

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

Repères organisationnels et de dimensionnement en surface en EHPAD



Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



Alexandra Lam
alexandra.lam@anap.fr

Axelle Pruvot
axelle.pruvot@anap.fr

Noémie Pierron
noemie.pierron@anap.fr

Anabelle Billy
anabelle.billy@anap.fr

Philippe Crépin
philippe.crepin@anap.fr

Résumé

Cette publication vient compléter les outils de gestion patrimoniale de l'ANAP, en fournissant aux gestionnaires un appui dans leur réflexion sur l'adaptation de leur patrimoine au travers d'un projet de construction ou d'extension d'EHPAD. Elle donne des repères sur le pré-dimensionnement en surfaces d'un investissement immobilier en lien avec l'organisation envisagée par le gestionnaire, et également des « tendances » dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

- La première partie rappelle les différentes modalités d'accompagnement des personnes âgées et plus particulièrement au sein des EHPAD. Sont ensuite détaillées, la nécessaire articulation entre le projet immobilier et le projet d'établissement d'un EHPAD et les grandes fonctions au sein de ce dernier ;
- La deuxième partie du document propose des repères de surface par grande fonction au sein d'un EHPAD avec la méthode de travail employée pour les définir. Une notice d'utilisation ainsi qu'un cas d'utilisation des repères de surface sont également proposés. Il s'agit d'une première version de ratios de surface qui sera amenée à être actualisée régulièrement par l'ANAP, notamment pour prendre compte les évolutions des modes d'accompagnement et les retours des gestionnaires ;
- Afin de faire le lien entre des modalités d'accompagnement mises en œuvre par différents gestionnaires et leurs éventuels impacts en termes de surface, plusieurs retours d'expériences sont présentés dans cette troisième partie. Ils permettent de disposer de différentes modalités mises en œuvre par des gestionnaires, et ainsi d'identifier et de conforter des tendances dans l'accompagnement des personnes âgées.

3

Abstract

This publication supplements the ANAP asset management tools, by providing administrators support as they consider the suitability of their asset-base as part of an EHPAD (sheltered housing) construction or extension project. It gives guidance on preliminary estimates of floor area for a property development appropriate to the organisation considered by the administrator, as well as 'trends' in providing support for dependent elderly people.

- The first part summarises the various types of support for elderly people, more particularly in EHPAD (sheltered) accommodation. The details are given about the necessary coordination between the property development project and the project to establish EHPAD (sheltered) accommodation, and the major functions within such an establishment.
- The second part of the document offers guidance on surface area for each main function within an EHPAD (sheltered) accommodation establishment, with the working method used to define them. Instructions for use and a case study of area guides are also provided. This is a first version of surface area ratios, which ANAP will update regularly, particularly to take account of changes in support methods and feedback from administrators.
- To make the link between support methods used by different administrators and their potential impact on surface areas, this third part includes several detailed case studies. They provide details of the different methods implemented by administrators, making it possible to identify and strengthen trends in support for the elderly.

Sommaire

Préface	p. 6
Introduction	p. 8
1. La nécessaire articulation entre le projet d'établissement et le projet immobilier	p. 10
1. L'accompagnement de la personne âgée : les établissements et les services	p. 11
2. Les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD	p. 12
3. Le projet immobilier au service du projet d'établissement	p. 13
2. Les repères de surface	p. 18
1. Principes des repères de surface	p. 19
2. Élaboration des repères pour le pré-dimensionnement en surface	p. 20
3. Les repères de surface	p. 22
4. Cas d'utilisation	p. 29
3. Les enjeux de l'EHPAD de demain et les grands enseignements issus des retours d'expériences	p. 33
1. Les enjeux de l'EHPAD de demain	p. 34
2. Les grands enseignements issus des retours d'expériences	p. 35
3. Sept retours d'expériences	p. 40
Annexes	p. 43
Annexe 1 : Tableau récapitulatif des surfaces	p. 44
Annexe 2 : Définition des termes d'usage	p. 45
Glossaire	p. 47
Remerciements	p. 49
Documents utiles	p. 50

Préface

Plaidoyer pour une architecture thérapeutique en vue de servir les nouvelles générations

Il est d'usage dans les introductions à un document gériatrique de rappeler le grand nombre de personnes âgées et son augmentation dans les années à venir. Des chiffres impressionnant peuvent ainsi être exhibés, mais en réalité, plus que les chiffres, ce sont surtout les caractéristiques de la population âgée à venir qui doivent retenir notre réflexion.

En effet, comparer ceux qui seront des personnes âgées en 2025 à ceux qui le sont aujourd'hui n'a de sens que si l'on tient compte des caractéristiques socio-culturelles des personnes : il y a des ruptures générationnelles entre les enfants de l'entre deux-guerres et ceux de la libération de 1945 ; entre ceux de la légitimité nationale et ceux de 68...

Ainsi, penser qu'une fois atteint 80 ans, les baby-boomers se détacheront de leur histoire personnelle et collective pour prendre les habits héraldiques des Jules du début du XXe siècle, serait méconnaître ce qu'est une personne inscrite dans le canevas d'une longue vie. Ainsi l'EHPAD de demain devra s'adapter à une exigence de soins et à un style de vie qui appartient à la nouvelle génération de personnes âgées.

La réflexion collective sur l'âge dans sa dimension médico-sociale est dominée depuis la fin des années 90 par la question de la dépendance pour les activités de vie quotidienne. Progressivement, la dépendance est devenue la manière de qualifier tous les problèmes de la personne âgée. Les professionnels eux-mêmes, soignants et médecins, considèrent leur vision de la personne âgée et leur mission de soin par le prisme de la dépendance.

Or, les enquêtes sur l'hébergement des personnes bénéficiant de l'allocation autonomie (GIR de 1 à 4) montrent qu'environ la moitié d'entre elles habitent à leur domicile (46 % des GIR 2 en 2013). La dépendance ne peut donc à elle seule définir la place et la mission des EHPAD.

Couramment, on estime que c'est la défaillance du soutien social ou familial qui explique le « placement ». Mais dans le même temps, on observe que presque 90 % des personnes en EHPAD présentent des troubles cognitifs. La capacité de 593 005 places d'EHPAD, si elle est importante, rapporté au nombre de personnes âgées en France de plus de 80 ans (environ 3,5 millions) est minoritaire et indique que ces patients appartiennent à une portion démographique. Ceci devrait nous conduire à penser que les troubles cognitifs sont des contextes pathologiques qui remettent en cause le maintien à domicile et sont un des motifs majeurs d'entrée en institution.

Une fois en institution, on assène aux personnels que l'établissement est un lieu de vie dans lequel ils doivent palier la dépendance. Ceci est vrai et faux. Oui, ce sont des lieux de vie, et oui,

Préface

les patients sont dépendants. Mais la très forte prévalence de troubles cognitifs devrait conduire à affirmer dans le même temps que la structure, le travail des professionnels, l'encadrement, la coordination et l'organisation managériale amènent à considérer qu'il s'agit également d'un lieu de soins des troubles cognitifs.

Un autre élément est majeur pour les soins non médicamenteux des troubles cognitifs dits dysexécutifs : c'est l'architecture et l'équipement de l'établissement.

La répartition des espaces qui favorisent l'orientation ou le repérage est déterminante pour accompagner le patient en lui permettant une autonomie. Les couleurs et le niveau sonore des salles collectives favoriseront le calme, réduiront l'anxiété. Les modifications de sons et de lumière aideront à retrouver un rythme jour / nuit. Des espaces de déambulation adaptés permettront de soulager le patient de sa nécessité impérieuse de marche, tout en évitant l'utilisation de traitements inadaptés.

Le document présenté par l'ANAP est une avancée majeure, fruit d'un travail rigoureux. Il affirme l'articulation entre projet de soin et projet d'architecture, ce qui est central pour comprendre son usage et donc sa disposition, comme le dirait tout architecte. De plus les repères de construit doivent s'imposer car ils sont au croisement entre d'une part des injonctions souvent contradictoires entre les donneurs d'ordre, les concepteurs et les utilisateurs, et d'autre part les enjeux de favoriser l'innovation, l'envie et le désir, qui sont de formidables moteurs de qualité.

Pr Gilles Berrut

Chef du pôle hospitalo-universitaire de Gériatrie Clinique, CHU Nantes
Responsable du centre mémoire de ressources et de recherche de Nantes
Vice-doyen formation de la Faculté de Médecine, Université de Nantes
Chercheur associé EA3443 Motricité Initiative Performance, Université de Nantes
Président du Gériatopôle régional des Pays de la Loire

Introduction

8

En France, on compte en 2015 7 394 EHPAD, soit 593 005 places¹ installées constituant un parc immobilier très important dont une grande partie a été construite entre 1960 et 1980. Les attentes et les modalités d'accompagnement des personnes âgées ayant évolué depuis ces dernières années, la modernisation de leur patrimoine s'avère nécessaire.

Les EHPAD doivent donc se moderniser tout en faisant évoluer leurs offres et leurs modalités d'accompagnement, le tout dans un contexte économique contraint. La modernisation du patrimoine étant un enjeu important pour le développement du secteur, la CNSA a, entre 2006 et 2015, dans le cadre du plan d'aide à l'investissement, aidé près de 3 100 projets médico-sociaux (dont 70 % pour les personnes âgées) pour un montant de 2,1 milliards d'euros.

Fort de ces constats, les principaux objectifs de ce document sont de fournir aux différents acteurs d'un projet de construction ou de restructuration d'un EHPAD, des éléments de repère à la fois en termes de surfaces, fonctionnels et organisationnels. Cette publication permet de disposer d'une approche multidimensionnelle d'un projet immobilier en liant le projet d'établissement, le projet personnalisé en EHPAD et les surfaces nécessaires tout en s'interrogeant sur les évolutions des modalités d'accompagnement de la personne âgée.

Ce document vient ainsi compléter le socle des outils de gestion patrimoniale en fournissant aux gestionnaires un appui dans leur réflexion sur l'adaptation de leur patrimoine au travers d'un projet de construction ou d'extension d'EHPAD. Il donne des repères sur le pré-dimensionnement en surfaces d'un investissement immobilier en lien avec l'organisation envisagée par le gestionnaire, et également des « tendances » dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Enfin, cette production a vocation à évoluer, au rythme des évolutions qui seront constatées dans le secteur des EHPAD, afin de rester une aide « concrète et d'actualité » auprès des gestionnaires.

Le présent document se présente en trois parties :

► Partie 1 : la nécessaire articulation entre le projet d'établissement et le projet immobilier

Cette première partie rappelle les différentes modalités d'accompagnement des personnes âgées et plus particulièrement au sein des EHPAD. Sont ensuite détaillées, la nécessaire articulation entre le projet immobilier et le projet d'établissement d'un EHPAD et les grandes fonctions au sein de ce dernier.

► Partie 2 : les repères de surface

La deuxième partie du document propose des repères de surface par grande fonction au sein d'un EHPAD avec la méthode de travail employée pour les définir. Une notice d'utilisation ainsi qu'un cas d'utilisation des repères de surface sont également proposés.

Il s'agit d'une première version de repères de surface qui sera amenée à être actualisée régulièrement par l'ANAP, notamment pour prendre en compte les évolutions des modes d'accompagnement et les retours des gestionnaires.

