

Date de notification :

CONVENTION
AU TITRE DE LA SECTION V DU BUDGET DE LA CNSA
APPEL A PROJETS THEMATIQUE 2017

ENTRE

d'une part,

La **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie**,

dont le siège social est situé 66 avenue du Maine - 75382 Paris cedex 14,
représentée par sa directrice, **Madame Anne BURSTIN**

N° de SIRET : **180 092 561 00026**, APE : **8430 C**

STATUT JURIDIQUE : Établissement Public à Caractère Administratif

Ci-après désignée « la **CNSA** »

ET

d'autre part,

Le **Département du Haut-Rhin**

dont le siège social est situé 100 avenue d'Alsace – BP 20351 – 68006 COLMAR CEDEX
représenté par sa Présidente, Madame Brigitte KLINKERT, dûment habilitée par
délibération de la Commission permanente en date du 8 décembre 2017

N° SIRET : 226800019 00227, NAF : 84.11Z

STATUT JURIDIQUE : Administration publique générale

Ci-après désigné « le **porteur de projet** »

Vu l'article L. 14-10-5 V du code de l'action sociale et des familles ;

Vu l'appel à projets thématique du 6 mars 2017 intitulé "Et nos voisins européens, comment font-ils ?" ;

Vu la décision attributive de subvention "Appel à projets thématique 2017" n° 17-089 du 22 septembre 2017 ;

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

PRÉAMBULE

La CNSA a lancé le 6 mars 2017 un appel à projets pour des missions d'études et d'observation des pratiques d'accompagnement des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie en Europe, intitulé « *Et nos voisins européens, comment font-ils ?* ».

Cet appel à projets vise trois objectifs :

- améliorer les connaissances sur les politiques, dispositifs, outils et pratiques d'accompagnement ;
- questionner nos pratiques nationales ;
- identifier des pratiques inspirantes pour les expérimenter et envisager un éventuel transfert.

Au terme de cet appel à projets, la CNSA a décidé de soutenir le projet déposé par le Département du Haut-Rhin sur la thématique concernant les organisations territoriales pour le maintien à domicile de personnes **très dépendantes**.

ARTICLE 1. OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de préciser les modalités de la contribution financière de la CNSA au projet intitulé « Vers de nouveaux modèles intégrés et innovants d'organisation territoriale pour le maintien à domicile : l'apport des expériences basque et danoise », conduit par le porteur de projet et décrit dans l'annexe technique jointe à la présente convention (cf. annexe 1).

ARTICLE 2. DURÉE

La présente convention est conclue pour une durée de 18 mois à compter du 20 octobre 2017, nonobstant la date de signature de la convention.

ARTICLE 3. ENGAGEMENT DE LA CNSA

La CNSA s'engage à verser au porteur de projet une subvention représentant un pourcentage fixé à 29 % du montant total réel du projet, et ce dans la limite de 35 000 euros correspondant à 29 % du budget prévisionnel figurant à l'annexe 2 de la présente convention.

Le pourcentage de 29 % est par principe non révisable, excepté dans les deux cas suivants :

- les dépenses réelles subventionnables s'avèrent inférieures aux dépenses prévisionnelles et l'ensemble des financements excède les dépenses subventionnables. La CNSA réajuste alors son taux de participation à la baisse en vue de supprimer l'excédent de financement. Ce nouveau taux s'applique aux dépenses réelles subventionnables ;
- un ou plusieurs financeurs s'avèrent défaillants pour tout ou partie de leur contribution, la CNSA peut alors réviser son taux de participation dans la limite de 80%. L'application du nouveau taux aux dépenses réelles subventionnables ne peut se traduire par un versement supérieur à 35 000 euros.

Le porteur de projet doit aviser la CNSA de toute modification du budget du projet (en recettes ou en dépenses).

ARTICLE 4. ENGAGEMENT DU PORTEUR DE PROJET

Le porteur du projet s'engage à :

- remettre à la CNSA, au plus tard le 15 avril 2018, un exemplaire du rapport intermédiaire sur le projet, selon le plan type décrit à l'annexe 5 de la présente convention ;
- remettre à la CNSA, au plus tard le 10 septembre 2018, un exemplaire du rapport final d'observation et de recommandation selon le plan type décrit à l'annexe 5 de la présente convention ainsi qu'une note de synthèse de 2 pages ;
- remettre, s'il le souhaite, un projet de rapport final pour avis à la CNSA avant ce délai ;

- venir présenter les résultats de l'étude à la CNSA, lors du séminaire de restitution prévu dans l'appel à projets ;
- informer de façon expresse la CNSA de tout retard pris dans l'exécution du projet ;
- informer au préalable la CNSA, qui pourra s'y opposer, des modifications intervenant dans les conditions (techniques et financières) de la réalisation du projet ;
- faciliter, à tout moment, le contrôle par la CNSA, ainsi que pour toute personne mandatée par elle, de la réalisation du projet, par lui-même ou son/ses prestataire(s) notamment par l'accès à toutes les pièces justificatives de dépenses effectuées relatives au projet faisant l'objet de la présente convention ;
- remettre à la CNSA, à la fin de la durée de la convention un compte rendu financier, daté et signé, retraçant les ressources et les recettes effectivement affectées au projet (document type à l'annexe 3) ;
- informer la CNSA de toute modification relative à son organisation institutionnelle (compétences, membres du conseil départemental...);
- ne pas redistribuer sous forme de subvention à des tiers la subvention versée par la CNSA, sauf autorisation expresse et préalable de la caisse visée par son contrôleur financier.

Les rapports devront être envoyés en format papier et électronique à la direction scientifique de la CNSA : innovation2017@cnsa.fr.

Si les délais impératifs d'envoi de ces documents ne sont pas respectés, le porteur de projet doit justifier le retard par écrit.

ARTICLE 5. DÉMARRAGE DU PROJET

Le porteur du projet s'engage à apporter à la CNSA, à sa demande, toutes les preuves justifiant du démarrage du projet dans les 3 mois à compter de la date de signature de la convention.

À défaut, la CNSA pourra demander la résiliation de la convention et le remboursement du versement déjà effectué conformément à l'article 12 ci-dessous.

ARTICLE 6. MODALITÉS DE PAIEMENT

Le versement de la subvention de la CNSA au porteur de projet sera effectué comme suit :

- un premier versement, à hauteur de 70 % du montant de la subvention, soit 24 500 euros sera versé à la signature de la présente convention ;
- un deuxième versement, correspondant au solde, à hauteur maximum de 10 500 euros, sera versé après réception et validation par la CNSA du compte rendu financier et du rapport final détaillé prévu à l'article 4 de la présente convention au regard du projet présenté à l'annexe 1.

Les versements seront effectués par virement au compte bancaire du porteur figurant à l'annexe 4 selon les procédures comptables en vigueur.

La participation financière de la CNSA vise à couvrir partiellement le besoin de financement du dispositif et ne peut permettre de dégager un excédent.

La subvention octroyée par la CNSA est donc susceptible d'être réduite par application du taux de subvention visé à l'article 3 de la convention, ou de faire l'objet d'une demande de remboursement, après prise en compte des dépenses subventionnables effectives de l'action menée et du montant des ressources constatées telles que résultant du compte rendu financier, ainsi qu'en cas d'utilisation de la subvention à d'autres fins que celles prévues initialement et inscrites à la présente convention.

Le porteur du projet assume l'entière responsabilité juridique et financière de l'utilisation de ces fonds. Il s'engage à fournir à la CNSA, à sa demande, toutes pièces justificatives des dépenses réalisées dans le cadre de la présente convention.

L'ordonnateur de la dépense est la Directrice de la CNSA.

Le comptable assignataire de la dépense est l'Agent comptable de la CNSA.

ARTICLE 7. MENTION DU SOUTIEN DE LA CNSA

Le porteur de projet s'engage à faire mention de la participation de la CNSA sur tout support de communication et dans ses relations avec les tiers relatives à l'objet de la présente convention.

Toutefois, cette mention de la participation de la caisse n'implique pas automatiquement l'utilisation du logo de la CNSA. En effet, l'utilisation du logo de la CNSA sur les documents liés au projet n'est possible qu'après validation formelle par la CNSA du contenu dudit document.

La CNSA se réserve le droit de refuser que son logo soit utilisé ou que la mention de sa participation soit citée.

Si la mention du logo de la CNSA est acceptée, le logo sera fourni par la direction de la communication qui validera sa bonne utilisation avant impression.

ARTICLE 8. PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

Le porteur de projet détient la propriété intellectuelle des travaux mentionnés à l'article 4 de la présente convention. Il autorise la CNSA à diffuser le rapport final d'observation et de recommandation et la note de synthèse, réalisés à titre gracieux, notamment sur son site internet et sur l'extranet réservé aux membres de son conseil scientifique.

