



Le modèle opérationnel des EHPAD est-il toujours adapté ?

Jusqu'à présent, les ESMS ont été peu intégrés dans les grandes réformes du système de santé. La crise du COVID-19 a mis en lumière des difficultés qui impliquent un questionnement du modèle opérationnel de nos ESMS, et plus spécifiquement des EHPAD.

Le débat est déjà lancé. A titre d'exemple, le CNP, SFGG et le CNEG indiquaient dans leur communiqué du 5 mai qu' « un des premiers constats majeurs de cette crise est sans doute que le modèle français des EHPAD est défaillant et inadapté à faire face à des enjeux sanitaires de cette ampleur¹ ». Au contraire, lors d'une interview pour Hospimedia, Nathalie MAUBOURGUET, présidente de la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD, déclarait le 28 mai que « le modèle des EHPAD qui date d'une vingtaine d'années n'a pas failli à la crise² ».

Outre l'adaptation ou non du modèle des EHPAD à la gestion de crise sanitaire, leur place dans l'écosystème peut également être soumise à débat. Dans un environnement marqué par le développement des parcours patients et de la relation ville-hôpital, les ESMS pourraient s'inscrire dans cette dynamique de coordination afin de gagner en agilité, réactivité et communiquer davantage avec leurs partenaires. Cette évolution de positionnement pourrait se traduire par une évolution du business model de ces structures. Dans cet article, nous vous proposons une analyse du modèle opérationnel existant des EHPAD et les pistes d'évolution que nous entrevoyons.

Vous avez dit ESMS ?

Les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), régis par le code de l'action sociale et des familles (CASF), sont des structures ayant pour mission d'accueillir et d'héberger, à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, des mineurs en danger, des personnes handicapées, des personnes âgées, des adultes atteints de maladie chronique ou encore des personnes en situation d'exclusion.

Les ESMS délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.



<p style="text-align: center; color: #008080; font-weight: bold;">Santé</p> <p style="font-size: 0.8em;">Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), établissements et services qui accueillent des personnes âgées, des personnes handicapées, des personnes atteintes de pathologies chroniques ou qui leur apportent à domicile une assistance (dont EHPAD)</p>	<p style="text-align: center; color: #008080; font-weight: bold;">Asile</p> <p style="font-size: 0.8em;">Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA)</p>
<p style="text-align: center; color: #008080; font-weight: bold;">Emploi</p> <p style="font-size: 0.8em;">Les établissements ou services d'aide par le travail, de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle (CRP par exemple)</p>	<p style="text-align: center; color: #008080; font-weight: bold;">Accompagnement social</p> <p style="font-size: 0.8em;">Foyers de jeunes travailleurs (FJT), établissements ou services assurant l'accueil, le soutien, ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes en difficulté ou en situation de détresse (CHRS par exemple)</p>
<p style="text-align: center; color: #008080; font-weight: bold;">Protection juridique de personnes vulnérables</p> <p style="font-size: 0.8em;">Services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs (curatelle, tutelle, ...) ou les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial</p>	<p style="text-align: center; color: #008080; font-weight: bold;">Éducation</p> <p style="font-size: 0.8em;">Etablissements ou services d'enseignement qui assurent une éducation adaptée et un accompagnement aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (ITEP par exemple), établissements ou services mettant en œuvre les mesures éducatives relatives à l'enfance délinquante</p>

Dépendance, cette réforme qui se fait attendre

Une refonte de la politique du Grand Age et de l'Autonomie, au regard de l'actualité, apparaît plus que nécessaire et urgente. Pourtant

¹ <https://sfgg.org/espace-presse/communiques-de-presse/gestion-de-lepidemie-covid-19-les-instances-geriatriques-lancent-lalerte-sur-les-ehpad-cp-5-mai-2020/>

² https://abonnes.hospimedia.fr/interviews/20200528-nathalie-maubourguet-presidente-de-le-modele-des-ehpad?utm_source=https://www.hospimedia.fr/actualite/interviews/20200528-nathalie-maubourguet-presidente-de-le-modele-des-ehpad&utm_medium=publicSite&utm_campaign=redirection&utm_term=logged

prévue par le gouvernement, la loi "Grand Age et Autonomie" tarde à prendre forme.