► Partie 3 : les enseignements issus de retours d'expériences et les enjeux de l'EHPAD de demain

Afin de faire le lien entre des modalités d'accompagnement mises en œuvre par différents gestionnaires et leurs éventuels impacts en termes de surface, plusieurs retours d'expériences sont présentés dans cette troisième partie. Ils permettent de disposer de différentes modalités mises en œuvre par des gestionnaires, et ainsi d'identifier et de conforter des tendances dans l'accompagnement des personnes âgées. Ces retours d'expériences ont été sélectionnés en lien avec les gestionnaires et les fédérations sans que l'exhaustivité ait été recherchée. Ils diffèrent toutefois en termes de projet, de statut et d'environnement.

Pour élaborer ce document, l'ANAP a mis en place un groupe de travail composé de gestionnaires publics, privés non lucratif et privés commerciaux, de programmistes, de fédérations, de représentants de la DGCS et de la CNSA. Ce groupe de travail s'est prononcé sur la pertinence des ratios proposés, les différentes thématiques abordées au regard du périmètre du projet et a validé cette production.



PRÉCAUTIONS DE LECTURE

Les repères de surface ne constituent ni une norme, ni un outil de programmation. Ils permettent de disposer d'éléments chiffrés pour le pré-dimensionnement en surface d'un projet d'EHPAD. Il est recommandé de les mettre en œuvre lors de l'étude d'opportunité ou de faisabilité d'un projet.

Les retours d'expériences et les focus présentés diffèrent à la fois par leur objet, statut, leur environnement. Toutefois :

- Il ne s'agit pas d'un recueil de « belles histoires » : les retours d'expériences mettent en avant les réussites mais également les points de vigilance sur chacune des actions mises en place ;
- Les retours d'expériences constituent un panel d'actions possible à mettre en œuvre mais ne constituent en aucun cas des normes.

1 - Source DREES - Statiss 2015.

Introduction



LES PRODUCTIONS DE L'ANAP SUR LE PATRIMOINE IMMOBILIER POUR LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

L'ANAP a développé, depuis 2013, ses actions vers l'immobilier du médico-social afin d'aider ce secteur à s'organiser sur cette thématique. Les enjeux liés à ce patrimoine sont importants : un très grand nombre d'établissements et de services (de l'ordre de 33 000) dont la surface globale se situe entre 30 et 40 millions de m² (soit de l'ordre de la moitié du patrimoine sanitaire public et privé) et dont une partie significative date des années 70.

Ces actions s'inscrivent dans une démarche globale de gestion patrimoniale et de plan pluriannuel d'investissement au titre des CPOM avec la production d'outils permettant de mieux connaître l'une des composantes principales du « reste à charge », à savoir la composante immobilière du tarif hébergement.

En effet, le tarif hébergement pratiqué dans les EHPAD recouvre « l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies ». Il intègre à ce titre tous les coûts liés aux investissements meubles et immeubles, ainsi que toutes les charges relatives à l'exploitation générale de l'immobilier (administration générale, animation, logistique et services à caractères hôteliers, etc.).

À l'instar de ses productions pour les établissements sanitaires, l'ANAP a un programme de travail composé de projets structurants pour le secteur médico-social. Il doit permettre ainsi aux gestionnaires de décliner une stratégie patrimoniale pour leurs établissements sur la base des grandes actions de gestion :

Connaître - entretenir et adapter - valoriser - céder

► La connaissance de leur patrimoine

La mise en place d'un inventaire du patrimoine, au travers du Tableau de bord du médico-social a été réalisée en 2014 et les données sont mises à jour dans la version généralisée du Tableau de bord.

► L'entretien et le renouvellement de leur immobilier existant

La prise en compte par les établissements médico-sociaux du renforcement de la qualité de l'entretien de leurs actifs immobiliers : un ensemble d'outils et de recommandations leur permettant d'élaborer un véritable plan stratégique de maintenance est diffusé depuis fin 2015.

► L'impact d'un investissement immobilier dans le tarif hébergement

- L'élaboration d'un outil et des recommandations permettant de calculer l'impact d'un investissement immobilier dans le tarif hébergement est disponible depuis juin 2016.
- La mise en place d'une base de données de coûts de construction d'EHPAD (OSCIMES - <https://www.oscimes.fr/>).

► L'appui aux établissements médico-sociaux dans la valorisation de leur patrimoine en vue d'une cession (6 établissements répartis sur le territoire métropolitain sont accompagnés depuis le début 2016).

Par ailleurs, l'ensemble des ressources sur la gestion du patrimoine immobilier sélectionnées par l'ANAP est disponible via la plateforme thématique créée à cet effet : <http://immobilier.anap.fr/>

Elle offre un accès simplifié à des guides, des outils, des méthodes et des retours d'expériences.



1

La nécessaire articulation
entre le projet d'établissement
et le projet immobilier

Chapitre 1

La nécessaire articulation entre le projet d'établissement et le projet immobilier

1. L'accompagnement de la personne âgée : les établissements et les services

Selon les besoins, et en complément des services qui interviennent à domicile, les personnes âgées peuvent être accueillies et accompagnées par différents types d'établissements, en particulier des résidences autonomie, des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des Petites unités de vie (PUV), des accueils temporaires, des accueils de jours ou des résidences-services. Ceux-ci sont complétés par des établissements sanitaires : Unités de soins de longue durée (USLD), services gériatriques... Les établissements

et services pour les personnes âgées ont connu ces dernières années une évolution liée au vieillissement de la population. Ce constat est confirmé par la CNSA - extrait des chiffres clés de l'autonomie 2016 « Une partie de l'offre d'hébergement a été médicalisée pour devenir des EHPAD, afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes. Depuis 2006, cette restructuration s'est accompagnée d'une augmentation de 9 % du volume total de l'offre d'hébergement pour les personnes âgées. Durant la même période, les services médicalisés ont progressé de 42 % ».

En termes de volume, les EHPAD sont les plus nombreux (plus de 7 000 établissements) avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Figure 1 : Les établissements et services intervenant auprès de la personne âgée²

11

	Personnes âgées	Principaux partenaires
SERVICES	SSIAD	--> Médecine de ville --> Intervenants paramédicaux libéraux
	SAAD	
	SPASAD	
ALTERNATIVES	Hébergements temporaires	--> Établissement de santé (USLD, SSR, HAD, MCO, Urgences, soins palliatifs...)
	Accueils de jour	--> Santé mentale (adultes)
		--> CLIC --> MAIA --> Réseaux de santé
HÉBERGEMENT	Établissements « médicalisés »	--> Services à la personne
	EHPAD (dont PASA, UHR et certaines PUV)	
	Établissements non « médicalisés »	--> Accueillants familiaux
	EHPAD (dont PUV, Logements-foyer)	

■ Financement AM ■ Financement CD ■ Co-financement AM-CD

2 - Le secteur médico-social - Comprendre pour agir mieux - ANAP - 2013 : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/le-secteur-medico-social-comprendre-pour-agir-mieux/>

Chapitre 1

La nécessaire articulation entre le projet d'établissement et le projet immobilier

12

Pour répondre aux besoins des personnes âgées, l'offre des gestionnaires se diversifie et parfois par le biais de nouveaux modes d'accompagnement dans le cadre de projets innovants ou expérimentaux autorisés. Pour rappel :

- ▶ L'innovation peut s'exprimer au travers de modalités nouvelles d'accompagnement qui s'inscrivent dans le cadre réglementaire des établissements et services médico-sociaux ;
- ▶ L'expérimentation concerne les projets qui sortent du cadre réglementaire s'agissant du contenu de l'accompagnement, du public, du mode de financement ou de tarification.

Des exemples d'appels à projets à caractère innovant et expérimental sont détaillés dans la publication « Le secteur médico-social - Comprendre pour agir mieux » publié par l'ANAP³ avec notamment une structure innovante de type EHPAD proposant des places pour des personnes handicapées vieillissantes avec un service d'accompagnement à la vie sociale et un espace d'accueil et de relais aux aidants.

2. Les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD

Les EHPAD peuvent proposer plusieurs modes d'accompagnement :

- ▶ **Hébergement collectif permanent** : les EHPAD permettent à titre principal l'hébergement collectif et permanent de personnes âgées semi-dépendantes, dépendantes et/ou désorientées. Ils assurent une prise en charge globale de la personne : hébergement en chambre, repas, soins, animation. L'EHPAD est considéré comme étant le domicile de la personne âgée ;
- ▶ **Hébergement temporaire** de personnes âgées pour 1 semaine à 3 mois par an ;
- ▶ **Accueil de jour** de personnes présentant des troubles cognitifs ;

- ▶ Hébergement collectif permanent, soins et activités adaptés pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, ayant des troubles du comportement sévères au sein d'**Unités d'hébergement renforcé (UHR)** ;
- ▶ Accueil dans la journée de résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés au sein de **Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)**.

Tous les EHPAD ne proposent pas l'intégralité de ces types d'accompagnement.

Une fiche EHPAD détaillant les modes d'accompagnement, leur fonctionnement, la solvabilité du dispositif, les professionnels qui y interviennent et leur représentativité sur le territoire est disponible sur le site de l'ANAP.

Par ailleurs, pour assurer l'accompagnement des personnes âgées d'autres fonctions et activités sont nécessaires :

- ▶ Prestations de soins et activités de rééducation, éducation, prévention ;
- ▶ Fonction administrative ;
- ▶ Fonction logistique médico-technique qui peut comprendre l'infirmerie, la pharmacie ;
- ▶ Fonction hôtelière et logistique qui comprend la fonction repas (dont la production peut être interne ou externe), linge, ménage, technique / maintenance.

Les EHPAD doivent disposer de l'ensemble de ces fonctions, dont certaines pouvant être externalisées comme par exemple le linge, pour assurer leurs missions. Cependant, l'organisation de ces fonctions et activités varie d'un EHPAD à l'autre et dépend de plusieurs paramètres : organisation du gestionnaire, projet d'établissement, projet personnalisé, foncier disponible, coopération avec d'autres établissements (ex : pharmacie, repas...).

3 - Le secteur médico-social - Comprendre pour agir mieux - ANAP - 2013 : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/le-secteur-medico-social-comprendre-pour-agir-mieux/>

Chapitre 1

La nécessaire articulation entre le projet d'établissement et le projet immobilier

En résumé, l'EHPAD est donc un établissement dont les modes d'accompagnement varient d'un établissement à l'autre, comprenant nécessairement 3 grandes fonctions.

LES GRANDES FONCTIONS AU SEIN D'UN EHPAD

Les trois grandes fonctions au sein d'un EHPAD se décomposent en plusieurs secteurs fonctionnels⁴, dont l'organisation et le périmètre varient d'un établissement à l'autre. Il s'agit d'un découpage par fonction qui ne constitue pas une norme en termes d'organisation et de périmètre. Ces fonctions peuvent être complétées par d'autres activités ou services comme par exemple un SSIAD, association, des espaces extérieurs...

Lieux de vie
et locaux associés

Espaces
thérapeutiques

Espaces
administratif
et logistique
(support)

3. Le projet immobilier au service du projet d'établissement

Le projet d'établissement qui s'impose aux établissements médico-sociaux (article L311-8 du code de l'action sociale et des familles) doit définir les « objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ». Chaque gestionnaire doit donc préciser dans son projet d'établissement : le projet d'accompagnement, le projet personnalisé, de soins, social, d'animation...

Les projets immobiliers concernant des EHPAD doivent être pensés et conçus systématiquement avec une approche globale pour dépasser la logique purement comptable. En effet, un projet immobilier n'est pas qu'un investissement financier, il a un impact

sur le projet d'établissement et de vie des résidents ainsi que sur les professionnels dans l'exercice de leur fonction. Ainsi, le projet immobilier doit être élaboré de manière participative en intégrant au maximum les professionnels⁵ et les parties prenantes au projet architectural. Afin de fédérer l'ensemble des parties prenantes, il convient de les associer non seulement à la phase de programmation, mais aussi tout au long du projet, jusqu'à son ouverture.