ARTICLE 9. SÉCURITÉ ET CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES

Le porteur du projet s'engage à faire respecter les obligations de sécurité et de confidentialité des données par toute personne intervenant dans le recueil ou le traitement de l'information conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, notamment de demander l'autorisation de la CNIL pour le traitement des données indirectement nominatives relatives à l'état de santé. Le porteur s'engage, si son projet le justifie, à demander l'avis d'un Comité de protection des personnes, l'avis du Comité consultatif pour le traitement informatique en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) en amont de la demande d'autorisation de la CNIL.

ARTICLE 10. RESPONSABILITÉ TECHNIQUE

Le travail du porteur de projet est réalisé sous la responsabilité de Christian FISCHER, Directeur de l'Autonomie.

Au sein de la CNSA, le projet est suivi par la Direction scientifique.

ARTICLE 11. MODIFICATION DE LA CONVENTION

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention, définies d'un commun accord entre les parties, fera l'objet d'un avenant, à l'exception de la modification des délais de transmission des documents prévus à l'article 4, sous réserve d'accord de la CNSA. L'avenant, ainsi que la demande de modification des délais de transmission, devront impérativement intervenir avant la fin de la présente convention.

ARTICLE 12. SANCTION ET RÉSILIATION DE LA CONVENTION

En cas de non-respect par l'une des parties de l'une de ses obligations résultant de la présente convention, celle-ci pourra être résiliée de plein droit par l'autre partie, à l'expiration d'un délai de deux mois suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception valant mise en demeure de se conformer aux obligations contractuelles et restée infructueuse. Dans ce cas, la CNSA pourra réclamer le remboursement de toute ou partie des sommes versées au porteur de projet au titre de la présente convention.

La non-production de documents et fichiers mentionnés à l'article 4 de la convention ou de justificatifs financiers réclamés par la CNSA justifiera la restitution par le porteur de projet de tout ou partie de la subvention versée.

ARTICLE 13. LITIGES

Les litiges survenant du fait de l'exécution de la présente convention, à défaut d'accord amiable intervenu entre les parties, seront portés devant le Tribunal Administratif territorialement compétent.

ARTICLE 14. ANNEXES

Les annexes font partie intégrante de la convention.

Annexe 1 : Annexe technique décrivant le projet subventionné.

Annexe 2 : Budget prévisionnel et état prévisionnel des emplois rémunérés au titre de l'action financée.

Annexe 3 : Compte rendu financier type et l'état des emplois rémunérés au titre de l'action financée.

Annexe 4 : Relevé d'identité bancaire ou postal (original)

Annexe 5 : Plan type pour les rapports intermédiaire et final

Fait en deux exemplaires originaux à Paris, le

Pour la CNSA :
La directrice

Pour le Département du Haut-Rhin :
La Présidente

Anne BURSTIN

Brigitte KLINKERT

Annexe 1
Annexe technique décrivant le projet

Innovation 2017 : Et nos voisins européens, comment font-ils ?
CANDIDATURE DEPARTEMENT DU HAUT-RHIN
Vers de nouveaux modèles intégrés et innovants d'organisation territoriale pour le maintien à domicile : l'apport des expériences basques et danoises

1. Résumé du projet

Ce projet porte sur les organisations territoriales pour le maintien à domicile de personnes très dépendantes, pour travailler sur de nouvelles modalités d'accompagnement s'appuyant sur les expertises et ressources disponibles pour renforcer la coordination des acteurs en présence.

Le vieillissement de la population se traduit non seulement par un accroissement du nombre de personnes âgées, mais aussi par la multiplication des poly-pathologies, combinée à une demande sociale forte en faveur du maintien à domicile. Ces évolutions poussent à repenser les modalités de prise en charge, en proposant des solutions alternatives et innovantes, entre l'EHPAD et le maintien à domicile, basées sur la coopération entre acteurs médicaux, sanitaires et médico-sociaux pour développer une offre globale dans une logique de parcours de soins et de vie. Les outils et usages du numérique sont un levier majeur d'évolution, cependant, leur développement ne va pas de soi. L'acceptation et l'appropriation par les professionnels et par les usagers n'est pas toujours évidente.

Le Pays Basque espagnol et le Sud Danemark ont été retenus pour cette observation, pour les approches transversales globales innovantes mises en œuvre. La mission d'étude permettra d'identifier les meilleures pratiques pour assurer la continuité des parcours, les prérequis nécessaires, les obstacles rencontrés ainsi que les leviers du changement, de mettre en exergue les bénéfices attendus et de déterminer le territoire optimal pour un déploiement. Les principaux items d'étude porteront sur l'organisation à déployer (gouvernance, gestion et accompagnement du changement), l'adhésion des professionnels et des usagers, l'évolution des pratiques professionnelles, les outils TIC supports nécessaires, la viabilité et la soutenabilité des modèles.

2. L'initiative du projet :

Porteur de projet : le Département du Haut-Rhin (CD68)

Dès 2009, le CD68 a développé et expérimenté la méthode MAIA, pour simplifier le parcours de l'usager, faciliter les mises en relation avec les professionnels pertinents et améliorer globalement le service proposé. Dans ce cadre, le Département et l'ARS ont développé différents outils : Via Trajectoire Personnes Agées (pour faciliter l'inscription en ligne en EHPAD), Via Trajectoire Personnes Handicapées (pour un meilleur suivi de l'effectivité des orientations). Par ailleurs, dans le cadre de l'implantation du guichet intégré, un formulaire d'analyse multidimensionnelle a été mis en place pour identifier les besoins au-delà de la demande exprimée lors du premier accueil, téléphonique ou physique. Il est adossé à un système d'information qui permet une orientation responsable vers le service compétent. Pour cette initiative, le CD68 a été l'un des 6 finalistes du Prix Européen pour l'Innovation dans l'Administration Publique, en 2012. (<https://vimeo.com/58896337>).

Depuis 2016, en lien étroit avec l'ARS Grand Est, qui en assure le financement, le Département expérimente un outil TIC d'information et de coordination entre les différents intervenants au domicile de personnes dépendantes, baptisé SICODOM. Il permet un meilleur partage d'informations, une réactivité accrue et améliore la qualité du service rendu à l'usager, en optimisant les ressources et en améliorant les conditions du maintien à domicile. Cet outil permet notamment aux différents intervenants (médecin, infirmier, kiné, SAAD...) de poster en direct des messages sur l'évolution de l'état de santé de la personne, des photos et autres documents ou encore de partager un agenda électronique pour coordonner leurs interventions. Par ailleurs, un système d'alerte a été mis en place à destination de tous les intervenants, en cas d'incident grave ou de dégradation de l'état de santé (hospitalisation, modification brutale de l'état de santé, modification thérapeutique...). L'expérimentation a été développée dans le cadre d'un processus itératif, en fonction des besoins remontés par les acteurs de terrain. Début 2017, cet outil est entré dans une

phase de déploiement géographique. A ce jour, près de 500 professionnels sont intégrés dans le dispositif. Plus de 1 500 messages concernant 250 patients ont été échangés. L'année 2017 sera également consacrée au développement des liens avec le milieu hospitalier, (notamment les urgences), pour améliorer le lien « ville/hôpital », ainsi qu'à la question de l'ouverture aux aidants.

Le déploiement de l'outil se fera également en lien avec la mise en place des plateformes territoriales d'appui (PTA), point de contact unique pour apporter une réponse aux médecins dans la prise en charge de situations particulièrement lourdes. Pour assurer leur rôle d'information, d'orientation mais aussi de coordination, celles-ci auront besoin de s'appuyer sur des outils de partage d'information.

Enfin, au printemps 2016, le CD68, avec ses homologues du Bas-Rhin et de la Moselle, ont déposé une candidature commune dans le cadre du Partenariat Européen pour l'Innovation sur le Vieillissement Actif et en bonne santé (PEI). Celle-ci a été retenue par les instances européennes et les Départements ont été labellisés site de référence. Le PEI est une nouvelle forme de coopération lancée par la Commission européenne, qui associe des acteurs d'horizons socio-professionnels différents, pour répondre à des défis sociétaux en créant de nouvelles formes de collaborations entre les niveaux local, national et européen, pour promouvoir le développement et le déploiement plus rapide et efficace de solutions innovantes, améliorer la qualité de vie des seniors en Europe et prolonger leur vie en bonne santé de deux ans en moyenne d'ici 2020. Dans ce cadre, le Haut-Rhin participe aux travaux d'un groupe de travail dédié à l'intégration des parcours de soins.

