été 2016 avec l'idée de coordonner des services à domiciles pour 30 personnes de plus de 60 ans de GIR 1 à 4¹¹, avec un support régulier par une personne dédiée et des soins infirmiers ainsi qu'un service de téléassistance. D'autres expérimentations sur d'autres territoires (M@Do, dispositif COS, Passerelle, etc.) ont émergé, lancées par ces trois grands organismes : l'Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve (HSTV), la Mutualité Française (MF) et la Croix Rouge Française.

Ces expérimentations s'inscrivent donc dans l'article 51 de la Loi de Finance sécurité sociale 2018, qui autorise 54 nouveaux projets¹² dont les expérimentations étudiées font partie. 23 projets¹³ de type DRAD ont ainsi reçu un accord de financement dans le cadre de cet article 51, portés par ces trois opérateurs, répartis dans 19 départements et 10 régions. Ces dispositifs prévoient d'accueillir entre 10 et 30 personnes suivant les organismes, avec un financement de l'État. L'arrêté

du 16 octobre 2020¹⁴ concernant ces expérimentations entérine alors le nom de DRAD (Dispositif renforcé d'accompagnement à domicile). Le cahier des charges de ces expérimentations est consultable en ligne¹⁵ et propose notamment de « positionner l'EHPAD comme une plateforme de ressources pour le domicile à travers l'externalisation de certaines prestations de l'EHPAD destinée à des personnes âgées dépendantes prises en charge au domicile ».

Le personnel impliqué dans un dispositif DRAD

Ces dispositifs DRAD s'organisent autour de deux missions principales : coordonner les services d'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes sur le territoire et soutenir ces personnes et leurs aidants par des activités d'animation. L'objectif est ainsi d'apporter au domicile toute l'expertise de l'EHPAD et d'améliorer la coordination de l'écosystème d'acteurs du soin à domicile pour les personnes âgées.

11 « Les degrés de perte d'autonomie sont classés en 6 Gir : Gir : Groupe iso-ressources. À chaque Gir correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne ». Extrait du site officiel de l'administration française, service-public.fr.

12 Ce sont des projets innovants ne rentrant pas dans les canaux de financement existant et pouvant porter sur des thématiques plurielles relatives au soin.

13 Liste des expérimentations disponibles à cette adresse : <https://agree-asso.fr/index.php/actualite/131-Ehpad-hors-les-murs-une-vingtaine-de-dispositifs-finances-des-octobre>

14 Consultable ici : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/drad_arrete_et_cdc.pdf

15 Par exemple (pour la région PACA) : <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-07/Cahier%20des%20charges%20AAC%20EHPAD%20hors%20les%20murs%20-%20juillet%202018.pdf>

De l'expérimentation locale au DRAD : la création du dispositif «Passerelle»

Lors de notre semaine en immersion au sein de l'EHPAD L'Arche, nous avons pu interroger les acteurs à l'origine d'un des projets locaux ayant ensuite été transformé en DRAD, comme de nombreux autres en France. Ce dispositif, appelé « Passerelle » est cependant particulier car est au rang des premiers projets de ce type en France, et est le fruit d'une histoire remontant à 2015. Tout part d'ateliers organisés à l'initiative de la psychologue de l'EHPAD de l'époque, qui voulait particulièrement se concentrer sur les besoins des aidants et la peur de l'institutionnalisation en EHPAD, pour soi ou pour un proche. Ayant une certaine expérience dans le vécu et le ressenti des maladies par les familles, elle a commencé à organiser des animations sur l'EHPAD pour accueillir les familles de résidents et les aidants pour leur permettre de découvrir le fonctionnement de la structure et ce qu'y s'y passe au quotidien : ces ateliers étaient aussi ouverts à des aidants désirant prochainement placer un proche. Ces ateliers sont réguliers, avec des participants qui sont invités à revenir, de sorte à former des groupes de paroles, de soutien mais aussi d'activités diverses.

« Mon idée, c'était d'offrir, au travers de visite d'établissement, d'animation sur l'EHPAD, de rencontre avec d'autres, une vue réelle sur ce qu'était l'EHPAD, au-delà de ce qu'on peut en dire ou des idées qu'on peut s'en faire. C'était de leur faire découvrir la structure, son fonctionnement et de tenter de dédramatiser le placement d'un proche, avec un objectif d'écoute, de réponse aux craintes. On s'est d'abord focalisé sur les aidants en fait, les familles, puis sur de potentiels futurs résidents. On proposait des ateliers sur l'activité physique adaptée, sur la représentation de la maladie, sur la relaxation sonore. » (Psychologue, EHPAD L'Arche)

Ces ateliers se complètent avec des visites d'aidants à domicile, avec un soutien particulier pour ces derniers. Ces ateliers ont rapidement été soutenus par la directrice de l'époque, et par la direction même du groupe, qui a voulu porter le dispositif plus haut encore et l'enrichir. Une réponse à un appel à projet de l'ARS a été émis et remportée en 2016 pour financer ce dispositif Passerelle. Le nouveau directeur de l'établissement arrivé en 2017 avait même pour mission de maintenir ce dispositif et de le manager.

« Quand je suis arrivé sur l'établissement, l'une de mes missions était d'éclaircir ce dispositif et de le maintenir en activité, parce que les idées fusaient dans tous les sens avec le financement ARS : on commençait à partir sur de la télé-médecine, des soins,

etc. Mais là je me suis dit qu'on n'avait pas les moyens de tout faire. Donc on s'est recentré sur les animations, qui intègrent du soin évidemment mais différemment, mais vraiment focalisé sur les aidants et avec l'idée d'aller chez les gens, de faire la passerelle entre l'EHPAD et le domicile». (Ancien directeur, EHPAD L'Arche).

Le projet, innovant et ayant un certain succès auprès à la fois des familles et aussi de l'ARS, demande cependant beaucoup de temps et d'énergie pour les personnes impliquées : il fait donc l'objet d'une demande d'inscription par l'équipe au titre du financement d'expérimentations de l'article 51 par la Mutualité Française, pour un financement plus conséquent et est donc finalement intégré dans le dispositif DRAD. Ceci a permis d'agrandir l'équipe impliquée et de prolonger cette expérimentation locale auprès de bénéficiaires du territoire.

Pour les acteurs interrogés, le DRAD doit permettre de coordonner toute cette constellation d'intervenants au domicile, qui parfois se retrouvent au même moment au domicile des bénéficiaires, au détriment de la qualité des soins.

« On fait la coordination des services d'aide à domicile, mais la coordination aussi du médecin traitant, du kiné, l'infirmière, etc. C'est toutes les personnes qui gravitent autour de l'usager. On a vu des situations aberrantes où on a, au même moment, le kiné, l'infirmière et l'aide à domicile au domicile de la personne. L'efficacité du soin est complètement amoindrie. On va avoir une incohérence aussi parfois sur les objectifs de prise en charge. Un kiné qui va travailler sur la mobilisation pour que la personne reste autonome le plus longtemps possible sur ses mouvements, sur son lever, sur les choses comme ça. Et puis, vous allez avoir l'aide à domicile ou l'infirmière qui vont faire la toilette au lit

alors que la personne pourrait elle-même faire sa toilette dans sa salle de bains. »
(Directeur, EHPAD Seniors¹⁶)

Le DRAD repose sur une équipe pluridisciplinaire composée d'une infirmière coordinatrice (IDEC), d'une psychologue, d'une assistante de soin gériatrique, d'un ergothérapeute, principalement : le reste de l'équipe va dépendre des formes prises par les expérimentations. Par ces compétences issues de l'EHPAD, l'idée est d'assurer l'évaluation du logement et les adaptations nécessaires pour soutenir au mieux l'autonomie des bénéficiaires, de coordonner les acteurs intervenant auprès des bénéficiaires (SSIAD par exemple, professionnels de santé libéraux, etc.), de mettre en place un système d'information commun pour cette coordination, et d'assurer des interventions individuelles ou collectives à destination des bénéficiaires et des aidants.