Le projet d'établissement, de par la définition des modalités d'accompagnement et des services proposés aux résidents, a une incidence sur l'organisation des locaux et les surfaces allouées en fonction des usagers accueillies (ex : Alzheimer, personne handicapée vieillissante). À titre d'exemple, un gestionnaire peut faire le choix d'une plus grande surface consacrée aux parties collectives afin de privilégier les moments de partage et les animations.

En résumé, le gestionnaire définit une stratégie en lien avec les choix d'accompagnement qu'il décline ensuite dans le projet d'établissement et le projet personnalisé. Ces derniers auront un impact sur les décisions prises en terme de construction de nouveaux bâtiments ou impliqueront une réflexion pour tenir compte des contraintes architecturales.

Par ailleurs, depuis le 28 décembre 2015, la loi d'Adaptation de la société au vieillissement (ASV) impose de nouvelles obligations aux EHPAD. Elle instaure notamment le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) en lieu et place de la convention tripartite. À compter du 1^{er} janvier 2017, et dans un délai de cinq ans, les organismes gestionnaires et gestionnaires d'EHPAD devront obligatoirement conclure, pour 5 ans, un CPOM avec le président du Conseil départemental et le directeur général de l'Agence régionale de santé. Le CPOM définit des objectifs en matière de qualité et d'efficacité en contrepartie de perspectives pluriannuelles sur le financement des établissements. La définition de ces derniers découle notamment des objectifs fixés dans le cadre du Plan régional de santé (PRS), du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale et des projets d'établissement. Par conséquent, le CPOM intègre également des objectifs relatifs à l'amélioration des conditions d'accueil en lien avec le projet immobilier.

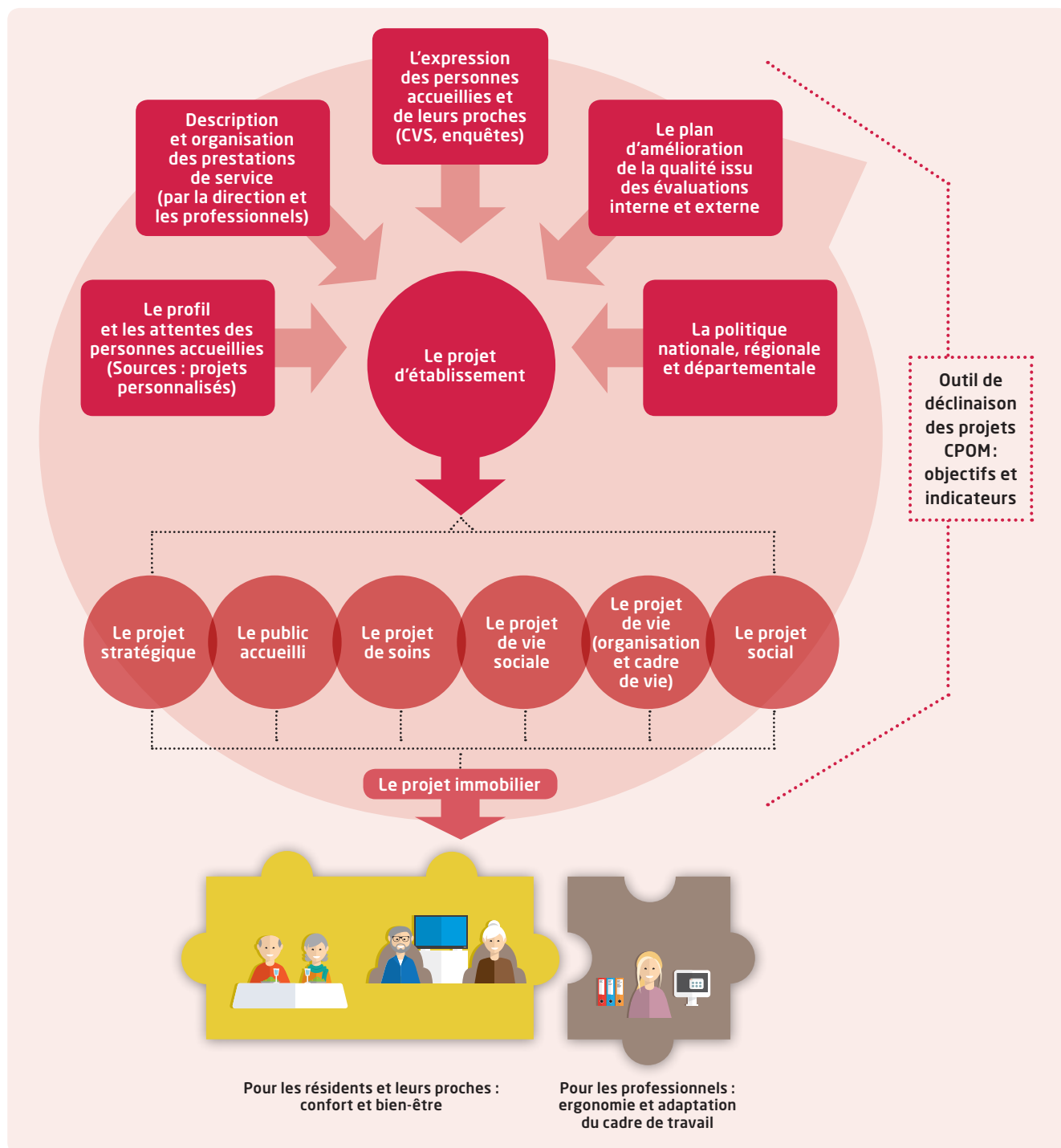
4 - Les secteurs fonctionnels sont détaillés dans la partie 2 - Les repères de surface du présent document.

5 - Fiche n°1 ANAP - du projet d'établissement au projet immobilier - 2016 : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/zoom-sur-impact-dun-investissement-sur-le-prix-de-journee-en-ehpad/>

Chapitre 1

La nécessaire articulation entre le projet d'établissement
et le projet immobilier

Figure 2 : Les liens entre le projet immobilier et le projet d'établissement



Chapitre 1

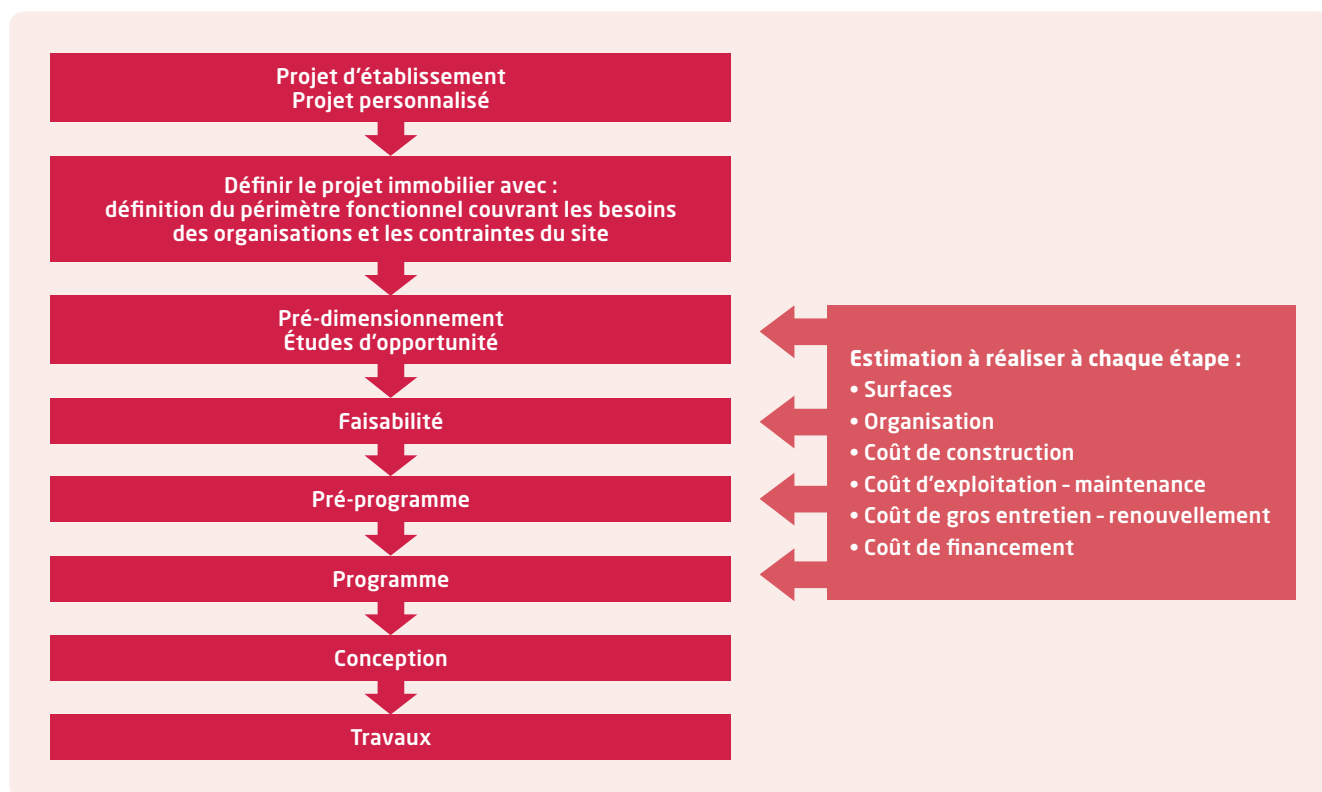
La nécessaire articulation entre le projet d'établissement et le projet immobilier

La définition des besoins et du projet immobilier passe par des étapes successives que sont le pré-dimensionnement, le pré-programme et le programme permettant de préciser et d'affiner les attentes. Pour chacune de ces étapes, le projet immobilier doit faire l'objet d'une estimation des surfaces et des coûts de construction, de financement, d'exploitation, de maintenance et de gros entretien-renouvellement.

Pour définir les surfaces d'un projet, le gestionnaire doit préciser les modes d'accompagnement proposés, les fonctions couvertes ainsi que les organisations retenues. De fait, un ratio global par m² à la place ne peut être pertinent car il ne reflète pas le périmètre fonctionnel. Ce ratio « global » ne peut être utilisé que pour comparer des projets à périmètre fonctionnel et organisationnel comparable.

C'est pourquoi afin de pouvoir apprécier les surfaces nécessaires d'un EHPAD, le groupe de travail a défini des secteurs fonctionnels pour chaque grande fonction d'un EHPAD.