Ces initiatives témoignent de la priorité donnée à la coordination des différents acteurs de la prise en charge de la dépendance. Même si le territoire haut-rhinois est bien doté en offre (nombre de places en établissements, de professionnels médicaux et médico-sociaux...), le fonctionnement n'est pas encore optimal et développer encore la coordination reste une nécessité.

C'est pourquoi, dans le cadre de cet appel à projet, le choix s'est porté sur la thématique 5 « les organisations territoriales pour le maintien à domicile de personnes très dépendantes », pour travailler sur des nouvelles modalités d'accompagnement s'appuyant sur les différentes expertises et ressources disponibles. Le Département a souhaité associer les partenaires suivants à cette démarche (la plupart d'entre eux étant des partenaires habituels du Département), apportant chacun une expertise et un regard spécifique et complémentaire.

Partenaire institutionnel : l'Agence Régionale de Santé Grand Est (ARS)

L'ARS, en charge du pilotage et de la mise en œuvre de la politique de santé, ainsi que de la régulation de l'offre sanitaire et médico-sociale, intervient en matière de prévention, de veille sanitaire, d'organisation et d'animation de la politique santé.

L'un des axes principaux du Projet Régional de Santé (PRS) Alsace 2012/2017 était d'organiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour favoriser l'autonomie des personnes dépendantes et en situation de fragilité et le maintien à domicile, en travaillant à la mise en place d'actions de prévention, en développant l'aide aux aidants et en facilitant la coordination et la continuité des interventions au domicile. Cet axe s'est traduit dans le Haut-Rhin par la mise en place de SICODOM.

L'évaluation du PRS, rendue en février 2017, souligne l'importance de :

- l'approche partenariale et transversale pour mettre en relation les secteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social autour d'une réflexion et d'actions portant sur la trajectoire globale des usagers ;
- la coordination des multiples acteurs spécialisés intervenant autour de l'utilisateur, pour pouvoir fournir le bon soin dans la structure adaptée, au bon moment dans le cadre de trajectoires personnalisées ;
- l'implication des acteurs en proximité pour inscrire la trajectoire des usagers sur leur territoire et au plus proche de leur lieu de vie.

Elle met l'accent sur l'intérêt de développer une approche en termes de parcours de vie et pas seulement de parcours de soins, et la nécessité de décloisonner les secteurs du soin, du médico-social et de la prévention.

Pour la prochaine période, les calendriers du schéma départemental de l'autonomie et du PRS seront alignés (2018/2022), ce qui facilitera les synergies et complémentarités.

Partenaire académique : le Bureau d'Economie Théorique et Appliquée (BETA) de l'Université de Strasbourg.

Le choix a été fait de s'appuyer sur des compétences académiques dans le domaine des sciences de gestion et sciences de l'organisation. C'est le BETA qui participe au projet. Cette unité mixte de recherche (UMR) est à la fois rattachée à l'Université de Strasbourg, de Lorraine et au CNRS. Le laboratoire, créé en 1972 et associé au CNRS depuis 1985, couvre un large éventail d'activités (aspects fondamentaux et applications). Il réunit une centaine de permanents (professeurs, directeurs et chargés de recherche, maîtres de conférences, ingénieurs et techniciens...), environ 50 doctorants et autant de non-permanents (membres associés et post-doctorants).

L'enseignant chercheur qui prendra part au projet est Jérémy PICOT, maître de conférences en Sciences Economiques à l'IUT Robert Schuman (Université de Strasbourg) et Directeur des études du département information communication.

Membre de la chaire UNESCO pratiques journalistiques et médiatiques, il a une approche pluridisciplinaire des travaux de recherche qu'il entreprend. Il peut tout à la fois être théoricien et modélisateur et faire de la recherche appliquée dans des domaines tels que l'économie sociale et solidaire, l'économie de la santé ou les sciences de l'information et de la communication. Il collabore régulièrement avec des chercheurs français et étrangers (mathématiciens, sociologues, médecins, linguistes, spécialistes de l'information communication, etc...).

Outre des publications scientifiques de haut niveau, M. Picot a notamment participé récemment à deux programmes d'études, en tant que conseiller scientifique. Il a entièrement réalisé la collecte et le croisement de données issues de la statistique publique afin d'aboutir à la réalisation de l'Observatoire Cap retraite 2017: *L'hôpital face au vieillissement de la population française : Analyse à l'échelle nationale, régionale et départementale*. Il a participé à l'analyse de données d'enquêtes pour le Baromètre perte d'autonomie 2016 de l'OCIRP. Ces deux publications ont eu des retombées médiatiques auprès de la presse locale et nationale.

M. Picot mettra à profit ses compétences du point de vue technique, par la mise en place d'outils statistiques et du point de vue socio-économique, grâce à sa connaissance de la problématique de la prise en charge de la perte d'autonomie et des parcours de soins des personnes âgées, pour enrichir, valoriser et diffuser les résultats des travaux menés dans le cadre de ce projet. Les enseignements qu'il assure auprès d'un public de non spécialistes à l'IUT lui permettent de conserver un discours adapté à son public.

Par ailleurs, l'un des partenaires européens est le Dr. Lars KAYSER, chercheur à l'Université de Copenhague, qui, avec plusieurs confères et partenaires, a participé à divers projets européens sur les questions de prise en charge de la dépendance et a développé un nouveau modèle de soins intégrés, nommé « Epital Care Model », centré sur l'utilisateur et basé sur l'utilisation des nouvelles technologies.

Enfin, le projet bénéficiera également de l'appui scientifique du Dr Wouter KEIJSER, de l'Université de Twente aux Pays-Bas, chercheur et expert en innovation / transformation des systèmes de soins et de santé, qui a notamment travaillé sur les questions de déploiement de solutions reposant sur des technologies de l'information et de la communication.

Partenaire(s) du milieu médico-social : le Service d'Aide à Domicile (SAAD) d'APAMAD

L'APA, Association Haut-Rhinoise d'Aide aux Personnes Agées, créée en 1947, intervient auprès des personnes les plus fragiles ou les plus isolées. Elle est un acteur reconnu dans l'accompagnement des personnes âgées et/ou en situation de handicap et de leur famille. Elle contribue à l'évolution du secteur médico-social en s'adaptant aux besoins et attentes de la population. En 2008, pour s'adapter aux évolutions de son environnement, l'APA a scindé son activité en deux associations : APAMAD et APALIB'.

APAMAD, l'Association Pour l'Accompagnement et le Maintien A Domicile, gère :

- un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- un service de livraison de repas ;
- un service d'accueils de jour autonomes de 119 places autorisées sur huit sites ;
- trois plateformes d'accompagnement et de répit des aidants familiaux ;
- un service de protection juridique des majeurs ;
- un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

Le SAAD, qui bénéficie d'une autorisation du Conseil départemental depuis 2004, organisé pour intervenir sur l'ensemble du département haut-rhinois, 7 jours sur 7, et 24 heures sur 24. Un service de garde itinérante de nuit, « Le Fanal », a par ailleurs été créé il y a déjà 20 ans, afin de répondre aux besoins d'accompagnement de nos bénéficiaires le soir et la nuit. Le service assure une couverture complète du territoire haut-rhinois, et intervient ainsi aussi bien dans des centres urbains que dans des zones plus reculées. Les activités sont organisées selon les publics (aide aux tâches ménagères, actes essentiels de la vie quotidienne, stimulation, accompagnement à la vie sociale...).

Des professionnels qualifiés et diplômés soutiennent les personnes fragilisées par l'âge, la maladie ou le handicap dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (entretien du logement et du linge, aide à la toilette et à l'habillage, aux courses et déplacements, ...), dans le cadre d'un accompagnement individualisé. Ils assurent également un rôle de veille et favorisent la coordination avec les autres professionnels intervenant à domicile (aides-soignantes, infirmières, médecins, kinésithérapeutes, ...).

Afin de privilégier la proximité, les équipes administratives sont présentes sur 9 implantations à travers le Haut-Rhin (Ribeauvillé / Colmar et Neuf-Brisach / Munster / Sultz / Thann / Wittenheim / Mulhouse / Altkirch / Saint-Louis). Elles se déplacent au domicile des clients pour évaluer leurs besoins et les accompagner dans leur démarche.

Mme Camille LANDWERLIN, chargée de mission, participera au projet, avec l'appui de son directeur, Matthieu DOMAS.

Deux EHPAD :

Le Centre Départemental de Repos et de Soins de Colmar (CDRS)

Le CDRS un établissement public de santé de 630 lits, à forte connotation médico-sociale, avec une activité majoritairement dédiée à la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Dans le domaine de la gériatrie, l'établissement dispose d'une filière médico-sociale relativement complète avec un EHPAD, un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), une unité Alzheimer sécurisée et également une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR). Dans celui du handicap, le CDRS prend en charge des résidents à partir de 20 ans et dispose d'une Maison d'Accueil Spécialisé (MAS), d'un Foyer Accueil Médicalisé (FAM), d'un Foyer d'Accueil Spécialisé (FAS) et d'unités Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV).