Annoncé par Emmanuel Macron peu après la présentation au printemps 2019 du rapport Libault³ "Grand Age et Autonomie", le vote de la loi pour répondre aux enjeux de la dépendance et transformer l'organisation de l'accompagnement des personnes âgées n'a finalement pas eu lieu avant la fin de l'année 2019. Depuis, la présentation de ce texte de loi a sans cesse été repoussée et décalée du fait de l'actualité (mouvement des gilets jaunes, grève dans les transports, etc.). Les coûts d'une telle réforme et son financement rendent également difficiles les arbitrages budgétaires et retardent d'autant les échéances et prises de décisions.

Si une première phase de concertation a été menée en 2018, une nouvelle phase destinée à tirer les enseignements du Covid-19 devrait être lancée très prochainement. Au cœur de celle-ci sera abordée "la refonte du maintien à domicile et notamment de sa tarification" selon les propos d'Olivier Véran. La crise du Covid-19 a en effet remis sur le devant de la scène les enjeux liés à la dépendance et les annonces à destination du secteur médico-social se multiplient.

Après une première estimation de 475 millions d'euros et une augmentation successive de l'enveloppe allouée, le gouvernement accorde finalement près de 1,3 milliard d'euros de crédits supplémentaires pour faire face aux impacts de la gestion de crise sanitaire du Covid-19. Ces mesures, inédites, sont prises pour soutenir la continuité de fonctionnement et d'accompagnement de ces structures⁴. Cela s'ajoute aux 10 milliards d'euros destinés aux établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) dont l'affectation est détaillée dans la circulaire budgétaire médico-sociale 2020.

Une première partie de cette rallonge budgétaire doit déjà servir à compenser l'impact économique et les surcoûts induits par la crise sanitaire pour les ESMS. L'objectif est de compenser les charges exceptionnelles liées au renfort de personnel mais aussi les surcoûts liés à l'absentéisme et enfin les dépenses relatives à l'achat de matériels (masques, surblouses, gels hydroalcooliques ...). Une seconde partie doit permettre de soutenir directement les EHPAD et ainsi compenser les pertes de recettes causées par les suspensions des admissions et le décès de nombreux patients. Enfin, plus de la moitié des crédits sera utilisée pour verser des primes exceptionnelles Covid-19 à l'ensemble du personnel des secteurs du grand âge mais également du handicap.

Les EHPAD disposent d'un modèle opérationnel spécifique avec des difficultés structurelles de valorisation, d'attractivité et de manques de moyens humains et financiers, que l'actualité est venue mettre en lumière.

Notre analyse du modèle opérationnel

L'étude du modèle opérationnel constitue une des possibilités d'analyse du fonctionnement actuel des EHPAD. Malgré les disparités organisationnelles (EHPAD privés et publics) et territoriales, cette analyse a vocation à englober une majorité de ces structures. Ce cadre d'analyse permettra d'identifier les thématiques (offre de services, management, ressources et compétences, ...) qui ont rencontré des difficultés dans le cadre du contexte sanitaire actuel.

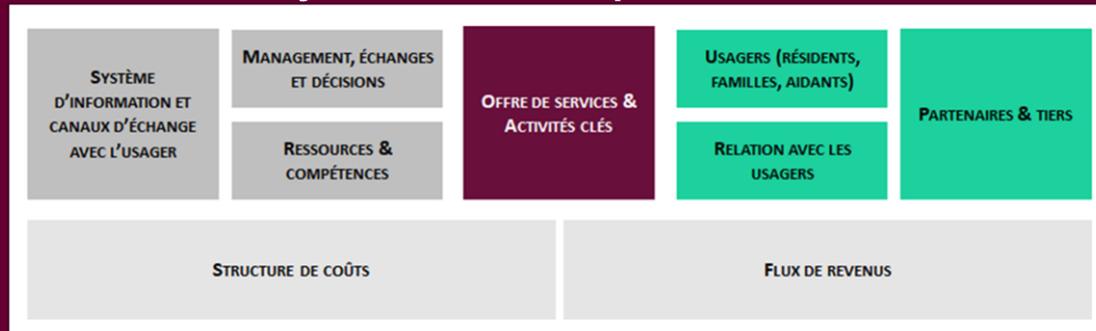
Afin de permettre une analyse approfondie, la structure de coûts et les flux de revenus seront traités dans une étude dédiée.