Figure 3 : Les grandes étapes d'un projet immobilier



TÉLÉMÉDECINE



GCSMS PUI



PLATEFORME
D'ACCOMPAGNEMENT
ET DE RÉPIT



PHARMACIE



LES GRANDES FONCTIONS ET ACTIVITÉS AU SEIN D'UN EHPAD

ATELIER
TECHNIQUE



BLANCHISSERIE



LOGISTIQUE
HÔTELIÈRE ET
TECHNIQUES CENTRALES



LOGISTIQUE MÉDICO-
TECHNIQUE



LIEUX DE VIE ET
LOCAUX ASSOCIÉS



LOCAUX
SUPPORTS ASSOCIÉS



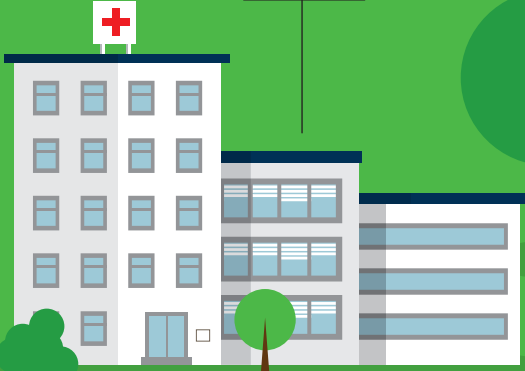
ESPACES
THÉRAPEUTIQUES



MÉDECINE
DE VILLE



HÔPITAL



SPASAD
SSIAD
SAAD



PASA



UHR



EHPAD
HORS LES MURS



HÉBERGEMENT
TEMPORAIRE



UNITÉS
ALZHEIMER



ESPACE
ADMINISTRATIF



ACCUEIL
DE JOUR



CUISINE



ESPACE DE CONVIVIALITÉ



COIFFEUR



RÉSEAU
CLIC MAIA



IDE, KINÉSITHÉRAPEUTE...



PHARMACIE



DOMICILE

EHPAD HORS
LES MURS





2

Les repères
de surface

Chapitre 2

Les repères de surface

1. Principes des repères de surface

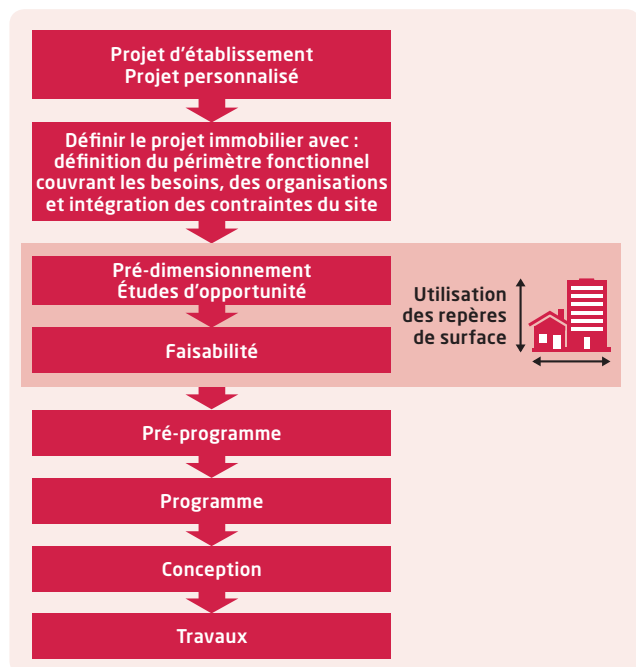
Les repères de surfaces proposées dans le présent document permettent de déterminer les surfaces utiles et les surfaces dans œuvre⁶ d'un projet d'EHPAD. Ces repères se déclinent pour chaque secteur fonctionnel présent au sein de l'EHPAD avec des propositions de fourchettes haute et basse pour la surface utile et également pour le ratio SDO/SU.



POINT DE VIGILANCE

Ils ont pour objectif de fournir aux différents acteurs d'un projet de construction d'un EHPAD des éléments de repère relatif au pré-dimensionnement global d'une opération. Il est préconisé de les mettre en œuvre lors des études d'opportunité et de faisabilité d'un projet.

Figure 4 : Quand utiliser les repères de surface ?



Les ratios peuvent être utilisés par l'équipe de direction avec les groupes « utilisateurs » lors de réflexions sur les modes d'organisation pour définir les surfaces nécessaires ou alors entre un gestionnaire et son autorité de tarification et de

contrôle dans le cadre des études préalables d'un projet immobilier. Ils ne visent en aucun cas à imposer des modes d'accompagnement ou des modalités d'organisation.



POINT DE VIGILANCE

Leur utilisation ne peut être pertinente qu'en contrepoint d'un projet d'établissement abouti, précisant en particulier les types d'accompagnement, le profil des personnes accompagnées, d'un schéma directeur, voire d'un programme. De même, il ne saurait se substituer aux études des professionnels qui travaillent aux côtés des établissements pour l'élaboration de ces différentes phases d'un projet.

Pour établir les repères de surface, le groupe de travail s'est appuyé sur deux idées directrices :

- La recherche d'un lien entre le projet d'établissement et les secteurs fonctionnels en EHPAD avec des unités d'œuvre associées (place, nombre de repas...);
- La détermination d'un lien entre cette unité d'œuvre et une fourchette de surfaces repère.

Cette démarche peut s'illustrer de la manière suivante :



L'approche qui a été retenue est celle de l'affectation d'une surface à une fonction, cette dernière n'étant pas impérativement localisée dans une seule zone physiquement délimitée (comme, par exemple, la fonction « espace de convivialité »). C'est pourquoi l'utilisation de ces ratios est plus adaptée à un projet global qu'à un projet immobilier partiel. En outre, les ratios ont été conçus de manière souple, afin de pouvoir s'adapter aussi facilement que possible à un éventail très large d'établissements, de tailles et de types d'activité différents.

Un autre choix structurel a été entériné lors de l'élaboration de cet outil : celui de ne pas distinguer *a priori* un dimensionnement pour le secteur privé et un autre pour le secteur public. Sur bien des fonctions, aucun argument technique n'impose cette segmentation.

Pour faciliter la prise en main des repères de surface, un cas d'utilisation est présenté afin de préciser le lien entre la fonction et l'organisation.

6 - La définition des surfaces est donnée en annexe au présent document.

Chapitre 2

Les repères de surface

2. Élaboration des repères pour le pré-dimensionnement en surface

2.1 Méthode

Pour rappel, l'ANAP pour élaborer ce document a mis en place un groupe de travail composé de gestionnaires publics, privés non lucratifs et privés commerciaux, de programmistes, de fédérations, de représentants de la DGCS de l'ANESM et de la CNSA. Les rencontres se sont déroulées en plusieurs temps :

- Définition des secteurs fonctionnels caractérisant les modes d'accompagnement, le fonctionnement et les activités au sein d'un EHPAD ;
- Constitution d'un panel de 28 projets publics, privés non lucratifs et privés commerciaux. L'ensemble des surfaces utiles et dans œuvre des 28 projets ont été remesurées, ventilées par secteur fonctionnel et analysées ;
- Pour chaque secteur fonctionnel, définition des repères de surface avec les unités d'œuvre associées à partir du panel. Les repères de surface ont ensuite été revus et ajustés par le groupe de travail.

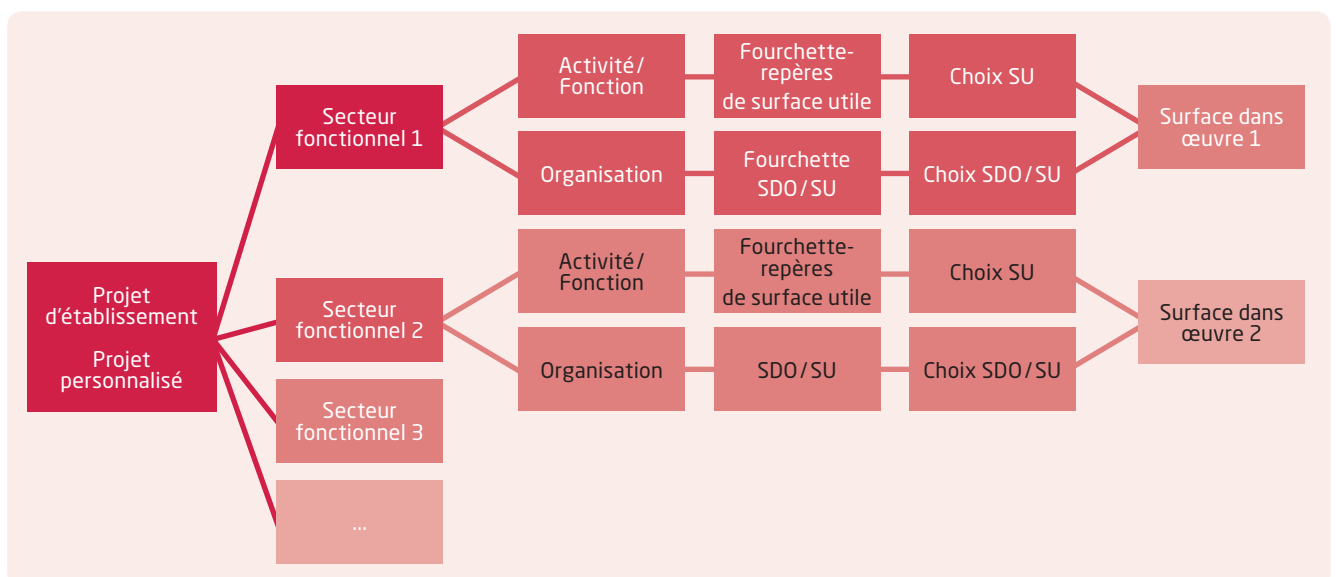
Les fourchettes de surfaces sont exprimées en m² de Surface utile (SU) et de Surface dans œuvre (SDO). La définition de ces

surfaces figure dans OSCIMES⁷ et en annexe. Les surfaces exprimées dans ces fourchettes sont celles propres à chaque secteur fonctionnel ou partie de secteur fonctionnel. Il convient donc de ne pas prendre en compte dans ces ratios les surfaces des locaux techniques et les circulations générales qui font l'objet d'une analyse spécifique décrite ci-après.

Les repères de surface utile s'appliquent plus à des fonctions qu'à des secteurs géographiques. Le ratio SDO/SU pour chaque secteur permet ensuite de tenir compte de l'impact organisationnel retenu par le gestionnaire. L'existence d'une borne basse et d'une borne haute ne doit pas être considérée comme une incitation ou une justification à se référer systématiquement à la borne haute ou basse. Les commentaires associés à chaque secteur précisent les facteurs techniques qui font que l'objectif doit se situer soit du côté de la borne basse, soit du côté de la borne haute : ex : organisation des secteurs, niveau de mutualisation des locaux logistiques entre les unités de vie, taille de la chambre... En l'absence de spécificité, c'est le milieu de la fourchette qui est à retenir.

La volonté de disposer d'un outil simple, support de dialogue, a conduit le groupe de travail à adopter une approche volontairement resserrée des grandes fonctions au sein d'un EHPAD. Il a été pris le parti de regrouper des fonctions éparses sous le terme administratif et logistique ou espaces thérapeutiques. En effet l'analyse sur la globalité de la fonction est plus pertinente que sur la somme de chacune de ses composantes.

Figure 5 : Principe d'utilisation des repères de surface



7 - OSCIMES : <https://www.oscimes.fr/>

Chapitre 2

Les repères de surface

Par ailleurs, certaines fonctions n'ont pas fait l'objet de propositions comme par exemple la blanchisserie pour lesquelles une étude spécifique doit être menée.

Le groupe de travail a choisi de limiter les commentaires sur chaque item aux considérations qui définissent le domaine de validité des hypothèses. Il s'est refusé à préciser ce qui relève des choix d'organisation internes afin de ne pas imposer des standards.

2.2 Caractéristiques du panel

Le panel étudié comprend des projets de constructions neuves ou d'extension-restructuration (mixtes) d'EHPAD. Il comporte 28 projets :

- ▶ 16 projets d'établissements publics (public autonome ou rattaché à un centre hospitalier);
- ▶ 10 projets d'établissements privés non lucratifs;
- ▶ 2 projets d'établissements privés commerciaux.