Le CDRS est un des trois acteurs de référence de la gériatrie sur le territoire Colmarien et de manière plus large sur le territoire du Groupement Hospitalier de Territoire de Centre Alsace.

L'établissement copilote la filière gériatrie dans le cadre de ce GHT et pilote directement la filière handicap et la filière consultations avancées, base de développement de la télémédecine.

Le CDRS a développé une activité de télémédecine depuis plusieurs années, documentée dans plusieurs articles médicaux et dans une thèse d'un doctorant en médecine. Cette activité est tournée en direction du réseau d'EHPAD animé par les médecins du CDRS, qui occupent des fonctions de coordination dans ces établissements et vers des structures prenant en charge des situations de handicap.

Le projet d'établissement 2018-2022, en cours d'élaboration, s'appuiera sur la notion de parcours de la personne âgée et de la personne en situation de handicap pour construire le volet médical du projet. Les notions d'ouverture sur l'extérieur et de décloisonnement seront deux principes qui guideront la réflexion autour de la rédaction du volet médical du projet d'établissement.

Le Dr CARNEIN, chef du pôle gériatrie et médecine en situation de handicap, participera à cette démarche d'analyse, avec le soutien du directeur du CDRS, Nicolas DUBUY.

La Roselière à Kunheim :

L'établissement, créé en 1993, se situe en milieu rural dans une commune de 1.818 habitants, à proximité de l'Allemagne (2 km). L'initiative de la construction revient à 27 communes des cantons d'Andolsheim et de Neuf-Brisach. Actuellement 35 communes sont partenaires de la maison de retraite. Les capacités autorisées sont de 100 lits en accueil définitif, dont 26 lits en section protégée, 15 lits en accueil temporaire et 12 places en accueil de jour.

La maison de retraite bénéficie de la présence d'un médecin à temps plein, de 2 kinésithérapeutes, d'une ergothérapeute, de 10 infirmières et de 32 aides-soignantes. 94 % des personnes hébergées relèvent des GIR de 1 à 4. Les résidents de l'établissement sont majoritairement issus des communes environnantes, avec en corrélation une nécessité de maillage la plus fine possible de l'ensemble des professionnels de santé du territoire.

La structure a toujours eu recours aux nouvelles technologies avec une recherche de déficiences des moyens humains, matériels et financiers. Elle adhère à l'association GERIATHANDICAP'IMAGE qui met en œuvre un programme de télémédecine (collaboration avec le CDRS notamment).

Représentant des usagers : un membre du Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA)

Comme le prévoit la loi de décembre 2015, le CDCA sera prochainement mis en place dans le Haut-Rhin. La séance d'installation est prévue en octobre 2017, mais le collège des usagers est déjà constitué. La nomination du participant se fera à l'occasion de cette première réunion. Associer un membre du CDCA à ce projet s'inscrit dans la volonté de co-construction d'une politique territoriale concertée, répondant au mieux aux attentes des usagers et de leurs proches. Ce regard sera particulièrement intéressant, notamment sur les questions d'acceptation de nouveaux dispositifs d'aide (dont outils connectés, télémédecine...) et d'adhésion à une logique de parcours de vie, où la personne dépendante est elle-même un acteur clé de son parcours.

3. Le projet de mission d'étude :

Au regard des initiatives déjà menées et de la dynamique enclenchée sur le territoire, les partenaires ont choisi la thématique 5 « les organisations territoriales pour le maintien à domicile de personnes très dépendantes », pour travailler sur des nouvelles modalités d'accompagnement de la dépendance s'appuyant sur les différentes expertises et ressources disponibles et renforcer encore davantage la coordination entre les différents acteurs en présence.

Contexte :

Selon les projections de l'INSEE, en 2030, près du quart de la population du Grand Est sera âgée de 65 ans ou plus. Ce vieillissement sera plus marqué dans les deux départements d'Alsace, ainsi qu'en Moselle (de +1,66 % à +1,34 %). Par ailleurs, à compter de 2031, avec l'arrivée aux grands âges des générations nombreuses du baby-boom, la population de 85 ans ou plus devrait connaître une hausse plus accentuée avec une évolution de 5,2 % en moyenne par an sur la période 2031-2040. La consommation de soins des personnes âgées de plus de 75 ans a, quant à elle, augmenté de 6,8% entre 2011 et 2015.

Dans le Haut-Rhin, à l'heure actuelle, 23 % de la population est âgée de 60 ans et plus, dont 8 % de plus de 75 ans. Entre 2011 et 2021 la part des 60 ans et plus progressera de 27 %. Les personnes âgées et dépendantes vivent principalement dans les 2 agglomérations de Mulhouse et Colmar, mais certaines vallées rurales sont particulièrement vieillissantes (Thann, Munster, Kaysersberg, Ste Marie aux Mines). Entre 2011 et 2021, la population dépendante augmentera de 9 % et l'indice de vieillissement passera de 65 en 2008 à 90 en 2021 (= nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans). Le taux d'équipement départemental en place pour personnes âgées dépendantes est de 105,6 / 1 000 hab. de 75 ans et plus (contre 102,5 en moyenne nationale) et les taux d'équipement en accueil de jour = 3,3 places / 1 000 (contre 2,2 en moyenne nationale), ce qui en fait un département plutôt bien doté. Pour autant, les projections faites par l'observatoire Cap Retraite soulignent l'ampleur du vieillissement dans le département d'ici une quinzaine d'années : l'augmentation attendue en 2030 est de +37 % pour les 75 ans et plus (soit 89 702 personnes contre 65 577 en 2015). D'ici 15 ans, le nombre annuel de consultations d'urgence de personnes âgées, devrait atteindre 27 786 et le nombre d'hospitalisations 67 146.

Cette évolution démographique s'accompagne de mutations économiques, sociales et sociologiques, qui poussent à repenser les modalités de prise en charge de la dépendance.

Avec l'urbanisation et les difficultés pour les jeunes générations à trouver un emploi, il est difficile pour les familles de prendre en charge leurs aînés. Le risque d'isolement et de précarisation s'accroît, en particulier pour ceux habitant en zone rurale. De plus, l'augmentation en nombre s'accompagne d'une multiplication des poly-pathologies et de l'accroissement de certaines maladies liées à l'avancée en âge.

Ces 2 évolutions parallèles posent la question de la soutenabilité financière du système de santé, de l'aménagement du territoire et de l'évolution de l'offre de santé et d'accompagnement, avec une demande sociale forte en faveur du maintien à domicile. Les usagers sont de plus en plus demandeurs de réponses inclusives et personnalisées, reflétant leur souhait de rester, autant que possible, actifs et intégrés dans la société. Par ailleurs, des solutions « intermédiaires » ou « alternatives », entre l'EHPAD et le maintien à domicile apparaissent, notamment sous forme de résidences collectives plus ou moins médicalisées.

Ceci pousse à imaginer de nouvelles coopérations entre établissements d'accueil et acteurs du maintien à domicile, voire plus largement entre les différents acteurs du monde médical, sanitaire et médico-social, pour proposer des dispositifs innovants de prise en charge.

En résumé, l'enjeu identifié est d'arriver à faire évoluer l'offre globale sanitaire et médico-sociale pour répondre à une logique de parcours, de soins et de vie, combinant développement des actions de prévention (pour éviter/réduire la perte d'autonomie), efficacité et pertinence de l'accompagnement proposé et promotion de l'inclusion sociale et de la citoyenneté de l'utilisateur. Ceci suppose un renforcement de la coordination des réponses apportées sur les territoires, alliant l'ensemble des acteurs du parcours (décloisonnement).

Les outils et les usages du numérique seront un levier majeur d'évolution. Ils permettent de s'affranchir des distances, d'assurer la traçabilité de l'accompagnement, d'être réactif grâce à des

échanges instantanés d'information, dans le cadre d'une approche plus collaborative et partagée. Cependant, leur développement ne va pas de soi, du point de vue de l'acceptation et de l'appropriation par les professionnels et par les usagers.

Au regard des initiatives dont nous avons connaissance dans le cadre du Partenariat Européen pour l'Innovation sur le Vieillessement Actif, nous avons identifié deux territoires ayant développé une approche territoriale globale transversale et innovante.

Objectifs et projet de feuille de route :

L'objectif de la mission d'observation est de pouvoir étudier plus précisément les initiatives innovantes mises en place au Pays Basque espagnol et au Danemark du Sud. Vous trouverez ci-après un résumé des projets mis en œuvre dans ces deux territoires.