16. Les noms propres ont été changé dans un objectif d'anonymisation des données.



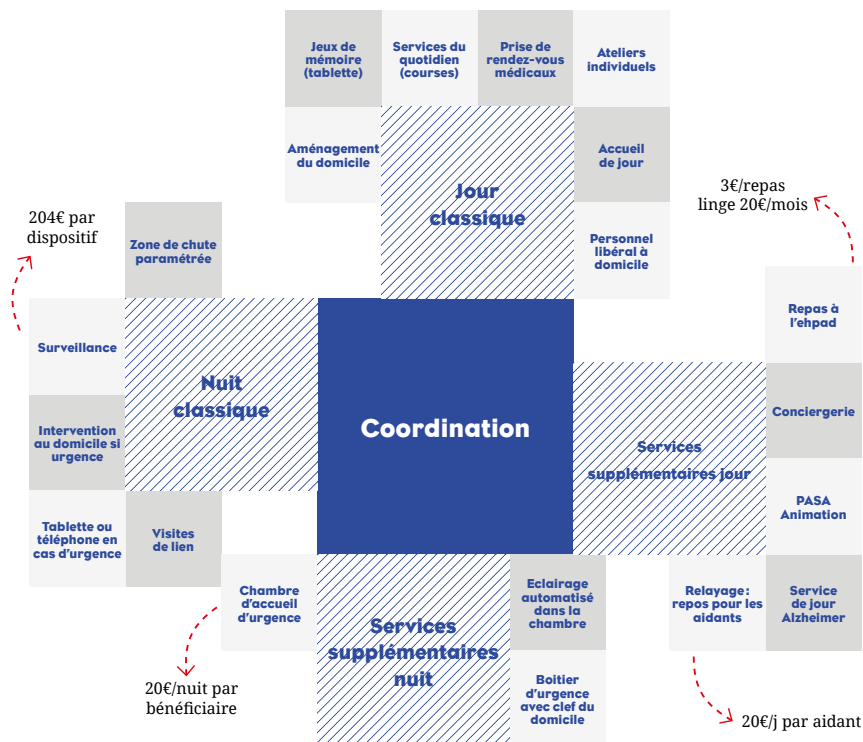
2. Principaux résultats

L'analyse de nos données de terrain (entretiens, observations et documentations) nous permet de représenter schématiquement les services proposés dans le cadre des projets DRAD. Il est à noter

que tous les services mentionnés ci-dessous ne sont pas proposés dans la totalité des DRAD. Ce schéma est plutôt une synthèse analytique de l'état des lieux des projets à l'heure où la recherche a été menée.

Figure 2. Le DRAD schématisé

Source : auteurs



Ce schéma distingue les services classiques de nuit et de jour des services supplémentaires de nuit et de jour. Plus généralement, trois principaux leviers pour prendre en charge les bénéficiaires émergent :

- a. Des services de surveillance du domicile et de télécommunication pour faciliter les échanges entre bénéficiaires et accompagnants, mais aussi entre accompagnants, avec l'objectif de fluidifier les échanges et de faciliter les moyens de communication du bénéficiaire ;
- b. Des services d'animation au domicile ou au sein de l'EHPAD ;

c. Des services d'accueil du bénéficiaire au sein de l'EHPAD, relayage, hébergement d'urgence, avec l'idée de soulager les aidants par la prise en charge du bénéficiaire au sein de l'EHPAD.

Ces différents leviers jouent un rôle essentiel dans les conséquences du DRAD sur les professionnels de santé, sur la signification du « bien vieillir », et sur la transition économique et sociale. Les parties suivantes développent ces points sur la base de l'analyse de nos résultats d'étude de terrain.

2.1 Impact du DRAD sur les professions du soin

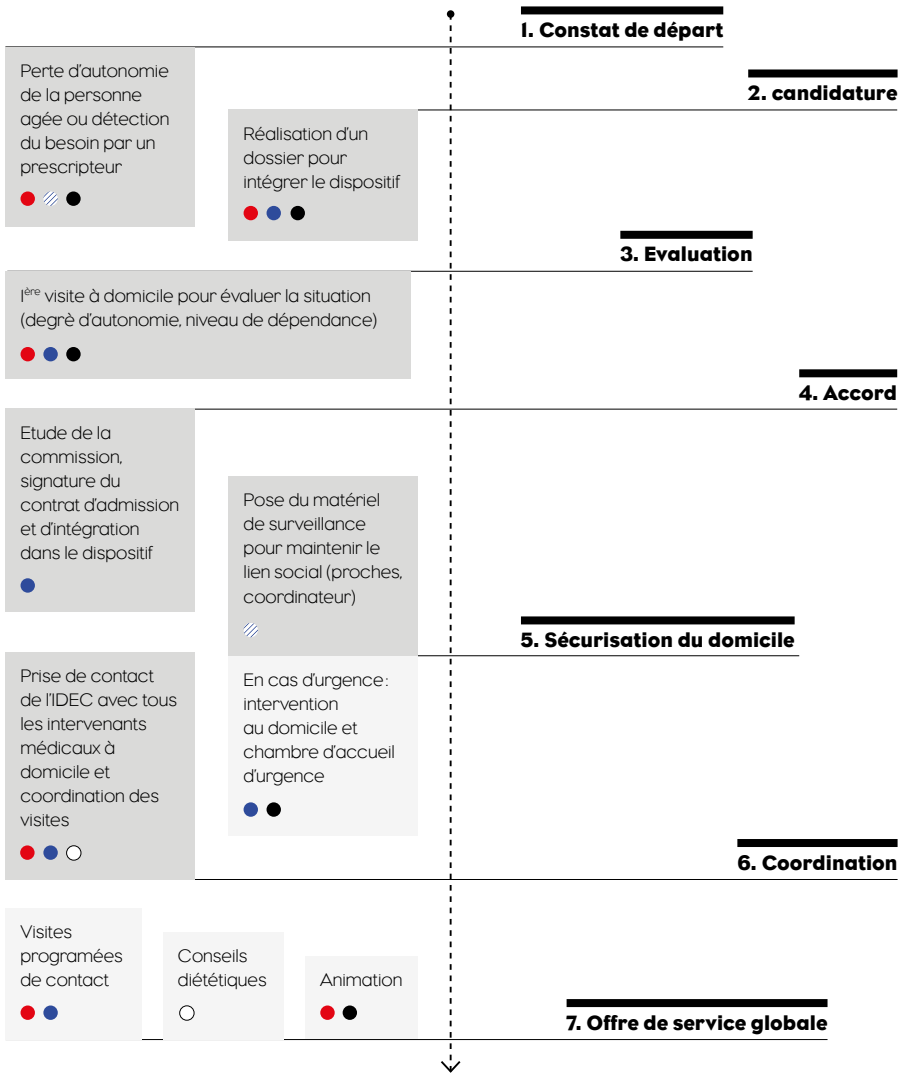
Tout d'abord, notre recherche révèle que les changements organisationnels induits par le développement de projets du type DRAD jouent un rôle déterminant dans l'évolution et la redéfinition des métiers du soin à la personne. Comme précisé plus haut, le DRAD mobilise une variété d'acteurs, auxquels les bénéficiaires, les aidants et leur famille ont affaire tout au long du parcours de prise en charge. Le schéma ci-dessus associe les acteurs mobilisés selon les étapes du processus lié au DRAD.