³ Rapport Libault du 28 mars 2019 : 175 propositions pour une politique nouvelle et forte du Grand Age

⁴ Circulaire relative aux orientations de l'exercice 2020 pour la campagne budgétaire des

établissements et services médico sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées

Notre axe d'analyse : Le modèle opérationnel



Offre de service & activités clés

Les EHPAD accueillent les personnes âgées dépendantes dès lors qu'elles sont âgées de plus de 60 ans et qu'elles ont besoin de soins au quotidien. Elles ont pour mission de répondre aux besoins des personnes âgées et de leur famille, d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie en accompagnant les résidents et en se chargeant de toute l'intendance au quotidien afin d'en libérer totalement les résidents comme leurs aidants. Les prestations listées ci-dessous concourent au respect de « la charte des droits et libertés de la personne âgée, en situation de handicap ou de dépendance. »

- Soins médicaux et paramédicaux ;
- Prestation hôtelière : mise à disposition d'une chambre, de toilettes et d'une salle de bain privative ainsi que la prise en charge de leur entretien, le service de blanchissage du linge de toilette et de lit ;
- Restauration : trois repas par jour, une collation dans l'après-midi et une collation nocturne ;
- Prestations administratives ;
- Actions de la vie sociale par le biais d'activités dans l'enceinte de la structure ou en extérieur et d'animations collectives (organisation d'activités pour les résidents)
- Autres prestations (selon l'établissement) : salon de coiffure, manucure, entretien des vêtements.

Notre analyse :

De notre point de vue, l'analyse de l'offre de service et des activités portées par les EHPAD doit être corrélée avec l'évolution du profil de ses résidents.

Si l'on tend vers des résidents présentant de plus en plus de pathologies (8 en moyenne à l'heure actuelle), on peut penser que les activités liées aux soins devront être revues, adaptées, et vraisemblablement renforcées.

Selon les orientations nationales qui seront prises dans les prochains mois, un lien plus fort pourrait se développer entre les EHPAD et les équipes de Services à la Personne (SSAD, SSIAD, SPASAD).

Ces partenariats pourraient donner lieu à une adaptation de l'offre de service des EHPAD avec la création de formules orientées vers le maintien à domicile et le retardement de la rentrée « à temps plein » au sein de l'établissement. De nouvelles activités pourraient notamment se développer avec la création d'« établissements médico-sociaux de territoire », construit sur une logique similaire aux groupements hospitaliers du territoire.

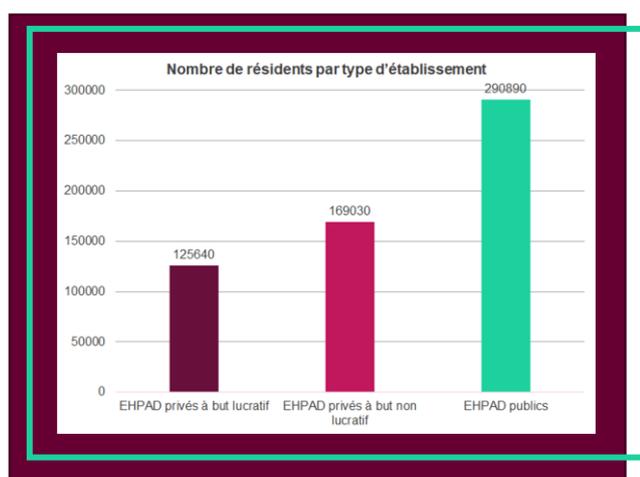
Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, les EHPAD pourraient accroître leurs activités médicales et soignantes, besoin mis en exergue par la crise sanitaire. Ainsi, selon l'évolution du profil des résidents dans les années à venir, les établissements devront ajuster le curseur entre lieux de vie et renforcement de la médicalisation des structures.