Le 1^{er} objectif est un objectif de connaissance : identifier les pré-requis nécessaires au déploiement de telles démarches (partenariat à mobiliser, infrastructures techniques à prévoir), mais aussi les freins et les facteurs incitatifs (conditions de réussite).

Il s'agira dans un second temps, en fonction des enseignements tirés et en lien avec la préparation du nouveau schéma de l'autonomie, du nouveau cadre d'orientation stratégique (COS) et du PRS, de la mise en place du CDCA et du déploiement des actions de prévention, d'entrer dans une phase plus opérationnelle de transférabilité et de mobiliser les ressources existantes, tant au niveau des EHPAD, qui ont vocation à s'ouvrir, que des acteurs intervenant à domicile, dans une démarche de territoire, et avec une approche globale autour de la notion de parcours.

Les initiatives développées au Pays Basque et au Danemark proposent une approche holistique globale, plaçant le patient au centre du dispositif dans une logique de parcours de vie, pour proposer une réponse adaptée à chaque stade.

Ces démarches se rapprochent de la logique de mise en place des PTA, visant à une meilleure organisation des soins au profit du patient (information et orientation des professionnels pour répondre aux besoins des patients, appui à l'organisation de parcours complexes, soutien aux pratiques et initiatives de coordination) et des grands objectifs du COS 2018/2027.

Les nouveaux schémas en cours d'élaboration au niveau du Département (schéma départemental de l'autonomie 2018-2022) et de l'ARS (COQ 2017/2028 et PRS 2018-2022) prennent en compte les évolutions technologiques, thérapeutiques et organisationnelles, ainsi que leur impact, sur l'offre de santé et sur la demande sociale (prévalence du maintien à domicile, possibilités de suivi à distance, concentration de l'expertise et des équipements de pointe dans quelques centres spécialisés, développement de l'offre de soin de proximité et des établissements de premier recours, évolution des métiers et des compétences).

Dans un souci d'amélioration de la qualité du service apporté aux personnes dépendantes, une approche globale est privilégiée pour faciliter le lien ville/hôpital ou encore les complémentarités entre établissements d'accueil et acteurs du maintien à domicile. Elle vise aussi à faire de l'utilisateur/du patient, un citoyen acteur de sa santé et de son parcours.

L'évolution des modes de prise en charge conduit nécessairement à repenser les modes d'organisation des acteurs en présence, ainsi que les outils utilisés, notamment en matière de coordination et à travailler sur les questions d'acceptation et d'adhésion, tant des professionnels (santé et médico-social), que des usagers et de leurs familles.

La mission d'observation au Pays Basque espagnol et au Danemark, aura pour but :

- d'identifier les meilleures pratiques pour assurer la continuité des parcours des personnes (et non des soins), pour développer la prévention et la participation active des usagers ;

- d'identifier les prérequis nécessaires au déploiement et les étapes à prévoir ;
- d'identifier les obstacles et freins rencontrés, les solutions trouvées pour y remédier afin d'anticiper les difficultés possibles pour un transfert et les leviers du changement (décloisonnement, gouvernance renouvelée, formation des différents acteurs concernés...);
- de mettre en exergue les bénéfices attendus au niveau individuel (usager) et collectif (organisation des parcours, économies...);
- de déterminer le périmètre géographique optimal pour un tel déploiement.

In fine, il s'agira de pouvoir proposer des pistes d'amélioration des systèmes de suivi et de prise en charge par une coordination accrue et une plus grande synergie entre les acteurs en présence, tant du maintien à domicile que des structures d'accueil, de soins et d'hébergement.

Les principaux items d'étude porteront sur les thématiques suivantes :

- la gouvernance et la gestion du changement ;
- la stratification des risques et l'inclusion des usagers dans le dispositif ;
- l'adhésion (empowerment) des professionnels et des usagers ;
- les outils TIC supports nécessaires ;
- la soutenabilité économique des modèles.

Les questionnements de la feuille de route :

- 1. Une nouvelle organisation à déployer dans une logique partenariale et de territoire : s'appuyer sur les expertises et savoir-faire existants pour générer une innovation organisationnelle**
 - Comment mobiliser/fédérer les ressources et expertises disponibles sur un territoire pour repenser l'organisation de la prise en charge de la dépendance ?
 - Comment favoriser le décloisonnement entre les secteurs médicaux, sanitaire, médico-sociaux et sociaux mais aussi entre les structures d'accueil et ambulatoires pour développer une approche transversale et assurer un continuum de prise en charge ?
 - Quel est le bon périmètre/territoire ?
- 2. S'appuyer sur des outils TIC et systèmes d'information adaptés**
 - Comment construire de tels outils à partir des besoins des professionnels et des usagers (recueil des besoins, co-construction des outils) ?
 - Quel environnement pour les utilisateurs (complément avec les outils métiers existants, ergonomie, souplesse d'utilisation...) ?
 - Comment faciliter l'appropriation par les utilisateurs (professionnels et usagers) et s'assurer de leur adhésion ?
 - Quel impact sur l'émergence et le développement de nouveaux métiers ?
- 3. Comment faire évoluer les postures, ce que ça implique concrètement**
 - Comment accompagner la mise en place de telles approches auprès des professionnels, les faire adhérer et accompagner l'évolution des pratiques professionnelles ?
 - Comment pousser les EHPAD à devenir, sur leur territoire, de véritables plateformes de service (aller vers un nouveau métier) ? Quels leviers activer ? Comment donner corps au concept d'EHPAD hors les murs ?
 - Quelle place du monde sanitaire dans le maintien à domicile avec l'augmentation du besoin en soins cumulée au vieillissement ?
 - Quel est l'impact de l'éclatement géographique des personnes dépendantes sur les besoins en offre de santé de proximité. (déplacement des professionnels, télémédecine, nouveaux modes d'organisation...) ?
- 4. L'usager**
 - Comment susciter l'adhésion aux solutions innovantes et l'acceptation des NTIC ?
 - Comment impliquer davantage l'usager dans le suivi de son parcours ?

- Comment lui permettre globalement de mieux vivre et de s'insérer dans la société ?

5. La viabilité de ces dispositifs

- Comment mesurer l'impact de ce nouveau mode d'organisation sur l'évolution globale de l'état de santé et le retardement de la perte d'autonomie ?
- Comment déterminer l'échelle territoriale pertinente pour rentabiliser les investissements nécessaires au regard des gains liés à la réduction des placements et hospitalisations ?

Résumé des expérimentations mises en œuvre au Pays Basque et au Danemark du Sud :

L'approche développée au Danemark :

Depuis 2012, ce territoire a développé un nouveau modèle de soins intégré, nommé « Epital Care Model », centré sur l'utilisateur et basé sur l'utilisation des nouvelles technologies.

Le projet s'est déroulé en 3 temps : démonstration du concept en 2012, étude pilote, puis étude de faisabilité de 2013 à 2015, avec un panel de patients (patients atteints d'affections de longue durée/maladies chroniques et patients fragiles).

Il a impliqué de nombreux partenaires : chercheurs de l'université de Copenhague, médecins, institutions et autorités publiques (dont des municipalités), hôpitaux, entreprises...

A l'issue de ce processus itératif, un cadre de développement de solutions visant à permettre une vie la plus autonome possible aux personnes dépendantes a été modélisé. Il comporte 6 échelles, qui mettent en regard l'évolution de l'état de santé des patients, la typologie de soins requis et l'environnement de soins adapté. Ce modèle se veut proactif, préventif et responsabilisant puisque les patients sont pleinement acteurs de leur suivi médical et de leur parcours. Il repose sur différentes structures ressources : un service performant de télé-médecine, un service d'appui technique, un centre d'appel et de coordination, un réseau de pharmacies et un réseau social d'autonomisation.

Un processus d'essaimage est actuellement en cours en Norvège.

L'approche du Pays Basque espagnol :

KRONIKGUNE est un centre de recherche d'excellence international sur la chronicité, qui est impliqué dans de multiples projets européens sur la question de la dépendance et du vieillissement de la population. Ce centre travaille en étroite collaboration avec le service public de la santé du Pays Basque et la fondation basque pour la recherche et l'innovation en matière de santé pour développer des pratiques innovantes de prise en charge de la chronicité, pour favoriser la durabilité des services et systèmes de santé.