Pour résumer, le parcours DRAD commence par un constat de départ, le plus souvent par les aidants et/ou partenaires de soin locaux, ce qui permet ensuite de réaliser le dossier du bénéficiaire. Ce dossier est complété par une visite au domicile réalisée par l'IDEC et le médecin coordinateur de la

structure EHPAD référente. Après étude, si l'accord est obtenu, des normes de sécurisation du domicile sont transmises aux bénéficiaires et aux aidants et/ou le domicile du bénéficiaire est sécurisé à l'aide de matériel de surveillance. Enfin, la coordination entre les différents acteurs du soin pour la prise en charge quotidienne ou hebdomadaire est organisée par l'IDEC, qui prend contact avec les intervenants du soin déjà impliqués auprès du bénéficiaire. Nous abordons dans cette première partie le rôle de l'IDEC, acteur central du DRAD, ainsi que les évolutions des missions des professionnels du soin à la personne associées au dispositif. Nous soulignons en quoi les changements organisationnels ici centrés sur l'évolution des missions d'une institution (l'EHPAD) amènent à interroger la nature même des métiers des professionnels associés.

Figure 3. Les professionnels mobilisés au fil du parcours bénéficiaire.

Source : auteurs



Acteurs impliqués dans le dispositif

- Aidants
- Personnel médical (EHPAD)
- IDEC
- Personnel médical (libéraux)
- /// Partenaires locaux

Conditions: CIR I à 4, avoir +60 ans, rayons géographiques de 20-30 min de l'EHPAD maximum

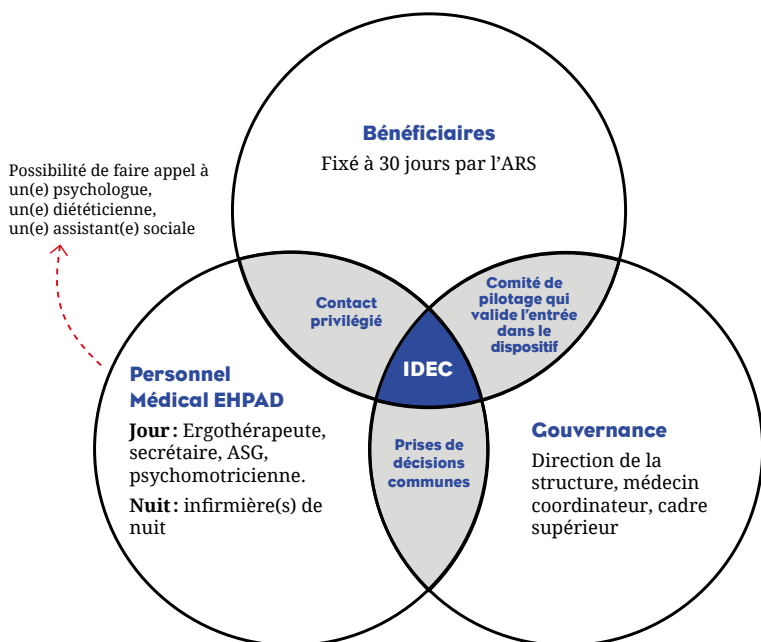
L'IDEC, à l'interface de différents acteurs du soin et de l'accompagnement à domicile du territoire

Les IDEC font partie du personnel médical de l'EHPAD et ont été recrutées spécifiquement pour ces missions de coordination lors de la création du DRAD. De même, les autres professionnels mobilisés par l'EHPAD pour ces dispositifs (ergothérapeute, assistant de soins en gérontologie, infirmiers de jour ou nuit, psychomotricien) sont dédiés au DRAD et ne sont pas recrutés pour d'autres tâches dans l'EHPAD. Le schéma ci-dessus articule le lien entre les IDEC et les autres acteurs mobilisés dans les projets DRAD.

Ce schéma illustre l'articulation entre plusieurs acteurs, pierre angulaire des projets DRAD. L'analyse de nos données de terrain montre que l'IDEC est au centre de cette organisation, responsable de la gouvernance du projet. Les IDEC font le lien entre les bénéficiaires, la direction de l'EHPAD, les médecins coordinateurs et les autres acteurs du soin. L'IDEC devient ainsi le contact prioritaire des bénéficiaires et de leur famille, afin qu'ils aient accès à un interlocuteur unique. Dans le même temps, c'est aussi l'IDEC qui doit gérer les contacts avec les autres structures de soin du territoire, qui peuvent par exemple lui recommander certains bénéficiaires, ou lui donner des renseignements sur

Figure 4. L'IDEC, au centre du dispositif DRAD

Source : auteurs



un nouveau bénéficiaire (par qui est-il suivi, par exemple). L'IDEC est donc à l'interface entre une pluralité d'acteurs, tout en étant inclus dans les prises de décision concernant le DRAD (nouveaux partenaires, nouveaux bénéficiaires...).

« Il n'y a pas de journée type effectivement. Mais c'est vrai que j'accompagne les bénéficiaires et les aidants et en même temps, il faut que je supervise mon équipe d'aides-soignants. Donc, en plus de la planification des interventions, je suis en recherche tout le temps de nouveaux bénéficiaires. On est vraiment là pour compléter les aidants, donc il faut être vraiment au quotidien très accessible. Donc, j'ai énormément d'appels, que ce soit de bénéficiaires, aidants, on a la gestion des urgences aussi. J'ai la coordination de tous les acteurs qui interviennent, tout ce qui est SAAD, aide à domicile, les infirmiers libéraux, le travail aussi avec les médecins, j'ai tout ce qui est visites à domicile. » (IDEC, EHPAD SoliDa)

Une revalorisation des métiers du soin

Ce développement des missions de l'IDEC, auparavant cantonné à des tâches d'infirmier et désormais, dans le cadre du DRAD, missionné pour coordonner une variété d'acteurs et d'activités, nous a permis d'observer un autre impact du DRAD sur les professions : la revalorisation des métiers au sein de l'EHPAD.

« Mon travail en tant qu'IDEC est de coordonner l'ensemble des intervenants au domicile des bénéficiaires, ainsi que les intervenants de notre équipe, de répondre aux demandes, et d'être flexible dans nos horaires. C'est aussi rencontrer l'équipe de direction, voir la direction d'autres établissements : mais ce sont des rencontres intéressantes et constructives. » (IDEC, EHPAD Nos Aînés).

Ainsi, l'IDEC entre en relation avec les instances directionnelles de différents EHPAD, hôpitaux et structures de l'accompagnement des personnes âgées du territoire. Le dialogue avec ces acteurs leur permet de se sentir valorisés et de percevoir très concrètement l'impact de leur métier sur l'écosystème local.

Aide-soignants, infirmiers, assistant de soin gériatrique sont par exemple des professions particulièrement stigmatisées, car relevant de la réalisation de tâches jugées indues et ingrates, encore plus au sein d'une maison de retraite ou d'un EHPAD. Par exemple, la littérature scientifique sur le sujet constate une baisse de 25 % en six ans des candidatures aux concours d'accès aux métiers d'aide-soignant et accompagnant éducatif et social qui sont les deux grands métiers du grand âge. Jolly et Flamand (2022)¹⁷ mettent au jour qu'il manquera potentiellement 224 000 aides-soignants dans le secteur en calculant les besoins de recrutement

17. Jolly Cécile et Flamand Jean (2022), *La prospective des métiers, une boussole pour les politiques emploi-formation, Alternatives économiques.* - 2022. - pp. 67-79. pour les politiques emploi-formation, *Alternatives économiques.* - 2022. - pp. 67-79.

(305 000 besoins de recrutement [207 000 départs en fin de carrière cumulés avec 98 000 créations nettes d'emplois]) et le nombre de potentiels débutants (81 000). Ces métiers sont par ailleurs mal rémunérés, en particulier au domicile, avec un démarrage au SMIC, voire en-dessous compte-tenu du temps de travail souvent morcellé. En conséquence, on note un taux de travailleurs pauvres élevé parmi ces métiers : on compte notamment 17,5 % de ménages pauvres parmi les intervenants à domicile contre 6,5 % en moyenne pour l'ensemble des salariés.¹⁸ Puisqu'il induit, structurellement, une mise en relation entre des professionnels qui exercent parfois en parallèle sans se croiser, le DRAD permet, selon nos observations, de valoriser ces tâches en soulignant leur complémentarité.