Plus qu'une refonte totale de l'offre de services et des activités clés des EHPAD, nous entrevoyons davantage une diversification des formules de prise en charge proposées aux résidents et une meilleure inclusion de ces derniers dans les parcours de soins déployés sur le territoire. La réussite de cette diversification nécessitera des moyens supplémentaires (financiers, humains, numériques et système d'information, équipements,), sans lesquels aucune transformation ne sera possible.

Du côté du secteur privé, cette notion de parcours de soins a bien été intégrée. Après avoir investi dans les maisons de retraite médicalisées, les groupes comme Orpéa ou Korian ont investi dans le développement d'une offre de service de soin à domicile.

Usagers (résidents, familles, aidants)

D'après une étude de 2017 réalisée par la DREES, les EHPAD comptent environ 585 000 résidents. La moitié de ces résidents a plus de 87 ans et 5 mois. De même, 89 % d'entre eux sont évalués comme « dépendants » et 55 % sont « très dépendants » (Volant, 2014).



Relation avec les usagers

Les EHPAD ont deux types de clients : les résidents(es) et les familles.

Chaque année, les différents établissements réalisent ainsi des enquêtes de satisfaction qui s'appuient sur 2 types de questionnaires distincts.

Notre analyse :

La crise sanitaire risque de peser lourdement dans la confiance qu'accordent les patients et leurs familles aux EHPAD. Qu'ils soient publics ou privés, il y a aura un véritable enjeu de « réassurance » des usagers.

Cette réassurance peut passer par l'interrogation et la mise à niveau des processus et de l'organisation mais aussi par l'acquisition et le déploiement de nouvelles technologies (technologies de désinfection naturelle de l'air et des surfaces, modélisation des flux d'usagers au sein d'une

structure, mise en œuvre de technologies BIM- Building information modeling, ...).

Partenaires & tiers

Les EHPAD sont au cœur d'un écosystème composé de différents partenaires :

- Partenaires locaux : Conseils départementaux ;
- Partenaires santé / social : Caisses de retraite, ARS, Directions régionales et départementales de la cohésion sociale, Hôpitaux, Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (S.A.A.D) ;
- Autres partenaires : Croix Rouge, Secours Catholique, Écoles de musique...

Notre analyse :

La crise a été l'occasion pour certains établissements de renforcer leur logique partenariale. Par exemple, le territoire de Nord-Franche-Comté a su instaurer dans l'urgence de nouveaux modes d'organisation avec une collaboration renforcée entre EHPAD, SAAD (Services d'aide à domicile) et Hôpitaux. Un collectif de 29 Structures, composé d'établissements publics, privés et d'associations a ainsi vu le jour à partir de mi-mars afin d'inverser le rapport de force en devenant des interlocuteurs audibles. Ils ont su élaborer une stratégie commune avec des objectifs divers : de la gestion des flux de patients âgés (assurer la disponibilité de lits à l'hôpital en fluidifiant les sorties d'hospitalisation vers l'Ehpad et le domicile) au portage politique des besoins de terrain.

L'analyse de ces nouvelles coopérations et leurs impacts sur la gestion de la crise sanitaire sera une des dimensions à intégrer aux retours d'expérience qui ne manqueront pas d'être organisés.

Il a été évoqué également la possibilité de structurer les EHPAD selon un mode d'organisation reposant sur la même logique que les GHT. L'établissement médico-social de territoire regroupera-t-il plusieurs EHPAD ? Y aura-t-il des partenariats public/privé ? Les structures d'aide à domicile pourront-elles intégrer ces groupements ? Cette innovation organisationnelle soulève plus de questions que de réponses pour le moment.