Cette structure participe actuellement à 10 projets européens, sur la mise en œuvre de systèmes innovants d'intégration des soins. Les principales thématiques abordées dans ce cadre sont :

- l'analyse des stratégies de promotion de la santé et des modèles d'action ;
- l'élaboration de modèles de stratification de la population et de leur caractère prédictif des besoins à venir ;
- la conception de soins personnalisés (gestion des soins pour les patients à haut risque, programmes de soins collaboratifs pluridisciplinaires intégrés aux patients chroniques) ;
- la soutenabilité économique des modèles ;
- l'intérêt et impact des nouvelles technologies (diagnostic, soutien, suivi, coordination), nouveaux rôles professionnels ;
- les stratégies et méthodes avancées de prise de décision, de transformation organisationnelle et d'innovation.

La composition du groupe : la délégation sera composée de 10 personnes.

Département du Haut-Rhin :

- Christian FISCHER, Directeur de l'Autonomie
- Béatrice LORRAIN, Chef du service et pilote MAIA, en charge du projet SICODOM

- Carole MOCHEL-WIRTH, chargée de mission Europe, en charge du suivi du Partenariat Européen pour l'Innovation sur le Vieillissement Actif

ARS :

- Bruno BOUTTEAU – référent télémédecine – DSI ARS Grand Est ;
- Frédéric TRYNISZEWSKI, médecin mandaté par l'ARS pour développer le projet SICODOM

Université de Strasbourg : Jérémy PICOT, enseignant chercheur au BETA, qui a déjà contribué à plusieurs études/publications sur les questions de santé, de vieillissement et de dépendance

CDCA : 1 représentant du collège des usagers

APAMAD : Camille LANDWERLIN, chargée de mission

Etablissements d'accueil :

- Robert KOHLER, Directeur de l'EHPAD la Roselière à Kunheim
- Dr Stéphane CARNEIN, Chef du service de médecine gériatrique du Centre Départemental de Repos et de Soins à Colmar, référent pour les actions de télémédecine

Par ailleurs, le Dr. Wouter KEIJSER de l'Université de Twente aux Pays-Bas participera également au projet et aux déplacements sur site.

6. Méthodologie de projet :

Structuration du projet

Le projet présenté est structuré en 5 lots de travail (workpackages – WP), détaillés ci-après et comprenant chacun différentes actions. Un diagramme de GANTT est joint en annexe pour préciser le calendrier de réalisation.

Les thématiques et objets de questionnement mentionnés ci-dessus dans le projet de feuille de route seront abordés aux différentes étapes du projet (outils méthodologiques, recueil documentaire, visites sur place, analyses comparative et AFOM, transférabilité, rapport de recommandation).

WP1 coordination, animation et gestion du projet

Calendrier	01/12/2017 au 31/05/2018
Objectifs	Assurer un management efficace et une gestion rigoureuse du projet, animer l'équipe, en impliquant l'ensemble des partenaires locaux.
Approche Démarche	<p>Le CD68, en tant que porteur du projet, prendra en charge la coordination du projet. Il assurera la coordination entre les différents membres du partenariat local et avec les partenaires européens.</p> <p>Le pilotage du projet est assuré en interne par la Direction de l'Autonomie, avec l'appui du Service Prospective et Politique Européenne.</p> <p>Le 1^{er} objectif de ce WP est d'assurer un management de projet efficace, ce qui se traduira par des points d'étapes réguliers du groupe projet. Le deuxième objectif, pour le Département, est de jouer un rôle d'interface entre tous les partenaires, locaux et européens.</p> <p>Les différentes actions prévues sont les suivantes :</p> <p>A. <u>Constitution et animation du groupe, validation des objectifs</u></p> <p>Le groupe projet se réunira une fois par mois. Le Département se chargera de l'organisation, de l'ordre du jour, de l'animation et du compte-rendu. La réunion d'installation permettra de</p>

	<p>faire valider définitivement par tous les objectifs et la feuille de route. Une réunion spécifique sera organisée pour valider le rapport final et les recommandations.</p> <p>B. Répartition des rôles et accord de partenariat Lors de la réunion d'installation du groupe de projet chaque partenaire précisera sa participation et son implication dans les différentes actions. Un accord de partenariat sera élaboré et soumis à la signature des partenaires locaux.</p> <p>C. Etablissement/entretien du réseau partenarial en vue du déplacement Des contacts sont déjà pris avec les deux territoires partenaires. Il s'agira de les développer afin de pouvoir alimenter l'état des lieux documentaire qui servira de base à la préparation des visites sur site. Ce rôle d'interface est assuré par le Département, qui fera régulièrement un point d'avancement aux partenaires.</p> <p>D. Organisation logistique des deux déplacements au Pays Basque espagnol et au Danemark Le programme des deux déplacements sera validé par l'ensemble du groupe projet. Les partenaires européens proposeront un plan de visites et de rencontres, associant les acteurs pertinents de leurs territoires, en fonction des thématiques d'études qui leur ont été communiquées. La logistique du déplacement sera prise en charge par le Département, qui se chargera de l'achat des titres de transport et des réservations d'hébergement (dans le cadre des marchés publics en cours). La durée prévisionnelle de chaque déplacement est de 3 jours. Ces visites sur site devraient avoir lieu en février 2018.</p> <p>E. Préparation des différents rapports et livrables Le Département préparera les trames et 1ers jets des différents rapports et livrables demandés, à savoir : rapport intermédiaire, rapport final d'observation et de recommandation, note de synthèse, rapport financier. Tous les documents seront soumis pour amendements et compléments à l'ensemble des partenaires puis validés et approuvés formellement lors des réunions mensuelles.</p> <p>F. Suivi global de la mise en œuvre du projet, y compris financier Le Département sera garant du suivi de la mise en œuvre et de la réalisation des différentes actions. Il rassemblera l'ensemble des pièces justificatives comptables afin de pouvoir dresser le bilan financier du projet et de rédiger le rapport financier demandé. Il veillera au respect du plan de financement prévisionnel. Il sera également demandé aux partenaires de tenir un outil de suivi de temps afin d'assurer la traçabilité du temps de travail spécifiquement dédié au projet.</p>
Résultats attendus livrables	<p>Rapport intermédiaire Compte-rendu des réunions mensuelles Accord de partenariat Bilan/rapport financier Rapport final d'observation et de recommandations et note de synthèse</p>
Jalons	<p>Réunion d'installation du groupe de projet Adoption de l'accord de partenariat Rapport intermédiaire Rapport final d'observation et de recommandation + note de synthèse Bilan/rapport financier</p>

WP2 : Recueil d'information et observation

Calendrier	01/12/2017 au 28/02/2018
-------------------	--------------------------

Objectifs	Assurer que le groupe se familiarise avec les techniques et méthodologies d'observation sociale, construire les outils d'observation à partir du travail de recueil documentaire qui aura été mené.
Approche Démarche	<p>Ce WP poursuit deux principaux objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dresser un état de l'art des initiatives innovantes menées dans les deux territoires partenaires, à partir d'un travail de recueil documentaire mené en étroite collaboration avec les partenaires basques et danois ; - Elaborer les outils d'observation qui seront utilisés de la mission d'étude, permettre l'appropriation de la méthodologie d'observation sociale par l'ensemble du groupe projet. <p>Jérémy PICOT, enseignant chercheur de l'Université de Strasbourg sera plus particulièrement mobilisé pour ce lot de travail. Le CD68, porteur du projet, en assurera la coordination.</p> <p>Les différentes actions prévues sont les suivantes :</p> <p>A. <u>Formation du groupe à l'observation sociale</u> Le niveau de connaissance et de pratique de l'observation sociale et de ses méthodologies étant variable selon les partenaires, il semble important d'organiser une session de formation afin d'en faciliter l'appropriation et de fournir un socle commun au groupe. Cette formation sera assurée par un cabinet extérieur. Le coût prévisionnel est basé sur une estimation donnée par le cabinet ENEIS, régulièrement sollicité par des collectivités en appui en matière de politiques sociales et sur l'autonomie). Le cahier des charges de la prestation sera préparé par le Département et soumis à la validation des partenaires. L'action de formation pourrait avoir lieu 2^{ème} ou 3^{ème} semaine de janvier 2018.</p> <p>B. <u>Etat de l'art / recueil documentaire</u> Les deux territoires identifiés ont déjà mené et mis en œuvre plusieurs initiatives innovantes basées sur des nouveaux modèles organisationnels de prise en charge des personnes dépendantes, essentiellement basés sur l'utilisation d'outils TIC (télémédecine) et sur les ressources que peuvent apporter les différentes structures existantes (centre de soins de 1ers recours, maisons de retraite...). Ils ont été partenaires ou porteurs de plusieurs projets européens (programmes pour la santé, Horizon 2020, Ambient Assisted Living...). Il s'agira d'identifier les projets les plus pertinents et les enseignements majeurs pour pouvoir affiner les thématiques de questionnement à aborder lors des échanges sur site. Un fond documentaire considérable est donc déjà existant (publications scientifiques, rapports, sites internet, présentations...). Par ailleurs, le Pays Basque comme le Danemark sont déjà engagés dans des processus de transfert de leurs modèles vers d'autres territoires européens.</p> <p>C. <u>Construction et validation des outils</u> Il est proposé de combiner deux types d'outils d'observation sociale : <ul style="list-style-type: none"> - une enquête préalable aux déplacements sur site (questionnaire) - des grilles d'interview et d'entretien pour la rencontre avec les différents acteurs impliqués dans les territoires. Ces outils permettront de faciliter la collecte et le recueil des données, mais aussi de disposer d'éléments comparables pour faciliter le travail d'analyse.</p> <p>D. <u>Réalisation de l'enquête préalable</u> Afin de pouvoir disposer de données quantitatives et qualitatives sur les différentes initiatives menées au Pays Basque et au Danemark, une enquête sous forme de questionnaire sera élaborée et diffusée afin de recueillir des données en amont des déplacements et de pouvoir finaliser les grilles d'entretien en fonction des retours.</p>