« Certains après-midis, j'essaie de détacher mes aides-soignants pour faire des animations, de l'accompagnement bien-être, de l'accompagnement social etc. Quand on est soignant, on doit faire beaucoup des toilettes. Mais je suis désolé, ce n'est pas parce que tu es soignant que tu ne peux pas faire d'animation. Au contraire, ils voient les bénéficiaires différemment. » (IDEC, EHPAD Elderly).

Ainsi, les IDEC rencontrés se sentent alors d'une plus grande légitimité face aux bénéficiaires, leurs familles et auprès des professionnels de santé.

« J'arrive et je dis que je suis un IDEC au sein d'un DRAD, c'est plus impressionnant. Je fais partie de ceux qui peuvent peser plus lourd qu'un simple aide-soignant, non seulement auprès des bénéficiaires mais aussi auprès des autres. » (IDEC, EHPAD Les Beaux Jours)

Le DRAD contribue ainsi aux efforts développés par les pouvoirs publics (Etat, conseils départementaux et régionaux) pour restaurer l'attractivité de ces métiers du grand âge. Ces dispositifs s'ajoutent ainsi aux diverses formations (réforme générale de l'apprentissage) et législations sur la qualité de vie au travail.

« En tant qu'ancienne infirmière, si on me propose un contrat à long terme, je dis oui tout de suite. C'est une qualité de travail incroyable, très enrichissante pour moi. Je vais travailler, je suis contente, je suis en accord avec moi-même. » (IDEC, EHPAD Elderly)

Le dispositif DRAD, en mettant certaines équipes de l'EHPAD au centre de la coordination de l'offre d'accompagnement à domicile pour les personnes âgées du territoire, fait ainsi rayonner les compétences de l'EHPAD sur son environnement direct et permet selon les acteurs impliqués de revaloriser cette structure en l'ouvrant sur l'extérieur. Cette revalorisation passe aussi par l'ouverture aux bénéficiaires qui peuvent participer à des activités et aux familles

18. Note de lecture (E. Michaud, juin 2020) Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024. Rapport remis à Madame Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, établi par Madame Myriam El Khomri le 29/10/2019.

et public qui peuvent davantage voir ce qui s'y passe. L'EHPAD se détache ainsi progressivement de cette image de

structure opaque, voire de « mouroir » fermé au monde, grâce à l'évolution des professions du soin à la personne.

2.2 Impact du DRAD sur la signification du bien vieillir

Le deuxième grand volet qui émerge des résultats de notre étude concerne le lien entre le DRAD et les évolutions de la notion du bien vieillir. Comme évoqué précédemment, en France, l'EHPAD rebute. L'institution souffre d'une image écornée par une multitude de facteurs : inhérents à son mode d'activité tout d'abord avec le fait de s'occuper de corps vieillissants, potentiellement malades, voire mourants avec différents degrés de dépendance par rapport aux soignants ; relatifs aux événements autour et au sein des EHPAD, par exemple avec l'affaire ORPEA révélée par la sortie du livre *Les Fossoyeurs* en 2022, dénonçant l'emprise de l'économie de marché sur ces structures. L'EHPAD apparaît comme un choix contraint pour les personnes âgées et leurs familles¹⁹, à l'opposé d'une fin de vie à domicile, qui serait choisie. Comme l'exprime Marie, aide-soignante, « *auparavant, on accueillait dans l'établissement des personnes qui avaient peur de rester seules, isolées. Maintenant elles viennent car elles n'ont pas le choix.* » Dans ce contexte, séjourner en EHPAD est rarement associé à une idée de « bien vieillir ». Un des objectifs du DRAD est de joindre l'idée du bien vieillir au domicile à l'institution de l'EHPAD.

Bien vieillir chez soi grâce à l'EHPAD deviendrait-il envisageable ?

Revalorisation de l'EHPAD comme centre de ressources

Dans la perspective du DRAD, l'EHPAD ne doit plus apparaître comme une fatalité ou un mouroir, mais plutôt comme un « centre de ressources », un lieu où les personnes âgées peuvent trouver des activités d'animation, thérapeutiques, et un lieu de rencontre d'autres bénéficiaires, dont des résidents d'EHPAD. Cette ouverture de l'EHPAD pour les bénéficiaires est inédite pour ce type de structure, habituellement fermée – spatialement et socialement.

*« Désormais, nous invitons également des bénéficiaires dans l'établissement dans des ateliers thérapeutiques, des ateliers d'animation, etc. Nous leur offrons la possibilité de venir participer aux activités : l'intégration est beaucoup plus facile pour eux et pour nous. Cela réduit l'image de l'EHPAD comme une morgue, notamment telle que véhiculée par les médias. Ils voient qu'il y a de la vie, de la joie, que c'est un endroit agréable. »
(IDEC, EHPAD Les Beaux Jours)*

19. Scandale dans les Ehpads : « Le jour où vous mettez votre mère dans un Ehpad, elle vous échappe entièrement », 06 mars 2022, *La Dépêche*, <https://www.ladepêche.fr/2022/03/03/temoignages-scandale-dans-les-ehpad-le-jour-ou-vous-mettez-votre-mere-dans-un-ehpad-elle-vous-echappe-entierement-10145928.php>

Aussi, sur certains territoires sont mis en place des services de navettes pour permettre à des bénéficiaires éloignés de rejoindre l'EHPAD pour des activités en collectif par exemple : préparation de repas avec d'autres bénéficiaires, repas avec des résidents, animations diverses...

Cette coordination des services d'accompagnement à domicile via le DRAD permet de « *repousser au maximum l'entrée en EHPAD des bénéficiaires* » (Direction, EHPAD Seniora) et leur permettre de passer le plus de temps possible au domicile. Alors que les hospitalisations (notamment après une chute) représentent l'un des facteurs principaux d'entrée en EHPAD, l'écosystème d'accompagnement et les aménagements du domicile compris dans le DRAD permettent de prévenir certaines de ces hospitalisations. L'entrée en EHPAD est alors repoussée.

« On permet aux gens de rester chez eux et on évite au maximum une visite par le circuit traditionnel des urgences et tout ce que l'on sait, avec les effets délétères que cela peut avoir sur une personne d'un certain âge, qui, le plus souvent, est en situation de fragilité avec des pathologies cognitives. On voit donc qu'on a un réel impact sur la vie des bénéficiaires. »
(Direction, EHPAD SoliDa)

Une mise en relation de l'intérieur avec l'extérieur via les systèmes d'information

Les systèmes d'information mis en place chez les bénéficiaires sont aussi là pour améliorer l'efficacité de l'écosystème

d'accompagnement avec des moyens communs de communication entre services - pour renseigner ce qui s'est passé pendant une visite par exemple, le bilan de santé de la personne, et que tous les intervenants soient au même niveau d'information sur l'état de santé du bénéficiaire. Au sein de ces dispositifs DRAD sont installés des tablettes chez les bénéficiaires avec une surcouche logiciel spécifique de l'EHPAD pour permettre une utilisation commune et une meilleure communication entre professionnels du soin.

« Après en interne, on a un outil informatisé, forcément, puisqu'on trace quand même tout et les dossiers sont tout informatisés. La tablette avec l'outil le plus utilisé au niveau du domicile c'est Globule. En fait, ça permet de pouvoir faire des transmissions, que chaque intervenant puisse faire des transmissions au domicile de l'usager. Et du coup, sur Globule, il y a beaucoup d'interfaces avec beaucoup d'outils informatiques existants, utilisés aussi par les indépendants, donc après ça sera automatiquement envoyé sur les outils informatisés des différents services d'aide à domicile. » (IDEC, EHPAD Elderly)

L'idée est de faciliter les transmissions des dossiers des bénéficiaires et des interventions de chacun. Ces systèmes techniques doivent faciliter la communication mais aussi permettre de contacter facilement l'IDEC ou une personne de l'équipe du DRAD. Sur certaines expérimentations, ces installations ont été accompagnées de formations assurées par les IDEC pour les

indépendants, à l'utilisation du logiciel et à la manière de faire des transmissions via la tablette.