Système d'information et canaux d'échange

En EHPAD, deux types de logiciels informatiques permettent de regrouper, classer, analyser et diffuser des informations de tous ordres :

- D'une part, les logiciels propres à la comptabilité et aux ressources humaines, incluant la gestion des paies, le traitement des carrières et l'organisation des plannings ;
- D'autre part, les logiciels dits cœur de métier (l'ensemble des processus de la prise en charge des résidents dans son volet administratif (inscriptions et départs, facturation et suivi des encaissements, gestion de l'aide sociale) et médical.

Alors que les canaux d'échange sont généralement physiques entre les résidents et leurs familles et les résidents et le personnel, la crise sanitaire actuelle a permis de développer de nouveaux modes de communication avec l'extérieur, les visites étant interdites. Ainsi, plusieurs EHPAD ont mis en place des tablettes à destination des résidents afin qu'ils puissent contacter leurs familles via Skype, Zoom ...

Cette dimension nécessite une mise à niveau conséquente au plan national. La pleine inclusion des EHPAD dans les parcours nécessite une bonne interopérabilité entre le SI de l'établissement et ceux de son écosystème (notamment GHT, cabinets de ville, ...).

Notre analyse :

Selon Christian Viallon, président du groupement social de moyens RESSOURCIAL, le contexte sanitaire actuel a entraîné une accélération de l'usage du numérique et a renforcé la légitimité des acteurs sociaux et médico-sociaux à investir l'ensemble des mesures de la feuille de route du numérique en santé. En effet, pour de nombreux EHPAD, la crise a été l'occasion d'utiliser de nouveaux moyens de communication notamment entre les résidents et leurs familles.

Plus globalement, le développement d'une meilleure coordination avec les partenaires (hôpitaux, médecine de ville, structures d'aide à domicile, ...) implique pour les EHPAD une mise à niveau conséquente de leur système d'information, souvent vieillissant. Cette mise à niveau passe par un rajeunissement de l'infrastructure et des réseaux, par l'établissement d'une véritable stratégie des systèmes d'information et par le

développement d'une meilleure interopérabilité avec les autres systèmes d'information partenaires.

Afin de revoir durablement leur organisation, les EHPAD doivent désormais se saisir des appels à projets existants comme ceux de l'ANS et impulser des collectifs médico-sociaux dédiés aux systèmes d'information (SI).

Pour les structures publiques les plus matures technologiquement et les groupes privés, il y a également un véritable enjeu à inclure dans cette transformation numérique l'apport des dernières innovations technologiques (automatisation de certaines tâches, équipements « intelligents » et domotiques, ciblage des surfaces à désinfecter, ...).

Management, échanges et décisions

La fonction de management est exercée par tous les acteurs de l'équipe d'encadrement : directeur, cadres de santé, et infirmiers/ières coordinatrices/teurs.

En revanche, le directeur EHPAD est le principal responsable des grandes décisions prises au sein de l'établissement.

Notre analyse :

Le Covid-19 a pu mettre en lumière des situations relativement hétérogènes selon les établissements. Pour certains, un management descendant, basé sur la hiérarchie a pu sembler peu adapté à une situation de crise sanitaire où l'agilité et la rapidité de prise de décision sont essentielles.

Plus que le système hiérarchique, l'existence de liens étroits entre directeur, médecin coordinateur et infirmier coordinateur a constitué un véritable facteur clé de succès dans la lutte contre l'épidémie en permettant une prise de décision rapide et sa diffusion auprès de tous les personnels.

Aussi, nous pensons que pour renforcer leur action, les EHPAD doivent être capables d'intégrer à leur fonctionnement une part d'agilité et une plus grande liberté d'action laissée à chacun. Les directeurs, cadres de santé, etc auraient ainsi la possibilité de déléguer certaines de leurs tâches (administratives, opérationnelles) dans le but de responsabiliser l'ensemble du personnel, et de donner plus de sens à leur travail. Si les prises de décision demeurent la prérogative de la direction, les échanges entre pairs peuvent être accrus afin de tendre vers un management plus horizontal.