	<p>E. <u>Mission d'observation au Pays Basque espagnol</u></p> <p>F. <u>Mission d'observation au Danemark</u></p> <p>La délégation sera composée de 10 participants, qui prendront tous part aux 2 déplacements, d'une durée de 3 jours chacun prévus en février 2018. Le Dr KEIJSER de l'Université de Twente y participera également.</p> <p>Le planning prévisionnel des rencontres sera élaboré en lien étroit avec nos partenaires danois et espagnols, qui associeront les acteurs idoines de leur territoire au regard des thématiques de questionnement retenues.</p> <p>Des temps de capitalisation seront organisés durant les déplacements et seront complétés par une réunion de débriefing au retour du second déplacement.</p>
Résultats attendus Livrables	<p>Cahier des charges de la prestation de formation</p> <p>Etat de l'art documentaire</p> <p>Questionnaire préalable</p> <p>Grilles d'entretiens</p> <p>Relevés de conclusions / actes des rencontres sur place</p>
Jalons	<p>Session de formation à l'observation sociale</p> <p>Validation de l'état de l'art</p> <p>Déplacements au Pays Basque et au Danemark</p>

WP3 : Analyse et discussion

Calendrier	15/01/2017 au 31/05/2018
Objectifs	Analyser les données collectées et retours d'expérience recueillis pour identifier les principaux enseignements à en tirer, élaborer des propositions et recommandations et in fine les potentialités de transférabilité en France et dans le Haut-Rhin.
Approche Démarche	<p>L'objectif est de s'appuyer sur une approche comparative de la prise en charge de la dépendance (organisation, modalités d'aide et d'accompagnement, financement), pour ensuite, et au regard des enseignements tirés des visites d'étude, élaborer des propositions d'évolution à mettre en œuvre sur notre territoire.</p> <p>Ce WP devra permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de réaliser un travail comparatif sur la base des différentes données collectées pour pouvoir réaliser une analyse AFOM des initiatives menées dans les deux territoires européens visités ; - sur cette base de préparer des propositions et recommandations pour faire évoluer le modèle organisationnel actuel de prise en charge en France. <p>A. <u>Analyse comparative des caractéristiques socio-économiques, démographiques et institutionnelles des territoires visités</u></p> <p>Ce travail pourra s'appuyer sur un croisement des données publiques disponibles pour les 3 territoires (Danemark, Pays Basque, France/Haut-Rhin), ainsi que sur les données issues de l'enquête et du travail documentaire. L'objectif est de pouvoir dresser une carte d'identité des territoires et de pouvoir en comparer les caractéristiques pour in fine travailler au potentiel de transférabilité des initiatives menées.</p> <p>B. <u>Analyse AFOM des modèles visités</u></p> <p>Suite à la l'analyse comparative des caractéristiques des territoires, il s'agira de cerner les avantages et inconvénients/difficultés, liées aux différents modèles testés.</p> <p>C. <u>Elaboration des recommandations</u></p> <p>Des propositions d'évolution des modalités de prise en charge, accompagnées de recommandations seront formulées. Différentes hypothèses pourront être proposées, mettant chacune en lumière les prérequis indispensables, les freins potentiels ainsi que les effets levier attendus.</p>

Résultats attendus Livrables	Analyse comparative et AFOM Rapport de préconisation/recommandation
Jalons	Validation des analyses comparatives et AFOM Validation et transmission du rapport de recommandation

WP 4 – Modélisation et transférabilité

Calendrier	15/03/2017 au 31/05/2018
Objectifs	Sur la base de l'analyse faite dans le WP4, mesurer le potentiel de transférabilité réel au territoire haut-rhinois.
Approche Démarche	<p>Ce WP comprend deux actions :</p> <p>A. <u>La modélisation des systèmes de prise en charge des 2 territoires partenaires et du système français/départemental actuel</u></p> <p>Cette modélisation viendra appuyer le rapport de recommandation qui sera produit dans le cadre du WP4 et permettra de synthétiser les différents modèles organisationnels mis en œuvre dans les territoires partenaires. Cette visualisation pourra permettre de mieux identifier les freins/questions à travailler pour aller vers un nouveau modèle.</p> <p>B. <u>L'évaluation du potentiel de transférabilité dans le Haut-Rhin</u></p> <p>Outre l'objectif de connaissance, le projet vise également à évaluer le potentiel de transférabilité des modèles étudiés, même partielle, afin de proposer des évolutions dans les modalités et l'organisation de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes dépendantes.</p> <p>Ce travail se basera sur l'identification des différentes ressources actuellement mobilisables sur notre territoire, sur le diagnostic établi en mars 2017 dans le cadre de la Conférence des Financeurs et celui réalisé dans le cadre de l'élaboration du PRS et du schéma départemental de l'Autonomie, et permettra de mettre en lumière les investissements et évolutions possibles. Plusieurs hypothèses pourront être formulées. Une analyse prospective de la soutenabilité économique de ces hypothèses sera également réalisée, de même qu'une mesure d'impact prévisionnel.</p>
Résultats attendus Livrables	Modélisation des différentes initiatives Rapport d'évaluation du potentiel de transférabilité avec propositions concrètes d'évolution pour le territoire haut-rhinois
Jalons	Validation de l'étude de transférabilité

WP5 – Communication et dissémination

Calendrier	15/03/2017 au 31/05/2018
Objectifs	Assurer une diffusion large et ciblée des résultats de cette mission d'étude et d'observation, s'appuyant sur différents outils adaptés au public visé.
Approche Démarche	<p>Ce WP devra permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'élaborer les documents de communication adaptés aux différents publics cible ; - de diffuser les résultats au niveau local et régional, ainsi que dans le réseau européen du Partenariat Européen pour l'Innovation. <p>Enfin l'ensemble des partenaires participera au séminaire de restitution finale organisé par la CNSA en juin 2018 à Paris.</p> <p>A. <u>Rédaction de supports de communication adaptés aux différents publics cibles</u></p> <p>Outre la rédaction des différents rapports demandés, différents supports de communication seront élaborés pour faciliter une communication ciblée (à destination des acteurs médico-sociaux, des élus, du grand public, des scientifiques...).</p> <p>Afin de faciliter la diffusion des résultats, il est également prévu de rédiger un rapport de vulgarisation – Layman report (5 à 10 pages maximum), en français et en anglais. Ce</p>

	<p>document s'adressera aux acteurs locaux de la prise en charge, aux territoires et instances membres du PEI, mais aussi aux élus et au grand public. Un support powerpoint de présentation de la démarche globale et des résultats sera préparé. Il pourra être utilisé autant que de besoin par les partenaires du projet. Il est également prévu de traduire certains livrables en anglais afin de faciliter leur diffusion dans le cadre du réseau PEI. Enfin, un ou des articles scientifiques sera/seront rédigé(s) par les chercheurs partenaires du projet, mais leur publication risque d'être postérieure à la date de fin du projet.</p> <p>L'ensemble de ces documents seront soumis au groupe de travail et seront validés par tous les partenaires.</p> <p>B. Diffusion des résultats : Afin de faire partager les résultats de cette mission d'observation au niveau local et de pouvoir entamer un travail sur l'évolution possible de l'organisation sur le territoire, il est prévu d'organiser une restitution aux acteurs locaux concernés (SAAD, SSIAD, GHT, EHPAD, élus, médecins...). Ceci sera un préalable nécessaire pour faire adhérer le plus grand nombre à une démarche d'évolution et pour accompagner le changement. Enfin, les résultats seront diffusés dans le cadre du réseau PEI : mise en ligne sur la plateforme d'échange du réseau et présentation éventuelle lors de réunions des groupes de travail ou de conférences.</p> <p>C. Participation au séminaire national de restitution L'ensemble des partenaires participera au séminaire national de restitution, organisé en juin 2018 par la CNSA à Paris.</p>
Résultats attendus Livrables	Rapport intermédiaire Rapport final de recommandation Synthèse Rapport de vulgarisation
Jalons	Validation du rapport intermédiaire Validation du rapport final de recommandation, de la synthèse et du rapport de vulgarisation Participation au séminaire final de juin 2018

Moyens humains dédiés au projet : Chacun des partenaires locaux contribuera à hauteur prévisionnelle de 150h au projet, soit un total de 1 050h. Pour le Département, qui assure le portage et la coordination du projet, le temps prévisionnel total estimé s'élève à 570 heures. Au total, le temps homme prévisionnel s'élève à 1 620h.