« Dans un monde idéal, on communique ensemble sur la tablette. (...) des libéraux se sont appropriés l'outil, des aides ménagères aussi, qui sonnent sur la tablette. On n'est pas un service d'urgence, mais ça permet de les réassurer. Ça évite de dégainer le 15, le SAMU. Ça peut harmoniser la communication, dans quelques cas, c'est isolé pour l'instant. Après ils ont mon numéro, et je fais le lien entre médecins, famille, les libéraux, associations. »
(IDEC, EHPAD Les Fleuris)

L'analyse des entretiens menés montre que le fait de bien vieillir au domicile dépend notamment des systèmes d'information mis en place dans le cadre du DRAD. Au départ, dans tous les dispositifs observés, l'équipe procède à une « sécurisation du domicile » aux moyens de divers aménagements concernant l'ergonomie du domicile, l'accessibilité éventuelle pour les fauteuils, barres de douche, d'éventuels chemins lumineux avec allumage automatique pour permettre à la personne âgée de se lever sans avoir à chercher la lumière la nuit, mais aussi par la mise en place d'une surveillance à distance, reposant sur des « packs domotiques ». Ce « pack domotique » peut être composé d'un système de capteurs de lits pour voir si la personne se couche bien le soir ou est présente dans son lit, d'un bracelet de détection des chutes, d'une procédure de contacts rapides (bouton) de l'EHPAD ou de l'hôpital le plus proche : le tout pour assurer la sécurité des

bénéficiaires et éviter une hospitalisation, grâce une surveillance « comme à l'EHPAD ». Cette surveillance à distance des bénéficiaires peut même aller jusqu'à l'installation de caméras infrarouges au domicile des bénéficiaires pour pouvoir vérifier, à intervalle régulier la nuit, si tout va bien. Il est important de noter que cette surveillance virtuelle ne remplace pas les visites de l'IDEC ou des intervenants habituels indépendants au domicile des bénéficiaires.

« La nuit, nous avons un ensemble de caméras infrarouges au domicile de chaque bénéficiaire, dans plusieurs pièces, avec une image floue lorsqu'une personne se présente bien sûr. Il respecte l'intimité de la personne et ses droits. L'infirmier peut débloquer l'image s'il a un doute sur une chute. Tout est surveillé et tracé, mais les images ne sont pas conservées. Donc cette « visite » peut être inférieure à 30 secondes, on peut vérifier et c'est tout. » (IDEC, EHPAD Elderly)

Paradoxalement, ces équipements associent la notion de bien vieillir à celle de surveillance : le bénéficiaire est suivi dans ses faits et gestes, et les équipes de soin sont averties en cas de chute détectée. Bien que ces dispositifs de communication et d'information, permis par les nouvelles technologies, garantissent une meilleure prise en charge de la dépendance à domicile, ils n'en posent pas moins certaines questions éthiques, notamment en termes de respect de la vie privée, de l'intimité, ou d'utilisation des données personnelles par ces multiples applications.

2.3 Impact du DRAD sur la transition économique et sociale

Selon Eurostat, en 2018, 26 % de la population européenne avait plus de 60 ans, et cette proportion est amenée à augmenter significativement dans les années à venir. Ce chiffre suggère que la prise en charge de la dépendance liée au vieillissement ne peut reposer sur des solutions trop lourdes pour l'entourage, les institutions, les finances publiques. Le DRAD s'inscrit, au contraire, dans une démarche qui prône la soutenabilité des dispositifs imaginés pour gérer ce défi social, politique et économique.

La soutenabilité financière des dispositifs DRAD

La soutenabilité financière de ces projets est notable, si l'on compare à une prise en charge classique en EHPAD. Le modèle de financement est le suivant : 1 004 euros par mois par bénéficiaire, avec 0 euro de reste à charge via le financement de l'article 51. Le coût total de ce type de projets s'élève donc à environ 12 000 à 14 000 euros par bénéficiaire à l'année en moyenne. Ce coût comprend la coordination des acteurs indépendants de l'accompagnement, auxquels s'ajoutent des services complémentaires, dont certains sont inclus dans l'offre initiale (et donc la prise en charge des 1 004 euros par bénéficiaire), et d'autres en supplément. Par exemple, l'accueil de jour ou la participation des bénéficiaires à des ateliers individuels, avec des bénéficiaires de l'EHPAD, fait partie de ces services de

base, destinés en particulier à soulager l'aidant. La prise d'un repas à l'EHPAD, la participation à des activités spécifiques en dehors de l'EHPAD ou encore l'éclairage automatisé de la chambre ou chemin lumineux au domicile font en revanche partie des services supplémentaires payants. Ainsi, le bénéficiaire peut avoir accès à l'installation de caméras à son domicile (204€/dispositif) et d'une chambre d'accueil d'urgence (20€/nuit/bénéficiaire); ou encore l'aidant peut bénéficier d'un relais (reste à charge 20€/jour/aidant). Certains dispositifs observés proposent des formules type abonnement.

Afin de pérenniser la soutenabilité de ce type de projets, certains EHPAD porteurs d'une expérimentation DRAD ont imaginé des solutions intermédiaires, en allant chercher des financements auprès de mutuelles, de fondations pour compenser des services complémentaires et alléger le reste à charge pour les bénéficiaires, en étant bien conscient que le prix de ces services d'accompagnement à domicile et de coordination pourrait décourager beaucoup de potentiels bénéficiaires.

« On veut aller chercher des financements, Caisse des Dépôts, car on s'aperçoit que 60 % des personnes rencontrées ont refusé pour des raisons de finance. C'est un point bloquant pour les bénéficiaires. On sent que c'est un point de blocage. On voit qu'on accompagne que les gens qui ont les

moyens et ça nous pose problème, alors que chez nous on est dans une logique d'équité des soins. On fera remonter ça à l'ARS lors de notre premier bilan pour récupérer plus de subventions.»
(Direction, EHPAD SoliDa)

des compétences techniques (par exemple pour la surveillance et la partie télécommunication). Un enjeu important pour le DRAD est donc de bien négocier l'insertion au sein de son territoire :

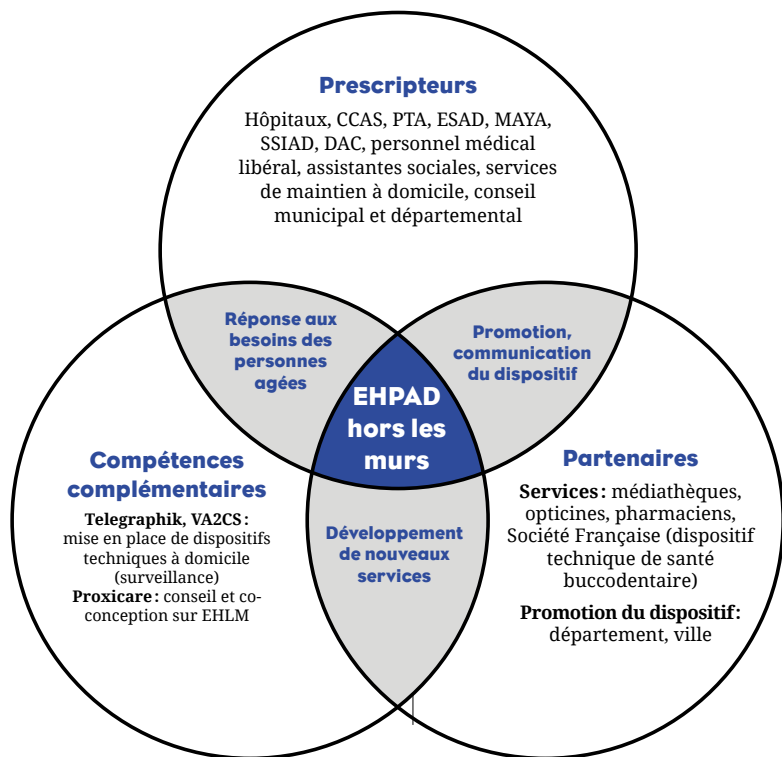
La soutenabilité écosystémique du dispositif DRAD.