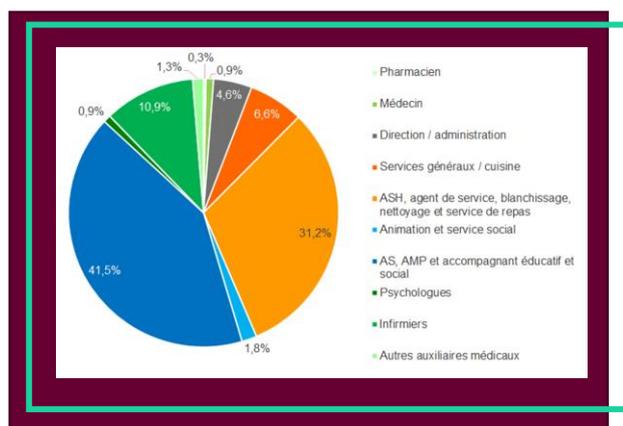
Le modèle Buurtzorg est articulé autour de l'autonomie, la responsabilité et la liberté des soignants pour une meilleure prise en charge des patients. Le modèle est pour le moment développé aux Pays-Bas sur des structures de soins infirmiers à domicile et en expérimentation en France sur des structures d'aides à domicile. Si le modèle ne peut être calqué directement sur les EHPAD (du fait de contraintes propres à ces établissements), il pourrait néanmoins inspirer les EHPAD de demain.

Ressources & compétences

L'équipe médicale des EHPAD est pluridisciplinaire et compte en général les professions suivantes :

Les personnels soignants médicaux et paramédicaux (infirmiers, aides-soignants, psychologues, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, ...). Parmi ces personnels, on distingue un médecin coordonnateur et un infirmier référent ou coordonnateur.

Les personnels administratifs et de direction ainsi que des agents techniques d'entretien et selon les cas des cuisiniers.



Répartition en % des ETP salariés et extérieurs par fonction principale exercée⁵

Notre analyse :

La crise du Covid-19 a mis une nouvelle fois en lumière le manque de moyens humains des EHPAD.

Il en a résulté une très forte pression sur les personnels, **pression qu'il faudra évaluer et prendre en compte dans les prochains mois** (mise en place de dispositifs de soutiens

psychologiques, diagnostic et plan de réduction des RPS, ...).

La crise du COVID-19 a également mis en lumière la nécessité de **construire un modèle RH plus résilient et souple**, en capacité de mieux faire face aux risques et aléas.

Le développement d'une stratégie GPEC constitue une première réponse (d'autant plus importante que nous envisageons une diversification plus importante des profils avec le développement de l'offre de service des EHPAD et une inclusion plus forte dans les parcours de soin).

Plusieurs autres solutions peuvent être mises en œuvre : révision et allègement des procédures RH (développement notamment des délégations de gestion, sur un mode similaire à ce qui a été mis en place au centre hospitalier de Valenciennes), développement de partenariats avec des acteurs de l'écosystème (GHT, cabinets de ville, SAAD et SSIAD, ...), etc.

Enfin, les EHPAD doivent aujourd'hui **améliorer leur attractivité**. Outre les moyens cités précédemment, l'analyse et l'amélioration de la « marque employeur » constituera un enjeu clé pour les offreurs aussi bien privés que publics.

A ce titre, Sia Partners a développé une « Matrice Marque Employeur (MME) », fondée sur l'analyse détaillée des deux éléments :

- La **perception externe**, autrement dit l'image publique de l'établissement, sa communication externe destinée à attirer et recruter les talents ;
- **L'expérience interne** des collaborateurs, leur perception des pratiques internes de l'établissement et l'incarnation en interne des messages et de l'image véhiculée, avec pour objectif premier la rétention des talents.

Notre analyse repose ainsi sur l'analyse et l'évaluation au regard de plusieurs critères :

- **4 critères de motivation à l'embauche** : responsabilités confiées et contenu du poste, rémunération & avantages sociaux, conditions de travail, opportunités de carrière et d'évolution.
- **3 critères d'épanouissement au travail** : Ambiance de travail & relations avec les collègues, qualité du management et

⁵ La situation des EHPAD en 2017, Analyse de la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées

dépendantes et de la prise en charge des résidents, CNSA, Avril 2019

autonomie accordée, politiques de diversité et impact social).