Figure 6 : Répartition des projets étudiés par statut

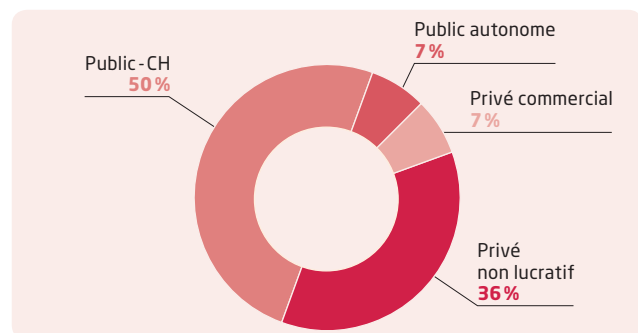


Figure 7 : Répartition des projets neufs/mixtes

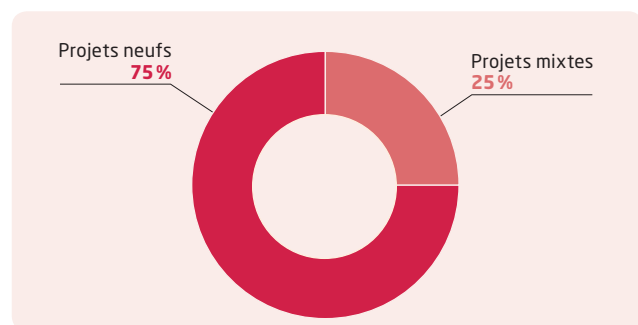


Figure 8 : Nombre de places par projet

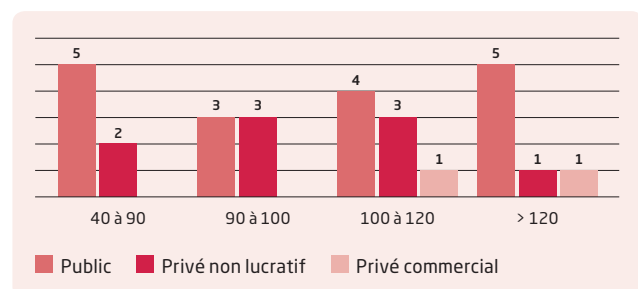


Figure 9 : En nombre de projets

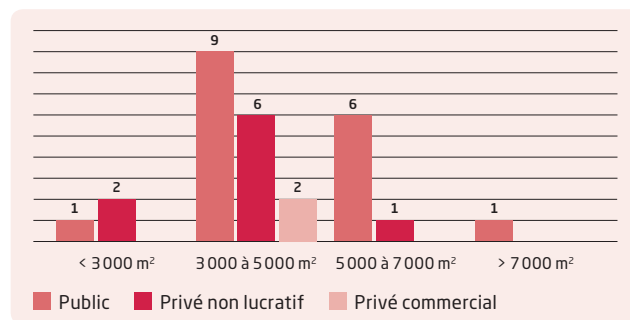
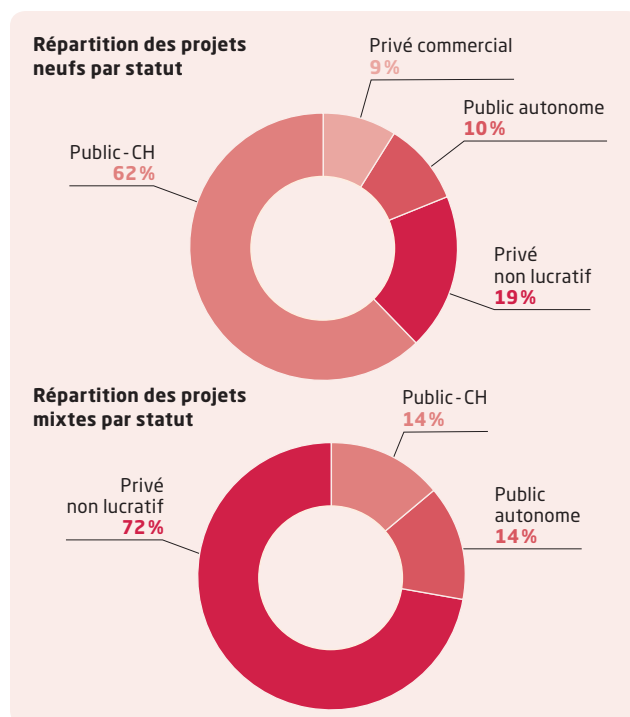


Figure 10 : Répartition du panel neufs et mixtes par statut



Afin de disposer de données fiables et récentes, il n'a été retenu que des projets en début de chantier ou en phase d'exploitation depuis moins de 5 ans. Les projets vont de 2 000 m² SU à plus de 9 000 m².

Tous les projets ont été remesurés par le même cabinet métreur pour disposer des données fiables et homogènes. Plus de 130 000 m² SU ont donc été remesurés dans le cadre de ce projet. Ce panel constitue plus de 3 200 places d'hébergements réparties sur 28 projets.

Les fourchettes de surface par secteur ont ensuite été revues et ajustées par le groupe de travail afin de tenir compte des évolutions des modalités d'accueil de la personne âgée.

Chapitre 2

Les repères de surface

3. Les repères de surface

3.1 Notice d'utilisation

Pour rappel, les fourchettes de surface utile s'appliquent plus à des fonctions qu'à des secteurs géographiques même s'il y a concordance pour certains items comme par exemple le PASA. À l'inverse, les espaces de convivialité et de vie sociale peuvent être situés et répartis sur plusieurs zones géographiques : dans les unités de vie, au rez-de-chaussée en espace commun partagé ou un mixte des deux organisations. Cela explique aussi pourquoi l'utilisation des ratios n'est pertinente que pour des projets complets.

Le cas d'utilisation en s'appuyant sur des exemples détaille l'utilisation des repères de surface proposés dans le présent document. Il y a lieu d'éviter de sommer les bornes hautes et basses.

3.2 Fonctions et secteurs fonctionnels

Figure 11 : Fonctions et secteurs fonctionnels

Lieux de vie et locaux associés	Espaces privés	Comprend la chambre et la salle de bain pour tout type d'hébergement : hébergement permanent, hébergement temporaire, Alzheimer, UHR...
	Locaux supports associés	Comprend les locaux supports nécessaires au fonctionnement de l'unité de vie : poste de soins / stockage relais / petit matériel, buanderie / réserve / office support / logistique propre et sale, entretien des familles, salle de bains commune...
	Espaces de convivialité (collectifs) et de vie sociale	Comprend les espaces de convivialité et de vie sociale. Les locaux peuvent être au niveau des unités de vie et / ou communs à l'ensemble de l'établissement. Ils comprennent : salle à manger, cuisine thérapeutique, salon, lieu de culte, lieu multiconfessionnel, coiffeur, esthéticienne...
	Accueil de jour	Comprend tous les locaux nécessaires au fonctionnement de l'accueil de jour
	PASA	Comprend tous les locaux nécessaires au fonctionnement du PASA
Espaces thérapeutiques	Espaces thérapeutiques	Comprend les locaux associés aux activités suivantes : activités de rééducation / plateau : kinésithérapie, ergothérapie, balnéothérapie, espaces Snoezelen, pôle soins : médecin, cadre... , consultations-consultations spécialisées-consultations avancées (psycho...), Zone de prévention, d'éducation et rééducation
Espaces administratif et logistique (Support)	Espaces administratifs	Comprend les locaux suivants : bureaux / accueil, salles de réunion, détente, locaux IRP... et archives
	Logistique médico-technique	Comprend les locaux associés aux espaces suivants : PUI-zone de préparation, infirmerie centrale, salle de présentation-dépôt mortuaire
	Logistique hôtelière et technique centrales	Comprend les locaux associés aux fonctions suivantes : cuisine centrale (unité centrale de production), office relais, blanchisserie / lingerie, réserves centrales / stockage, locaux logistiques propre et sale (déchets, ménage), atelier technique, entretien-maintenance. Il s'agit des fonctions qui sont centralisées au niveau d'un espace logistique commun.

Chapitre 2

Les repères de surface

Sur la base du panel, il est constaté qu'en moyenne 75 % de la surface utile d'un projet est dédiée aux locaux de vie y compris locaux associés (chambres, espaces de convivialité...) et donc aux différentes modalités d'hébergement et d'accueil de la personne âgée.

Les espaces thérapeutiques et les fonctions logistiques supports couvrent quant à eux une faible part de la surface globale d'un EHPAD.

Il est important de noter que les espaces thérapeutiques qui constituent un élément essentiel du projet d'établissement n'ont qu'une très faible incidence sur le projet immobilier. Il est donc impératif pour les gestionnaires de bien préciser, au moment de la définition des besoins, les services/activités et les locaux nécessaires relatifs à ces espaces afin d'apprécier les surfaces nécessaires.

Par ailleurs, les espaces extérieurs et terrasses ont été sortis du périmètre de l'étude. En effet, les surfaces allouées étant dépendantes du foncier disponible et du projet architectural, aucun ratio de surface ne peut être proposé.



PRÉCAUTION DE LECTURE POUR LES REPÈRES DE SURFACE

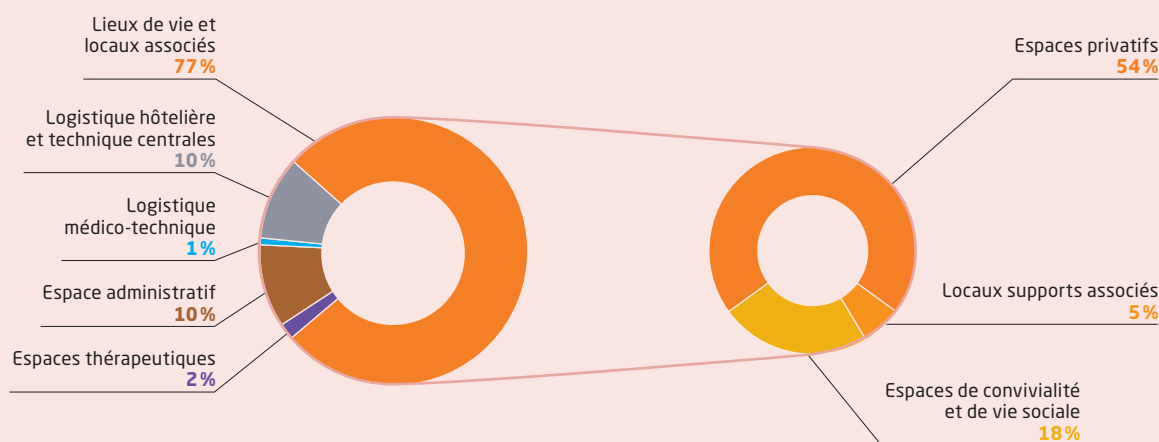
L'utilisation des repères de surface proposés dans la première partie du présent document doit être assortie de précautions d'usage. Il est rappelé que les repères de surface ne constituent pas des ratios normatifs pour la construction ou la restructuration d'un EHPAD, ni un outil de programmation. Ils ne visent pas à imposer des modes d'organisation. Ils sont destinés au pré-dimensionnement d'un investissement immobilier et ne remplacent pas la phase de programmation. Il est préconisé de mettre en œuvre les repères de surface lors d'étude d'opportunité ou de faisabilité d'un projet.

Les repères proposés couvrent toutes les grandes fonctions d'un EHPAD. En apportant une démarche et des valeurs repères, ce document aide l'équipe projet à évaluer des besoins en locaux et en surfaces, pour un périmètre défini par l'établissement (projet d'établissement et projet personnalisé). Les repères proposés ne sont applicables qu'à des projets neufs.