Ces expérimentations reposent sur des partenariats forts, des prescripteurs qui amènent des bénéficiaires et d'autres acteurs complémentaires qui apportent

«L'une des premières choses à faire en tant qu'IDEC, c'est d'alléger les tensions potentielles avec les acteurs du soin et d'accompagnement du territoire: donc je passe beaucoup de temps à les rassurer pour leur dire que le DRAD ce n'est pas marcher sur leurs plates-bandes. Il faut qu'ils comprennent bien le but de

Figure 5. Un écosystème d'acteurs à coordonner.

Source : auteurs



ce dispositif, pour pouvoir travailler ensemble en bonne intelligence. » (IDEC, EHPAD Les Beaux Jours)

Ce sont ces liens avec les partenaires du territoire qui permettent d'assurer une diversité de services au sein des dispositifs DRAD, qui se développent à la croisée d'un écosystème d'acteurs nombreux et divers. Par exemple, les EHPAD se mettent en relation avec des startups technologiques pour le développement de bracelets connectés pour la détection des chutes.

Notre enquête montre que le DRAD représente une forme d'ouverture de l'EHPAD, d'un écosystème d'acteurs du soin et de l'accompagnement à domicile sur le territoire. En effet, ce dispositif est dépendant des prescripteurs de bénéficiaires qui peuvent être des hôpitaux, associations d'accompagnement des personnes âgées dépendantes, des services institutionnels (comme des MAYA, des SSIAD, des CCAS), et des acteurs privés ou indépendants comme les médecins libéraux, infirmiers, etc. Ces prescripteurs varient d'un territoire à l'autre (différents services sur différents territoires) et selon les relations entre l'équipe DRAD et ces différents acteurs du territoire. En se mettant au centre de la coordination d'une constellation d'acteurs du territoire liés au bien vieillir, le DRAD se pose ainsi en acteur de la transition démographique avec l'objectif d'harmoniser l'accompagnement des personnes âgées dépendantes en faisant travailler ensemble ces acteurs.

La soutenabilité sociale des dispositifs DRAD.

Nos entretiens relatent l'expérience des équipes de l'EHPAD qui témoignent habituellement d'une nécessaire adaptation des bénéficiaires lorsqu'ils rentrent dans un EHPAD (rythme de vie de la structure, relation aux autres patients, repas, relations aux soignants et aides-soignants, etc.) Au sein du DRAD, la logique s'inverse et c'est l'EHPAD et le système organisationnel d'accompagnement des bénéficiaires qui s'adaptent aux bénéficiaires.

« Il est difficilement envisageable d'avoir des résidents qui doivent s'adapter aux organisations. Je m'explique : vous avez les organisations avec des plannings. Sauf qu'un résident, donc, ça peut être vous, vos grands-parents ou vos parents, il a des habitudes de vie. Dans les habitudes de vie, ça peut être une personne, elle a toujours été habituée à se lever entre 8 heures et 9 heures, à avoir à faire plutôt ça, à prendre un café au lait avec son jus d'orange. Et l'idée, moi je me suis aperçu, que finalement, à travers l'organisation qu'il y avait dans l'EHPAD, en fait c'était le résident qui devait s'adapter. Donc, l'idée, c'était aussi de changer ce spectre-là, ce paradigme-là, donc plutôt de dire : non. C'est l'organisation qui doit s'adapter aux résidents, premier point. Ça change tout. » (Direction, EHPAD Seniora)

Ce système permet d'assurer la soutenabilité sociale du dispositif : le

DRAD tente de répondre au « *souhait des bénéficiaires de rester à domicile plutôt que d'intégrer l'EHPAD* » (Direction, EHPAD Nos Aînés) et permet donc d'éviter le difficile moment de l'entrée en institution de la personne âgée, tout en soulageant la charge pour les familles.

En territoire rural, nous avons toutefois constaté certaines limites du DRAD, en particulier concernant l'accessibilité du dispositif selon les populations. Dans ces territoires, les trajets peuvent être longs : par exemple, il faut plus d'une demi-heure pour parcourir 30 km, rayon autour de l'EHPAD dans lequel les bénéficiaires peuvent habiter pour intégrer le DRAD. Les EHPAD témoignent alors de certaines difficultés pour mobiliser des personnels soignants, notant que pour les professions libérales, il est coûteux de passer autant de temps sur la route. Les conditions climatiques propres au territoire peuvent aussi compliquer l'accès à certains domiciles, par exemple en hiver en Isère à cause de la neige. De même, l'accès au réseau internet et téléphonique est parfois aléatoire dans certaines zones, ce qui met

à mal le fonctionnement des dispositifs de communication et de surveillance relatifs à la sécurisation du domicile et à la coordination des acteurs.

Pour ces raisons, les dispositifs de type DRAD sont, à l'heure actuelle, principalement développés dans des zones où le maillage de commerces et de cabinets médicaux est dense. A l'inverse, les plus gros projets de structures qui répondent à la dépendance type EHPAD traditionnel sont prioritaires dans les zones où le maintien de l'autonomie à domicile est plus difficile du fait d'un écosystème et accessibilité faible. Ainsi, la soutenabilité sociale des dispositifs DRAD pourrait être interrogée au plan des inégalités d'accès.



3. Perspectives et recommandations

3.1 Points de vigilance

« Est-ce que ça va répondre à tous les besoins ? On ne peut pas répondre à tous les besoins. Est-ce que ça va répondre à une partie des besoins ? Oui. Comment ça va se financer tout ça après ? Et combien ça coûte ? On ne peut pas dire : allez, un maintien à domicile, ça coûte entre 1200 et 1500 euros par mois. On en sait rien puisque ça va dépendre du besoin. »
(Direction, EHPAD Nos Aînés)

A l'image de cet extrait d'entretien, nos observations et discussions avec les coordinateurs de ces dispositifs mettent en lumière un ensemble de points de vigilance pour assurer la soutenabilité et le développement potentiel des dispositifs de type DRAD.

Les ressources humaines : la clef de voûte du DRAD

Les entretiens menés avec les porteurs de projets DRAD et les IDEC révèlent certaines tensions entre les dispositifs et les acteurs du soin à domicile du territoire. Le fait que l'EHPAD, via le DRAD, souhaite coordonner ces acteurs indépendants semble déclencher des

réactions plutôt négatives. C'est ainsi aux IDEC et aux porteurs du DRAD d'organiser des réunions de sensibilisation, de présentation du DRAD pour faire comprendre l'objectif de coordination et non de soin du dispositif.

« Le problème c'est qu'ils ont l'impression qu'on vient leur marcher dessus, qu'on est là pour faire leur travail à leur place. Donc évidemment ça passe mal, si le dispositif est mal expliqué. Ce qu'il faut, c'est faire preuve de pédagogie : expliquer, former, faire des réunions avec chacun de ces acteurs pour promouvoir le dispositif et expliquer que ça reste de la coordination, et pas du soin. » (IDEC, EHPAD Elderly).

Il est essentiel pour les EHPAD porteurs d'expérimentations DRAD de s'assurer de la bonne coopération avec les acteurs du soin du territoire. Cet enjeu d'acceptation est d'autant plus sensible que les EHPAD ainsi que les différents services d'accompagnement à domicile sont particulièrement touchés par une problématique de turn-over importante, voire de pénurie de la main d'œuvre.