En conclusion...

La crise sanitaire a mis en lumière des fragilités au sein des EHPAD. S'il est encore trop tôt pour en tirer tous les enseignements, le manque de moyens et d'équipements est clairement mis en avant.

Nonobstant ce point, le modèle opérationnel des EHPAD questionne. Notamment, la dimension offre de services pourrait évoluer vers davantage de services « à la carte », adaptés au profil du patient et à la logique de parcours qui prime actuellement dans les différents travaux de modernisation du secteur sanitaire et médico-social.

Le renforcement de la logique de parcours dans le médico-social pourrait amener les EHPAD à renforcer leur partenariat avec d'autres membres de l'écosystème (notamment les structures de soins et d'aide à domicile). Cette tendance s'est déjà concrétisée chez plusieurs acteurs privés comme Orpéa ou Korian. Le renforcement de ces partenariats pourra se traduire par des

rapprochements organisationnels (notamment en cas de concrétisation du projet de constitution d'établissements médico-sociaux de territoire), la constitution d'organisations innovantes (type Buurtzorg) et une mise à niveau de leurs systèmes d'information afin de faciliter le partage de données.

Ces évolutions nécessiteront des moyens conséquents. Si le gouvernement a annoncé dans sa circulaire budgétaire pour 2020 un budget conséquent, nous sommes encore loin des 10 milliards d'euros nécessaires à la mise à niveau totale du secteur, évoquée dans le rapport Libault⁶. L'état semble cependant avoir pris conscience de la nécessité de renforcer le secteur. C'est à ce titre que des discussions sont amorcées en vue de la création d'une nouvelle branche visant à couvrir le risque de la perte d'autonomie (le « 5^{ème} risque »). Le principe de cette création a d'ailleurs été voté le lundi 5 juin 2020 en commission spéciale par les députés. Cependant, sa mise en œuvre concrète et les financements associés restent encore à déterminer.

Copyright © 2020 Sia Partners . Any use of this material without specific permission of Sia Partners is strictly prohibited.

⁶ <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et->

[autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie](https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/)

VOS CONTACTS



PIERRE ARTAUD

Associate Partner Secteur Public
+ 33 6 59 48 51 93
pierre.artaud@sia-partners.com



ARNAUD HAVE

Manager Santé et Secteur public
+33 6 12 26 16 86
arnaud.have@sia-partners.com

A PROPOS DE SIA PARTNERS

Sia Partners réinvente le métier du conseil et apporte un regard innovant et des résultats concrets à ses clients à l'ère du digital. Avec plus de 1 650 consultants dans 16 pays, nous allons générer un chiffre d'affaires annuel de plus de 270 millions d'euros pour l'exercice en cours. Notre présence globale et notre expertise dans plus de 30 secteurs et services nous permettent d'accompagner nos clients dans le monde entier. Nous accompagnons leurs initiatives en stratégie, projets de transformation, stratégie IT et digitale et data science. En tant que pionniers du Consulting 4.0, nous développons des consulting bots et intégrons dans nos solutions la disruption créée par l'intelligence artificielle.

Notre équipe Santé accompagne aussi bien les acteurs nationaux (Agence du Numérique en Santé, Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, ...) que territoriaux (ARS, hôpitaux, structures de ville, maisons départementales des personnes handicapées et maisons de l'autonomie, ...). Nous intervenons sur de la construction de parcours patients, le design et la conduite d'expérimentations, et les transformations organisationnelles et numériques.



Abu Dhabi | Amsterdam | Baltimore | Brussels | Casablanca | Charlotte | Chicago | Denver | Doha
| Dubai | Frankfurt | Hamburg | Hong Kong | Houston | London | Luxembourg | Lyon | Milan |
Montreal | New York | Paris | Riyadh | Rome | Seattle | Singapore | Tokyo | Toronto | The Greater
Bay Area | Panama City (*Sia Partners Panama, membre du réseau Sia Partners*)



Pour plus d'information, visitez www.sia-partners.com

Suivez nous sur [LinkedIn](#) et [Twitter @SiaPartners](#)