Déplacement : Le coût total des frais de déplacement et de séjour de la délégation française s'élève à 37 796.80 €, auquel s'ajoute la participation de l'expert néerlandais, pour 2 919,60€ (pris en charge par le Département).

Prestations externe : Un montant total de 7 540 € est prévu, couvrant notamment des frais de traduction et l'organisation d'une session de formation sur l'observation sociale.

**Annexe 2 :
Budget prévisionnel de l'ensemble du projet**

DEPENSES		RECETTES	
Postes	Montants en € (TTC)	Postes	Montants en € (TTC)
<u>Charges de personnel affectées au projet</u>	<u>72 705,70 €</u>	<u>Recettes hors subventions</u>	<u>85 962,10</u>
Charges de personnel permanent.....	72 705,70 €	Ressources propres.....	30 847,60
coût total chargé des partenaires pour le temps dédié au projet - détail en annexe		autofinancement CD68 (valorisation frais de personnel+prestations+déplacement expert néerlandais)	
Charges de personnel temporaire.....	0,00 €	Autres recettes - Ligne 1.....	55 114,50
		détail par partenaire en annexe	
<u>Achat de prestations (détailler)</u>	<u>7 540,00 €</u>	Autres recettes - Ligne 2.....	0,00
Achat de prestations 1.....	2 200,00 €		
session de formation à l'observation sociale		<u>Subventions acquises</u>	
Achat de prestations 2.....	3 465,00 €	Subventions acquises - Organisme 1.....	0,00
traductions en anglais, coût basé sur marché public en cours - voir détail en annexe		Subventions acquises - Organisme 2.....	0,00
Achat de prestations 3.....	1 875,00 €	Subventions acquises - Organisme 3.....	0,00
frais annexes organisation des réunion et d'un séminaire de restitution		Subventions acquises - Organisme 4.....	0,00
<u>Dépenses annexes</u>	<u>37 796,80 €</u>	Subventions acquises - Organisme 5.....	0,00
Achats (matières et fournitures).....	0,00 €	Subventions acquises - Organisme 6.....	0,00
Publicité - Publications.....	0,00 €	Subventions acquises - Organisme 7.....	0,00
Frais de mission, déplacements.....	37 796,80 €	<u>Subventions en cours de demande</u>	<u>35 000,00</u>
2 missions d'étude de 3 jours chacune - voir détail en annexe		Subventions en cours de demande - CNSA.....	35 000,00
Matériel dédié au projet.....	0,00 €	Subventions en cours de demande 1.....	0,00
Forfait de gestion administrative.....	0,00 €	Subventions en cours de demande 2.....	0,00
		Subventions en cours de demande 3.....	0,00
<u>Autres dépenses liées au projet</u>	<u>2 919,60 €</u>	Subventions en cours de demande 4.....	0,00
Autres dépenses 1.....	2 919,60 €	Subventions en cours de demande 5.....	0,00
Coût des frais d'hébergement et de séjour du chercheur expert néerlandais partenaire du projet		Subventions en cours de demande 6.....	0,00
Autres dépenses 2.....	0,00 €		
Autres dépenses 3.....	0,00 €		
TOTAL des dépenses	120 962,10	TOTAL des recettes	120 962,10

Annexe 4
Relevé d'identité bancaire ou postal (*original*)

 BANQUE DE FRANCE		RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE	
DOMICILIATION Banque de France 30, route de Bâle 68027 COLMAR CEDEX		TITULAIRE Préfecture départementale du Ht-Rhin CITE ADMINISTRATIVE - BATIMENT J 3, RUE FLEIECHHAUER - 68026 COLMAR	
IDENTIFICATION NATIONALE (RIB)			
BANQUE	GUICHET	COMPTE	CLE
30001	00307	C 6 830 000 000	86
IDENTIFICATION INTERNATIONALE			
IBAN	FR 433 000 100 307 C 683 0000000 86		
SWIFT	BDFEFPDPCCT		

Annexe 5

Plans types pour le rapport intermédiaire et le rapport final d'observation et de recommandation prévus à l'article 4 de la convention

RAPPORT INTERMEDIAIRE

Il a pour objectif de rendre compte à la CNSA du projet de mission et d'observation une fois finalisé avant départ et des outils et méthodes qui ont conduit à son élaboration :

Il devra, au minimum, comprendre les éléments suivants :

Page de garde :

- nom de l'organisme porteur du projet
- titre de la mission d'étude (thème(s) d'observation et pays visités)
- date du rapport intermédiaire

Objectifs et enjeux du projet

Ressources documentaires :

- bibliographie
- une note de synthèse des connaissances documentaires

Protocole de mission détaillé :

- la composition du groupe
- la feuille de route définitive (avec les lieux d'observation, les différentes étapes du déplacement dans le pays retenu)
- l'organisation logistique du voyage
- le protocole d'observation et les outils (grilles d'entretien, grilles d'observation, dispositifs photos, vidéos...)
- le protocole de travail et d'analyse pendant le déplacement

RAPPORT FINAL D'OBSERVATION ET DE RECOMMANDATION

Le rapport final vise à restituer les observations et les recommandations que le porteur en tire pour la France d'une part, et à faire un retour d'expérience sur l'intérêt et les conditions de réussite d'un voyage d'étude d'autre part.

Il devra, au minimum, comprendre les éléments suivants :

Page de garde

0. Note de synthèse
1. Objectifs et contexte de la mission d'étude
2. Dispositifs étudiés
3. Recommandations
4. Retour d'expérience sur la mission d'étude
5. Conclusion
6. Annexes

Et respecter les indications de contenu suivantes pour chaque partie :

Page de garde :

- Nom de l'organisme porteur du projet
- Titre de la mission d'étude (thème(s) d'observation et pays visités)
- Date du rapport final

0. Note de synthèse (2 pages maximum)

- Brève description de l'objectif de la mission d'étude
- Résultats : présentation des pratiques inspirantes pouvant être reprises en France et conditions de leur transfert

1. Objectifs et contexte de la mission d'étude

- Brève présentation du porteur de projet
- Objectifs et enjeux pour le porteur de projet

- Note de cadrage sur les politiques en direction des publics concernés par la mission d'étude et les cadres réglementaires (gouvernance de l'offre, financement, encadrement des interventions ou référentiels de pratiques, profils des personnels...) dans les pays visités

2. Dispositifs étudiés

- Objectifs et publics visés
- Modalités de mise en place et de fonctionnement (organisation et financement)
- Evaluation d'impacts pour les usagers et le système (méthodologie et résultats)
- Intérêts et limites
- Facilitateurs et obstacles

3. Recommandations

Enseignements pour la France des observations : pistes de transposition, prérequis, avantages et inconvénients

4. Retour d'expérience sur la mission d'étude

- a) Enseignements tirés :
- par les membres de l'équipe par rapport à leurs propres pratiques
 - pour le fonctionnement et l'organisation des organismes impliqués dans la mission d'étude
- b) Suites envisagées (par exemple, expérimentation, diffusion des connaissances, réseautage avec les dispositifs visités...)
- c) Analyse "critique" de la mission d'étude (points forts/points faibles) quant à son déroulement, ses résultats, son rapport coût/bénéfice, et analyse des éléments facilitateurs ou obstacles concernant notamment :
- la collaboration entre chercheurs et acteurs de terrain (voire décideurs / représentants d'usagers) ;
 - la production partagée de connaissances ;
 - le caractère opérationnel des enseignements.
- d) Pistes d'approfondissement : observations complémentaires recommandées en relation avec le(s) thème(s) ou les territoires/dispositifs étudiés.

5. Conclusion

6. Annexes

Annexe 1 : Méthodologie

- Composition de l'équipe
- Brève description de la démarche méthodologique utilisée (préparation collective de la mission, recueil d'information, déroulement des visites, capitalisation pendant le déplacement)
- Outils de recueil d'information (grilles d'observation, guides d'entretien...)

Annexe 2 : Ressources documentaires

- Bibliographie
- Note de synthèse des connaissances documentaires