S'assurer la loyauté des intervenants indépendants est d'autant plus difficile si les équipes se réduisent ou si les interlocuteurs changent fréquemment, comme en témoigne cette directrice d'EHPAD.

« Les difficultés qu'on peut avoir sont liées à la taille de l'équipe. Là, par exemple, on avait un médecin gériatre jusqu'au 31 décembre, qui, depuis est parti dans un autre département et on s'est retrouvé pendant quelques semaines, sans médecin coordinateur et c'est un véritable problème, puisque l'IDEC travaille en véritable binôme avec le médecin coordinateur pour les évaluations, les visites à domicile. Le centre hospitalier nous a trouvé un nouveau praticien, mais elle est un peu écartelée entre différents services, elle doit à la fois assurer tout ce qui est soins palliatifs, géronto, Parce qu'elle remplace pas mal de gens qui sont partis, elle n'a pas l'opportunité d'être pleinement sur le dispositif dans le temps qui lui est imparti, donc ça fait défaut. Tout comme notre équipe d'infirmières, qui n'est pas très grande, et le jour où il y a une absence... c'est un point de fragilité indéniable mais c'est inhérent à la taille du dispositif. » (Direction, EHPAD Les Beaux Jours).

Si ces expérimentations fonctionnent pour l'instant avec une équipe de 5 personnes, chaque porteur de projet devra être vigilant sur l'adaptation de la taille de l'équipe par rapport au nombre de bénéficiaires dans le dispositif. D'après les différents IDEC rencontrés, rares sont

les DRAD avec 30 bénéficiaires (la taille espérée par le dispositif). Chaque fois que des nouveaux bénéficiaires rentrent, c'est une charge de travail à la fois pour l'IDEC et pour l'équipe, de coordination mais aussi de visites et d'animation. En fonction des équipes dédiées au DRAD, une limite du nombre de bénéficiaires est à fixer pour éviter de reproduire un travail à la chaîne.

« Donc actuellement, on a 9 prises en charge. Au 1er janvier, on passe à 12. Le but, c'est que j'arrive à 15 très rapidement. Je suis tributaire aussi de mon équipe d'aides-soignantes, c'est-à-dire que je suis en recherche aussi, donc j'augmente. Mais voilà, je suis tributaire aussi du côté RH, c'est là aussi, que c'est un peu bloquant dans le secteur, c'est qu'au niveau ressources humaines, je n'ai pas du monde qui tape à la porte tous les jours. » (Direction, EHPAD Elderly)

Plus particulièrement, ces risques liés aux ressources humaines concernent le rôle des IDEC et la charge de travail qui leur incombe. Nous l'avons montré, cette fonction est centrale dans le DRAD car au contact d'un certain nombre d'acteurs internes et externes, du territoire, des bénéficiaires, en responsabilité de plusieurs prises de décisions concernant les entrées et la gestion du dispositif. Ces tâches de coordination sont très variables d'un dispositif à l'autre, d'un territoire à l'autre et dépendent du nombre d'intervenants à coordonner pour chaque bénéficiaire, de l'accessibilité aux informations, des bonnes relations avec

d'autres acteurs du soin du territoire qui peuvent agir comme prescripteur ou facilitateur, etc.

A ces tâches multiples de coordination s'ajoutent les contacts nécessaires avec les bénéficiaires ou les familles, les aidants des bénéficiaires : en tant qu'interlocuteur unique, l'IDEC passe aussi une partie de son temps au téléphone pour rassurer, préciser, répondre aux doutes et aux questions de ces bénéficiaires.

« On va jouer sur le plan moral : il y a eu un décès récemment, et je n'ai rien fait de spécial. J'ai surtout travaillé sur le relationnel à la famille, l'accompagnement et ça les a énormément aidés et soutenus. J'ai passé beaucoup de temps auprès de la famille pour leur montrer la voie, pour gérer le décès de leur maman. Et c'est un soin moral, entre guillemets. » (IDEC, EHPAD Seniors)

En tant qu'interlocuteur unique des bénéficiaires, les IDEC se retrouvent ainsi en première ligne les week-ends pour rassurer ou intervenir chez les bénéficiaires, ce qui vient ajouter une charge de travail supplémentaire.

« Ce sont plutôt les bénéficiaires qui nous sollicitent le week-end. Les services d'aide à domicile fonctionnent au ralenti week-ends et jours fériés. Alors que c'est 24/24, 7j/7 ce travail. » (IDEC, EHPAD Belles Années)

Pour les autres membres de l'équipe DRAD qui appartiennent à l'EHPAD

subsiste un danger de double journée : ces équipes sont intégrées dans un EHPAD et ont un bureau, physique, au sein de la structure. Nos entretiens montrent qu'au sein de certains dispositifs, ces équipes doivent à la fois assurer leur charge de travail au sein du DRAD, mais aussi au sein de l'EHPAD avec l'animation d'ateliers par exemple, ou la prise en charge de certains bénéficiaires. Les infirmiers de nuit par exemple, de veille sur le DRAD, peuvent être mobilisés aussi pour intervenir auprès de patients de l'EHPAD.

L'acceptation des systèmes d'information : un enjeu d'ordre éthique et générationnel

Les systèmes d'information déployés, que ce soient les logiciels ou les tablettes proposés au sein des dispositifs, doivent permettre de communiquer : dans les faits, cependant, nos entretiens et observations font émerger un manque d'adaptation des intervenants à domicile et des bénéficiaires et de leur famille.

« On devait présenter le dispositif aux accompagnants, mais compliqué à déployer, on n'a pas pu le faire de manière collective. Les services d'accompagnement n'accrochent pas encore : ça demande une désinfection, un nettoyage à chaque utilisation. Ils sont pressés en plus, ils ont déjà un logiciel de transmission, donc ils ne prennent pas encore le temps d'y aller sur cette tablette. Ils ont plus tendance à nous appeler pour dire ce qu'ils font. » (IDEC, EHPAD Seniors)

Les aides-soignants et intervenants à domicile continuent d'utiliser leurs méthodes habituelles de transmissions via des cahiers par exemple, notamment par manque de temps pour s'adapter à ces dispositifs, ou simplement par habitude. Un réel besoin de sensibilisation et de

formation autour du DRAD subsiste donc pour démontrer aux acteurs du soin impliqués chez les bénéficiaires tout l'intérêt de l'utilisation de ces nouveaux outils, afin de fluidifier la gestion des dossiers patients et éviter les erreurs.

3.2 Des opportunités à développer : pistes d'ouverture

Dans cette dernière partie, nous abordons les pistes de développement qui émergent de nos analyses décrites précédemment. Nous identifions trois axes majeurs qui nous semblent cruciaux pour permettre la soutenabilité des dispositifs de type DRAD dans le cadre d'une approche du bien vieillir centrée autour du maintien à domicile : la fidélisation des professionnels du soin et des acteurs du territoire, la démocratisation du dispositif, et le développement de l'EHPAD comme centre de ressources.

Fidélisation des équipes d'intervenants et des acteurs du territoire

Tout d'abord, comme évoqué plus haut, le fonctionnement du DRAD repose sur l'engagement des IDEC et sur une coordination fluide entre divers professionnels du soin : aidants, aides-soignants, ergothérapeutes, médecins, parmi d'autres. Il a été noté que certains dispositifs de type DRAD souffraient d'une difficile fidélisation des professionnels de soin investis dans les prises en charge des bénéficiaires. Cette tendance peut s'expliquer notamment par la précarité de situation de travail de ces personnes,

ainsi que par les conditions de travail proposées dans le cadre des DRAD.

D'une part en effet, les professionnels dont il s'agit ici exercent soit dans un cadre libéral (par exemple pour les ergothérapeutes), soit signent des contrats souvent précaires avec des sociétés de gestion du soin à la personne (c'est le cas de beaucoup d'aidants). Ces populations pourraient choisir de travailler avec d'autres partenaires si une occasion plus stable se présentait, entre autres.