Par ailleurs, la capacité d'accueil de l'EHPAD relève d'une stratégie globale d'un gestionnaire en lien avec le projet d'établissement, c'est la raison pour laquelle ce point n'est pas abordé dans le présent document.

23

Figure 12: Exemple de répartition des surfaces utiles par secteur d'un projet du panel



Chapitre 2

Les repères de surface

3.3 Lieux de vie et locaux supports associés

Lieux de vie et locaux supports associés (hors PASA et accueil de jour)

Comprennent* :

- Les espaces privatifs (chambres y compris salle de bain);
- Les locaux supports associés aux lieux de vie (poste de soins, salle de bain commune, locaux logistiques relais...);
- Les espaces de convivialité (collectifs) et de vie sociale.

Fourchette-repère de SU / paramètre unitaire : 27 à 34 m²/place (hors PASA et accueil de jour)
Ratio SDO / SU du secteur : 1,30 à 1,40

Principales hypothèses :

- ▶ 100 % de chambres individuelles avec une surface comprise entre 20 et 22 m² SU.

La proposition de surface utile du secteur est fonction de :

- ▶ Du profil des résidents : forte dépendante, Alzheimer, personnes handicapées vieillissantes...;
- ▶ La capacité d'accueil de l'unité de vie : hébergement permanent et temporaire hors PASA et accueil de jour;
- ▶ Du niveau de mutualisation des locaux administratifs, logistiques, des espaces de convivialité et de vie sociale entre unités de vie;
- ▶ Du nombre de personnes accueillies dans les espaces de convivialités et de vie sociale.

Les UHR et les unités Alzheimer seront situées dans le haut de la fourchette car ces unités doivent disposer de locaux dédiés et non mutualisables.

> Point de vigilance

La fourchette-repère de surface n'est valable que pour des unités de vie dont la surface utile de la chambre est comprise entre 20 et 22 m².

Pour une unité d'hébergement renforcée, se conformer au décret relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes dépendantes⁸ et aux recommandations de l'ANESM⁹.

La destination des espaces de convivialité et de vie sociale peut évoluer tout au long de la journée. Il y a donc lieu de ne pas comptabiliser plusieurs fois les locaux associés.

Les places d'accueil de jour, de PASA, de chambres d'hôtes... ne sont pas à comptabiliser dans le nombre de places.

Sont exclues de la fourchette-repère les surfaces extérieures (terrasses ou jardins).

Si des bureaux (hors entretien famille) sont prévus dans ce secteur, ils seront à déduire des secteurs « espaces thérapeutiques et d'accompagnement » et « administratif » afin d'éviter de les comptabiliser plusieurs fois.

(*) *Détail des fonctions/locaux associés à ce secteur*

Lieux de vie et locaux associés	Espaces privatifs	Comprennent la chambre et la salle de bain pour tout type d'hébergement : hébergement permanent, hébergement temporaire, Alzheimer, UHR...
	Locaux supports associés	Comprennent les locaux supports nécessaires au fonctionnement de l'unité de vie : poste de soins / stockage relais / petit matériel, buanderie / réserve / office support / logistique propre et sale, entretien des familles, salle de bains commune...
	Espaces de convivialité (collectifs) et de vie sociale	Comprennent les espaces de convivialité et de vie sociale. Les locaux peuvent être au niveau des unités de vie et/ou communs à l'ensemble de l'établissement. Ils comprennent : salle à manger, cuisine thérapeutique, salon, lieu de culte, lieu multiconfessionnel, coiffeur, esthéticienne...

8 - Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

9 - Document à paraître ultérieurement à la parution du présent document.

Chapitre 2

Les repères de surface



POINT DE VIGILANCE SUR L'UTILISATION DES RATIOS DU SECTEUR « LIEUX DE VIE ET LOCAUX SUPPORTS ASSOCIÉS » HORS PASA ET ACCUEIL DE JOUR

Pour déterminer la surface à allouer pour ce secteur, deux méthodes sont proposées :

► **Méthode 1 - globale**

Le calcul de la surface du secteur est réalisé à partir de la surface repère globale et du nombre de places de l'EHPAD (hors PASA et accueil de jour).

► **Méthode 2 - détaillée**

Le calcul de la surface est réalisée en s'appuyant sur les surfaces repères par sous-catégorie en fonction de l'organisation organisation et spatiale retenue.

La fourchette de surfaces repères proposée en m² SU se décompose comme suit :

• <i>Espace privatif (chambre) par place</i>
20 m ² ← 22 m ²
• <i>Locaux supports associés par place</i>
1 m ² ← 3,4 m ²
• <i>Espaces de convivialité et de vie sociale par place</i>
6 m ² ← 12 m ²

Le bas de la fourchette correspond à des unités dont ces fonctions sont mutualisées avec d'autres unités de vie. Le haut de la fourchette correspond à des unités indépendantes.

Le bas de la fourchette correspond à des unités dont ces fonctions sont mutualisées avec d'autres unités de vie. Le haut de la fourchette correspond à des unités indépendantes de type Alzheimer ou UHR.

ATTENTION

Ces repères par sous-fonction sont issus du panel. Ils sont donc issus de constat et permettent d'apprécier la répartition des surfaces par sous-fonction au sein de ce secteur.

Les fourchettes hautes peuvent se cumuler dans le cas d'unités Alzheimer ou UHR.

25

EXEMPLE : 84 PLACES D'HÉBERGEMENT À TEMPS COMPLET

MÉTHODE 1 - GLOBALE

Position dans la fourchette

27 m² ← 30 ← 34 m²

Calcul : $84 \times 30 =$ soit un total de 2 520 m² SU.
L'utilisateur peut choisir de garder cette surface pour le secteur des lieux de vie ou choisir de préciser cette surface en fonction des choix organisationnels qu'il a défini.

MÉTHODE 2 - DÉTAILLÉE

• Choix de la taille de la chambre : 20 m² SU.

• Locaux supports associés.

Les locaux supports seront mutualisés, il y aura des locaux communs à deux unités de vie. On choisit la fourchette basse car ces locaux sont mutualisés.

1 m² ← 1 ← 3,4 m²

• Espaces de convivialité et de vie sociale.

Au niveau des unités de vie, des salons communs et des salles à manger communes à deux unités de vie sont prévus pouvant accueillir 40 % des résidents.

L'utilisateur peut choisir de garder cette surface pour le secteur des lieux de vie ou choisir de préciser cette surface en fonction des choix organisationnels qu'il a défini.

Au niveau des espaces communs à l'EHPAD, une salle à manger, ainsi qu'un salon / salle d'activité pouvant accueillir 100 % des résidents sont prévus.

6 m² ← 7 ← 12 m²

Calcul : $84 \times (20+1+7) =$ soit un total de 2 352 m² SU.

Chapitre 2

Les repères de surface

Accueil de jour

Comprend l'ensemble des locaux nécessaires au fonctionnement de l'accueil de jour.

Fourchette-repère de SU / paramètre unitaire : 8 à 10 m² / place d'accueil de jour
Ratio SDO / SU du secteur : 1,10 à 1,20

La proposition de surface utile du secteur est fonction de :

- La capacité d'accueil de l'accueil de jour ;
- Du niveau de mutualisation : si l'accueil de jour est un secteur isolé ou adossé à une unité de vie avec les locaux partagés ;
- L'accueil de jour est situé sur un lieu unique.

Points de vigilance

- Ne comptabiliser que les places d'accueil de jour ;
- Sont exclues de la fourchette-repère les surfaces extérieures (terrasses ou jardins).

PASA

Comprend l'ensemble des locaux nécessaires au fonctionnement de PASA.

Fourchette-repère de SU / paramètre unitaire : 8 à 10 m² / place de PASA
Ratio SDO / SU du secteur : 1,10 à 1,20

Principales hypothèses :

- Le PASA est situé sur un lieu unique

La proposition de surface utile du secteur est fonction de :

- La capacité d'accueil du PASA ;
- Du niveau de mutualisation : si le PASA est un secteur isolé ou adossé à une unité de vie avec les locaux partagés.

Points de vigilance

- Se conformer au décret relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes dépendantes et aux recommandations de l'ANESM ;
- Ne comptabiliser que les places de PASA ;
- Sont exclues de la fourchette-repère les surfaces extérieures (terrasses ou jardins).

Chapitre 2

Les repères de surface

Espaces thérapeutiques

Espaces thérapeutiques

Comprennent les locaux associés aux activités suivantes : activités de rééducation / plateau : kinésithérapie, ergothérapie, balnéothérapie, espace Snoezelen, pôle soins : médecin, cadre..., consultations - consultations spécialisées - consultations avancées, zone de prévention, d'éducation et rééducation.

Fourchette-repère de SU / paramètre unitaire :

1 à 1,5 m² / place d'hébergement permanent et temporaire (hors PASA et accueil de jour).

Ratio SDO / SU du secteur : 1,20 à 1,30

Principales hypothèses :

- Espace regroupé en un lieu unique;
- Le nombre de places est hors PASA, Accueil de jour...

La proposition de surface utile du secteur est fonction de la :

- Proportion de locaux d'activités;
- Capacité d'accueil de l'EHPAD.

Points de vigilance

- Une étude spécifique doit être menée pour apprécier la surface à prévoir au regard du projet d'établissement et du projet personnalisé;
- Pour les bureaux, prendre en compte dans ce secteur uniquement ceux dédiés aux soins : bureau médecin, IDE, cadre...

Espaces administratifs et logistiques

Espace administratif

Comprend les locaux suivants : bureaux / accueil, salles de réunions, détente, locaux IRP... et archives.

Fourchette-repère de SU / paramètre unitaire :

2 à 4 m² / place d'hébergement permanent et temporaire (hors PASA et accueil de jour).

Ratio SDO / SU du secteur : 1,20 à 1,30

Principales hypothèses :

- Espace regroupé en un lieu unique;
- Le nombre de places est hors PASA, Accueil de jour...;
- Sont inclus : bureaux individuels et collectifs, locaux de proximité (réunion, classement, réserves, photocopieur, attente, sanitaires, office, salle de pause);
- Sont à ajouter selon les cas : grandes salles de réunion, salles de formation spécifiques, salles serveurs, salles techniques (reprographie, informatique...), vestiaires...

Points de vigilance

- L'appréciation de ce secteur se fait pour un EHPAD complet;
- Pour les bureaux, prendre en compte dans ce secteur uniquement ceux dédiés aux fonctions administratives : directeur, RH...;
- La position dans la fourchette est inversement proportionnelle au nombre de places. Un établissement disposant de plus de 120 lits se trouvera dans le bas de la fourchette;
- À titre d'exemple, pour un établissement de 80 à 90 places du panel, la surface allouée au secteur tertiaire est comprise entre 300-350 m² SU.

Chapitre 2

Les repères de surface

Logistique médico-technique

Stockage pharmacie - Infirmerie.

Fourchette-repère de SU pour le stockage pharmacie : 15 à 18 m² pour un EHPAD de 80 - 90 places (hors PASA, accueil de jour...).

Fourchette-repère de SU pour l'infirmerie : 30 à 36 m² pour un EHPAD de 80 - 90 places (hors PASA, accueil de jour...).

Logistique médico-technique

Pharmacie à usage intérieur (PUI).

Une étude spécifique devra être menée par le gestionnaire au moment du programme pour apprécier la surface à prévoir dans le cas où il n'est pas fait recours à une officine.

Logistique médico-technique

Chambre mortuaire.

Une étude spécifique devra être menée par le gestionnaire au moment du programme pour apprécier la surface à prévoir.

Un EHPAD n'est pas tenu de créer et de gérer une chambre mortuaire et ce, quel que soit le nombre de décès qu'il enregistre. Il peut toutefois le faire volontairement. Dans ce cas, la chambre mortuaire est soumise aux mêmes règles (arrêté du 7 mai 2001) que celles appliquées dans les établissements pour lesquels la création est obligatoire (établissements de santé enregistrant en moyenne plus de 200 décès par an)¹⁰.

Fourchette-repère de SU : 0,45 à 0,50 m² / décès par an.

Ratio SDO/SU du secteur : 1 à 1,1.

Logistique hôtelière et technique

Cuisine centrale / unité de production.

Une étude spécifique devra être menée par le gestionnaire au moment du programme pour apprécier la surface à prévoir en fonction de l'organisation retenue.

Fourchette-repère de SU / paramètre unitaire : 1,3 à 2 m² pour 1 000 repas produits par an.

Ratio SDO/SU du secteur : 1 à 1,1.

Logistique hôtelière et technique

Blanchisserie.

Une étude spécifique devra être menée par le gestionnaire au moment du programme pour apprécier la surface à prévoir pour tenir compte notamment de la fréquence de rotation et de la volumétrie du linge à traiter.

Si la blanchisserie est externalisée, il y a lieu de prévoir entre 30 et 40 m² SU pour le stockage du linge et la zone de réception.

Logistique hôtelière et technique

Réserves centrales et locaux centraux propre et sale.

Une étude spécifique devra être menée par le gestionnaire au moment du programme pour apprécier la surface à prévoir en fonction du process retenu.

En première approche, il peut être prévu environ 1 m² SU / place (hors accueil de jour, PASA...).

Logistique hôtelière et technique

Atelier technique - entretien - maintenance.

Une étude spécifique devra être menée par le gestionnaire au moment du programme pour apprécier la surface à prévoir.

En première approche, il peut être prévu entre 18 à 20 m² SU pour le stockage du matériel et l'atelier de réparation.

Provisions pour les locaux techniques

Pour un projet neuf, la fourchette-repère est de **2 à 3 % de la Somme des Surfaces dans œuvre (SDO)** des secteurs fonctionnels.

Point de vigilance

- La fourchette-repère n'est valable que pour un projet complet d'EHPAD neuf.

Provisions pour les circulations générales

Pour un projet neuf, la fourchette-repère est de **9 à 12 % de la somme des Surfaces dans œuvre (SDO) des secteurs fonctionnels + provisions de surface de locaux techniques.**

Point de vigilance

- La fourchette-repère n'est valable que pour un projet complet d'EHPAD neuf.

¹⁰ - Arrêté du 7 mai 2001 relatif aux prescriptions techniques applicables aux chambres mortuaires des établissements de santé et fiche 24 du référentiel départemental pour la construction et la reconstruction - Établissements d'accueil pour personnes âgées et adultes handicapés - Département d'Île-et-Vilaine

Chapitre 2

Les repères de surface

4. Cas d'utilisation

Le cas détaillé ci-après a pour objet de préciser les modalités d'utilisation des fourchettes-repères proposées dans le présent document. Pour rappel, le cas présenté ne vise pas à proposer un « modèle » ou une « norme » en termes de surface ou d'organisation.

4.1 Les étapes

Étape 1

Préciser le périmètre du projet : détermination des secteurs fonctionnels au sein de l'EHPAD

Étape 2

Pour chaque secteur fonctionnel, préciser :

- ▶ L'activité / fonction réalisée;
- ▶ L'organisation retenue;
- ▶ Le capacitaire ou l'activité.

Étape 3

Pour chaque secteur fonctionnel, choisir le ratio de la surface utile en fonction des différentes caractéristiques du secteur et des ratios proposés.

Étape 4

Pour chaque secteur, choisir le ratio SDO/SU en fonction de l'organisation retenue afin de déterminer la surface dans œuvre de chaque secteur fonctionnel.

Étape 5

Préciser la surface des locaux techniques, des circulations générales et la surface totale dans œuvre du projet.

4.2 Fiche descriptive du cas

L'EHPAD comprend les fonctions suivantes :

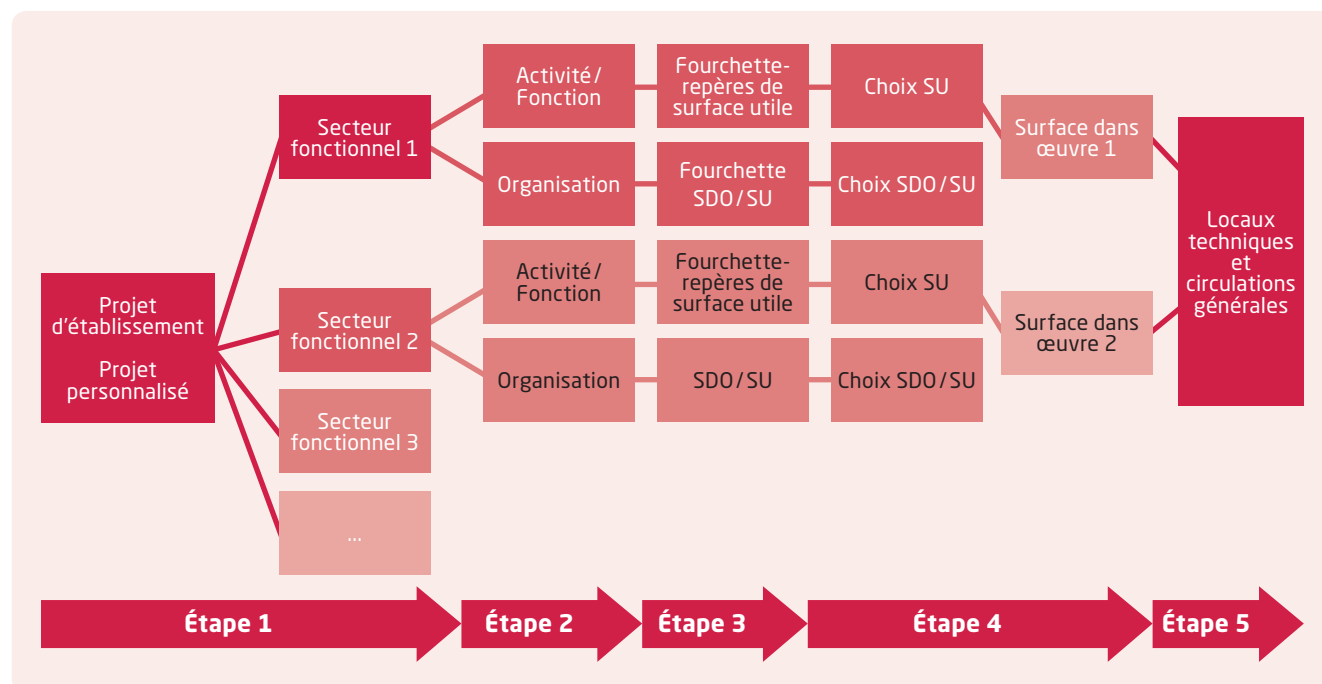
- ▶ 112 places d'hébergement permanent dont 28 places dédiées Alzheimer;
- ▶ 14 places d'accueil de jour;
- ▶ PASA de 14 places;
- ▶ Un espace de rééducation comprenant un espace Snoezelen;
- ▶ Un espace administratif;
- ▶ Une infirmerie;
- ▶ Une cuisine;
- ▶ Une lingerie;
- ▶ Un atelier technique.

À partir de ces éléments, nous pouvons établir les surfaces suivantes par fonction :

>>>

29

Figure 13: Principe d'utilisation des repères de surface



Chapitre 2

Les repères de surface

>>> Cas d'utilisation (suite)

Lieux de vie et locaux supports associés (hors PASA et accueil de jour)

84 PLACES D'HÉBERGEMENT PERMANENT

MÉTHODE 1 - GLOBALE

Position dans la fourchette

27 m² ← 30 → 34 m²

Calcul : 84 places x 30 m² = 2 520 m² SU

MÉTHODE 2 - DÉTAILLÉE

• Taille de la chambre : 21 m².

• Locaux supports associés.

Les locaux supports seront mutualisés, il y aura des locaux communs à deux unités de vie. On choisit la fourchette basse car ces locaux sont mutualisés.

1 m² ← 1 → 3,4 m²

• Espaces de convivialité et de vie sociale.

Au niveau des unités de vie, des salons et des salles à manger communs à deux unités de vie sont prévus pouvant accueillir 40% des résidents.

Au niveau des espaces communs à l'EHPAD, une salle à manger, ainsi qu'un salon / salle d'activité pouvant accueillir 100% des résidents sont prévus.

6 m² ← 7 → 12 m²

Calcul : 84 x (21+1+7) = 2 436 m² SU

28 PLACES DÉDIÉES ALZHEIMER SONT ORGANISÉES EN 2 UNITÉS DE VIE DE 14 PLACES DISPOSANT CHACUNE DE LEURS LOCAUX PROPRES

MÉTHODE 1 - GLOBALE

Position dans la fourchette

27 m² ← 34 → 34 m²

Calcul : 28 places x 34 m² = 952 m² SU

MÉTHODE 2 - DÉTAILLÉE

• Taille de la chambre : 21 m².

• Locaux supports associés.

Les locaux supports ne sont pas mutualisés.

1 m² ← 3 → 3,4 m²

• Espaces de convivialité et de vie sociale.

Chaque unité dispose de ses propres espaces de convivialité et de vie sociale.

6 m² ← 11 → 12 m²

Calcul : 28 x (21+3+11) = 980 m² SU

Accueil de jour

Position dans la fourchette

8 m² ← 9 → 10 m²

Calcul : 14 places x 9 m² = 126 m² SU

PASA

Position dans la fourchette

8 m² ← 9 → 10 m²

Calcul : 14 places x 9 m² = 126 m² SU

Chapitre 2

Les repères de surface

>>> Cas d'utilisation (suite)

Espaces thérapeutiques et d'accompagnement

Cet espace est regroupé en un lieu unique.

Position dans la fourchette



Calcul : 112 places x 1,25 m² = 140 m² SU

Espace administratif

Position dans la fourchette



Calcul : 112 places x 3 m² = 336 m² SU

Logistique médico-technique

Stockage pharmacie - Infirmerie

50 m² SU

Logistique hôtelière et technique

Cuisine centrale / unité de production

Position dans la fourchette



Calcul : 112 places x 365 jours x 2 x 1,6 m² / 1000 = 130 m² SU

Logistique hôtelière et technique

Lingerie

Zone de stockage : 35 m² SU

Logistique hôtelière et technique

Réserves centrales et locaux centraux propre et sale

Calcul : 112 places x 1 m² = 112 m² SU

Logistique hôtelière et technique

Atelier technique - entretien - maintenance

20 m² SU

Pour les ratios SDO/SU des secteurs fonctionnels, on a retenu le milieu de la fourchette.