D'autre part, comme évoqué dans les parties précédentes, les conditions de travail observées dans le cadre de certaines expérimentations demeurent à améliorer, notamment dans certains territoires difficiles d'accès. Afin d'améliorer la fluidité de la coordination entre les professionnels et par exemple éviter que plusieurs professionnels soient présents en même temps au domicile des bénéficiaires et ainsi se gênent dans la prise en charge, les DRAD pourraient insister sur la formation des professionnels aux outils de communication centralisés (par exemple GCS SARA ou IsèreAdom).

La démocratisation du dispositif

Une bonne coordination entre les différents professionnels impliqués dans le DRAD devrait alors permettre d'approcher un autre objectif : la démocratisation du dispositif, tant au sein des territoires qu'à l'échelle nationale. Nous relevons deux pistes principales dans ce cadre.

D'une part, les EHPAD qui se lancent dans des projets type DRAD pourraient envisager, comme c'est déjà le cas dans quelques exemples évoqués dans ce rapport, de recourir à des sources de financement plus larges que celles comprises dans l'article 51. Les EHPAD pourraient nouer des partenariats avec les acteurs du département pour permettre l'accès au DRAD à des bénéficiaires aux faibles capacités financières, et avec des mutuelles complémentaires, qui pourraient représenter des relais pour promouvoir ce type de dispositifs.

D'autre part, pour pallier les difficultés relevant des propriétés du territoire (exemple : territoire rural et/ou de montagne), les EHPAD pourraient encourager les collectivités locales (commune, communauté de communes, département, région) à proposer des solutions nouvelles de transports pour les personnes âgées dépendantes, et à proposer des relais pour certaines activités dans des tiers-lieux plus proches

du domicile. A titre d'illustration, des expérimentations telles que mobilsol²⁰ porté par la Région Auvergne-Rhône-Alpes afin de développer le transport solidaire à l'égard des plus vulnérables dans des zones rurales de la Drôme sont à suivre pour estimer leur reproductibilité. Des initiatives existent également à l'échelle des CCAS comme dans Le Thor, petite commune rurale du Vaucluse qui a développé un service de mobilité interne à destination des personnes âgées.²¹

Le développement de l'EHPAD comme centre de ressources

Enfin, le DRAD et le développement de projets similaires positionnent l'EHPAD comme un centre de ressources, plus qu'un simple lieu de prise en charge médicalisée et de résidence. Pour perdurer, les DRAD se doivent de reposer sur des EHPAD qui proposent suffisamment d'activités, qui ont les compétences et expertises nécessaires à la coordination, qui ont le réseau associé et qui sont prêts à allouer la charge humaine, financière et politique nécessaire.

Dans cette optique, l'EHPAD devient un tiers-lieu, où les bénéficiaires peuvent apprécier se rendre pour prendre des repas collectifs et participer à des animations, et rompre ainsi l'isolement induit par le vieillissement à domicile. Il est important, dans ce cadre, de veiller à maintenir un niveau d'exigence soutenu

20. <http://mobilsol26.fr/>

21. <https://www.ville-lethor.fr/solidarite-sante/ccas/>

pour la prise en charge médicalisée des personnes âgées dépendantes, puisqu'il ne s'agit pas ici de faire perdre à l'EHPAD ses compétences de soin médicalisé, mais plutôt d'ajouter une corde à son arc (l'animation, la coordination) et d'autonomiser les professionnels libéraux qui exercent sur le territoire dans le bien vieillir et le soin à la personne.

Ces recommandations et propositions résultent de notre analyse fondée sur les expérimentations observées et ne constituent en aucun cas un carnet de route à suivre au pied de la lettre pour les EHPAD qui souhaiteraient proposer un service de type DRAD. Nous sommes conscients, par ailleurs, que l'avenir du DRAD dépendra aussi et surtout

des évolutions du cadre législatif et des allocations budgétaires au niveau territorial et national. Si les premiers rapports sortis dans le cadre du Conseil national de la refondation²² mettent en avant l'importance de soutenir les initiatives de territoires et fait ressortir dans sa synthèse l'EPHAD hors les murs comme un chantier prioritaire, ils détaillent peu les leviers de financement possibles de ces initiatives. Le rapport à venir sur « Adapter la société au vieillissement » donnera, nous l'espérons, plus de perspectives sur ce volet.

22. <https://conseil-refondation.fr/thematiques/bien-vieillir/>



Conclusion

L'analyse des données récoltées durant notre enquête de terrain a permis de mettre en lumière trois résultats principaux, qui portent sur le rôle de l'IDEC, acteur central de ces dispositifs; l'évolution de la définition du bien vieillir; et la soutenabilité sociale, économique et écosystémique du DRAD. Dans ce cadre, nos travaux permettent d'alerter sur les points de vigilance et les limites relatifs au dispositif tel que nous l'avons observé et tel que nos interlocuteurs nous l'ont décrit. Il est important de noter que les conclusions proposées dans ce rapport sont issues d'une analyse héritée de nos approches de recherche et des expertises propres à la Chaire Territoires en Transition de Grenoble Ecole de Management. Sans nul doute, d'autres professionnels pourraient mettre l'accent sur d'autres dimensions que celles mises en exergue dans le présent document.

Nos travaux permettent de mieux comprendre les enjeux de développement des professions du soin, au-delà du seul métier d'infirmier. Ils interrogent la définition du bien vieillir dans une époque où la part des personnes âgées dépendantes ne cesse de croître. Notre enquête a aussi permis de mettre en lumière le besoin crucial de coordination

territoriale de l'offre de soins et d'accompagnement à domicile. Qui doit donc assurer cette coordination au niveau des territoires et qui est légitime pour le faire ? La tâche n'est pas aisée, et les professions du soin sont encore ancrées sur des représentations traditionnelles articulées autour d'une distinction entre intervention à domicile et intervention en établissement. Le morcellement des prestations, la fragmentation des acteurs, l'absence de système d'informations partagé et la multiplicité des prétendants à la coordination sont autant de difficultés à surmonter. L'enjeu est non seulement économique mais aussi éthique. Qui peut aujourd'hui s'assurer de la qualité et de la bonne conduite des prestations réalisées ? Les EHPAD qui s'investiraient dans ce rôle de coordination territoriale ont peut-être là la possibilité de faire évoluer leurs métiers en devenant les garants des processus mis en œuvre.

A long terme, quel est l'objectif du DRAD et des dispositifs associés ? Ces projets proposent-ils une alternative aux EHPAD ou une facilitation à l'entrée en EHPAD ? Se positionner comme une alternative aux EHPAD suppose d'être en capacité de proposer une certaine médicalisation de la prise en charge, un niveau poussé

de soin et d'assistance à la personne. Au contraire, avoir pour objectif de faciliter l'entrée en EHPAD et se présenter comme une solution transitoire pour retarder le départ du domicile, suppose une communication et une organisation bien différente. En effet, le premier cas suppose d'investir (au niveau humain, financier et organisationnel) dans les

soins médicalisés à domicile, tant que le deuxième cas suggère plutôt une focalisation sur l'EHPAD comme un tiers-lieu compétent pour socialiser les bénéficiaires à une vie en résidence collective plus désirable. Se positionner sur l'un ou l'autre de ces rôles sera déterminant pour dessiner l'avenir du DRAD.

Partenaires de la Chaire Territoires en Transition



IMPACT

août 2023 • Design : Grenoble Ecole de Management t • Crédits photos : Getty Images



**GRENOBLE
ECOLE DE
MANAGEMENT**

BUSINESS LAB FOR SOCIETY

univ. Grenoble Alpes

 CC3 GRENOBLE

12, rue Pierre Sémard
38 000 Grenoble - France
+33 4 76 70 60 60
info@grenoble-em.com
183 avenue Jean Lolive
93500 Pantin - France

grenoble-em.com



FOUNDING MEMBER
GIANT
INNOVATION CAMPUS