Provisions pour les locaux techniques

Calcul : total SDO secteurs x 2 % = 5 860 m² x 2 % = 117 m²

Provisions pour les circulations générales

Calcul : (total SDO secteurs + locaux techniques) x 10 %
 = (5 860 m² + 117 m²) x 10 %
 = 5 977 m² x 10 %
 = 598 m²

Chapitre 2

Les repères de surface

>>> Cas d'utilisation (suite)

4.3 Récapitulatif des surfaces du cas

	m ² SU	SDO / SU	m ² SDO
Unités de vie (méthode 2 - détaillée)	3 416 m²	1,35	4 611 m²
Accueil de jour	126 m²	1,15	145 m²
PASA	126 m²	1,15	145 m²
Espaces thérapeutiques et d'accompagnement	140 m²	1,25	175 m²
Espace administratif	336 m²	1,25	420 m²
Logistique médico-technique	50 m²	1,05	52 m²
Logistique hôtelière et technique centrales	297 m²	1,05	312 m²
Total hors locaux techniques et circulations générales	4 491 m²		5 860 m²
Provisions locaux techniques		2 %	117 m²
Provisions circulations générales		10 %	598 m²
TOTAL PROJET			6 575 m²

32

À partir d'un nombre limité d'informations, les gestionnaires peuvent donc s'appuyer sur les repères de surface du présent document pour réaliser une évaluation des surfaces d'un nouveau projet immobilier. Ces repères ont été établis en prenant en compte les grandes fonctions couramment rencontrées au sein d'un EHPAD ayant une incidence sur la surface à prévoir.

Cependant, la mise en place d'outils de télémedecine, de services aux aidants ou aux personnes âgées « extérieurs » à l'établissement (repas, activité...) peut parfois nécessiter en fonction des modalités de mise en œuvre des locaux supplémentaires, des adaptations de locaux avec une incidence sur la surface à prévoir.

De ce fait, les gestionnaires doivent nécessairement après l'utilisation des repères de surface vérifier l'adéquation des surfaces définies avec les spécificités de leur projet d'établissement et projet personnalisé.

C'est la raison pour laquelle, l'ANAP a souhaité également compléter les repères de surface avec des retours d'expériences d'établissements proposant des modalités d'accompagnement novatrices qui requièrent des organisations spécifiques avec dans certains cas des incidences en termes de surface.



3

Les enjeux de l'EHPAD
de demain et les grands
enseignements issus des
retours d'expériences

Chapitre 3

Les enjeux de l'EHPAD de demain et les grands enseignements issus des retours d'expériences

1. Les enjeux de l'EHPAD de demain

En complément des travaux menés sur les repères de surface, il était primordial d'identifier des initiatives remarquables de par leur reproductibilité et les évolutions de l'offre d'accompagnement des personnes âgées portées par les gestionnaires. Disposer de repères de surface par grande fonction ou activité permet d'offrir une première approche en termes de surface d'un projet de construction et d'apprécier le bâtiment comme un outil au service du projet d'établissement. En effet, l'approche « quantitative » apportée par les repères de surface doit nécessairement s'accompagner d'une dimension plus qualitative, qui vient interroger l'évolution et l'adaptation des modes d'accompagnement de « l'EHPAD de demain ».

34

Si la gestion de l'immobilier se trouve au cœur des préoccupations des directeurs d'EHPAD, la stratégie patrimoniale découle du projet d'établissement, du projet médical, et du projet d'accompagnement des personnes accompagnées. Les gestionnaires de structures, particulièrement attentifs aux nouveaux besoins des populations, sont novateurs dans la manière d'accompagner les usagers. À ce titre ils s'interrogent régulièrement sur la manière d'adapter leur offre à ces besoins, de repenser les modalités de prise en charge, et d'ajuster leur panel de services au regard des nouvelles exigences des personnes âgées.

« L'EHPAD de demain » est un sujet d'actualité justifiée notamment au regard des nouveaux enjeux qui se posent aux gestionnaires :

- ▶ Les personnes âgées sont de plus en plus dépendantes à leur arrivée dans une structure d'accueil, elles sont parfois atteintes de maladies neuro-dégénératives et/ou chroniques qui surviennent dans certains cas très tôt. Si elles ont leurs aidants à leurs côtés, ces derniers sont également âgés et/ou en situation de fragilité face au vieillissement de la personne ;
- ▶ Les tensions budgétaires viennent complexifier la gestion des EHPAD qui doivent adapter leurs modalités de fonctionnement pour continuer à proposer un accompagnement de qualité et innovant, au meilleur coût ;
- ▶ Le maintien à domicile est de plus en plus valorisé. En effet, les personnes âgées souhaitent rester chez elles le plus longtemps possible. À la fois pour conserver une qualité de cadre de vie mais également pour retarder le coût financier d'un

accompagnement en structure. De même, dans une logique financière, mais aussi de qualité de l'accompagnement et de prévention dans la rupture des parcours, les pouvoirs publics valorisent les accompagnements à domicile.

À terme, et pour faire face à ces nouveaux enjeux, l'EHPAD sera pensé comme une plateforme de services, voire éventuellement amené à évoluer en termes de bâti. Il devra s'inscrire dans son territoire, développer des coopérations avec différents acteurs, identifier comment l'accompagnement et les dynamiques de management évoluent, et se projeter sur une vision à long terme. Ces nouveaux enjeux entraînent de nouvelles stratégies de coopération. Selon l'étude KPMG¹¹, « 95 % des directeurs affirment coopérer avec d'autres établissements et services, voire partenaires, qu'ils soient gérés par le même gestionnaire ou externes à leur organisation. Cependant ces coopérations restent largement centrées autour d'acteurs présents dans le secteur des personnes âgées, et, de manière plus limitée, avec les acteurs de l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Des stratégies de filière diverses sont aussi développées par les dirigeants : filière sanitaire (EHPAD - établissements et services de santé), filière gériatrique (EHPAD - services à domicile), filière résidentielle (résidence service, résidence autonomie, EHPAD) ».

Ces enjeux concernant l'EHPAD de demain s'inscrivent par ailleurs dans un contexte d'évolution du paysage sanitaire et médico-social avec notamment la création des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) au sein desquels les EHPAD auront vocation à s'inscrire. Si les EHPAD sont juridiquement hors du périmètre des GHT, ils ont la possibilité d'y participer¹². Ces dispositions entérinent la nécessité de coopération entre structures y compris entre structures sanitaires et médico-sociales.

11 - KPMG a publié deux études sur les enjeux du secteur des établissements et services sociaux et médico-sociaux : <http://www.kpmg.com/fr/fr/issuesandinsights/articlespublications/press-releases/pages/20151215-kpmg-enjeux-secteur-ehpad-services-sociaux-medico-sociaux.aspx>

12 - Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 27.

Chapitre 3

Les enjeux de l'EHPAD de demain et les grands enseignements issus des retours d'expériences

2. Les grands enseignements issus des retours d'expériences

2.1 Prendre en compte les besoins et attentes des personnes âgées et de leurs aidants

Il s'agit d'un préalable à tout projet d'évolution de l'offre proposée par un établissement : s'appuyer sur l'expression des besoins et attentes des personnes concernées. Un point de vigilance doit être relevé à ce sujet. Il convient en effet de distinguer les notions de :

- **Besoins** qui correspondent à l'interaction existante entre un individu et son environnement (exemple : une personne âgée peut avoir besoin d'un accompagnement spécifique pour s'exprimer avec les personnes qui l'entourent);
- **Attentes** qui correspondent à un souhait exprimé par la personne (exemple : une personne âgée peut souhaiter accéder à des services spécifiques);
- **Demandes** qui positionnent l'usager comme un consommateur demandeur de prestations (exemple : avoir accès à un service qui va au-delà de la prestation dite « classique » d'une structure pour personne âgée).

Positionnées en situation de concurrence, les structures doivent s'adapter pour correspondre aux besoins et attentes des personnes à qui elles adressent leurs services.

- Les personnes souhaitent rester le plus longtemps possible à leur domicile et ainsi retarder leur entrée en EHPAD. Pour cela, il convient de mettre en place des dispositifs d'accompagnement adaptés et des passerelles avec les EHPAD. Il peut s'agir, par exemple, de l'accueil temporaire qui permet un accueil au plus près des besoins de la personne, sur une durée limitée. De la même manière certains établissements proposent aux personnes qui vivent de manière autonome de pouvoir disposer ponctuellement de services proposés par une structure telle qu'un EHPAD (ex : repas...);
- Les personnes qui arrivent en EHPAD sont souvent fortement dépendantes, nécessitant la mise en place par exemple de dispositif spécifique afin d'éviter les risques de chutes (domotique);
- Les personnes sont de plus en plus fréquemment porteuses de maladies chroniques dont la prise en charge nécessite une adaptation des modalités d'accompagnement. À titre d'exemple, certains gestionnaires proposent par exemple des unités spécialisées pour accompagner des personnes atteintes précocement de maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées (susceptibles d'intégrer l'EHPAD avant 60 ans par dérogation).

Enfin la prise en compte des aidants est primordiale. Les personnes âgées intègrent les structures de plus en plus âgées, de facto leurs aidants sont également de plus en plus âgés. Or il existe un phénomène d'épuisement de ces derniers que les structures doivent intégrer dans leur projet d'établissement. Quelles solutions de répit ou d'aide peuvent-elles proposer à ces personnes qui accompagnent au quotidien la personne âgée et quel impact sur le développement global de la structure (en terme immobilier mais pas seulement)?

2.2 Repenser l'offre en plateforme de services

Pour s'adapter aux besoins des personnes accompagnées, à leurs aidants et aux enjeux territoriaux, les gestionnaires ont dû revoir leur manière d'envisager l'accompagnement de la personne âgée. C'est dans le cadre de ces réflexions que sont apparues des initiatives de création d'EHPAD hors les murs, de plateforme de services, d'infirmier(e)s mutualisées. Les besoins des personnes étant multiples, l'accompagnement et les prestations proposées se doivent également de l'être.

Les gestionnaires sont ainsi passés d'une logique « structure » proposant un accompagnement classique, à une logique de plateforme de services, proposant une diversité de modalités d'accompagnement et de prestations (espace multi-sensoriels, balnéothérapie, etc.) adaptées également aux besoins des aidants (plateforme de répit).

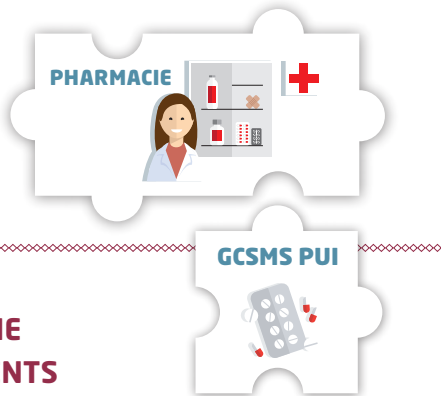
Ces changements ont impliqué un changement de culture dans le secteur en faisant passer du « tout dans les murs », au « hors les murs » et à la mise en place de plateformes proposant un panel de services toujours plus diversifié et adapté. Ces évolutions s'accompagnent d'une ouverture sur le territoire. Les gestionnaires qui s'inscrivent dans cette logique de plateforme de services doivent s'ouvrir sur leur territoire et auprès d'acteurs diversifiés (SAAD, SSIAD, etc.) pour garantir la qualité et une diversité de prestations proposées.

Chapitre 3

Les enjeux de l'EHPAD de demain et les grands enseignements issus des retours d'expériences



FOCUS SUR LA PHARMACIE ET MÉDICAMENTS EN EHPAD



L'organisation du circuit du médicament en EHPAD peut varier selon la source d'approvisionnement en médicaments. En effet, les établissements peuvent être ou non dotés d'une Pharmacie à usage intérieur (PUI), soit propre à l'EHPAD, soit extérieure.

La majorité des EHPAD soit environ 71 % s'approvisionne auprès d'une ou plusieurs pharmacies d'officine. 29 % des EHPAD disposent d'une PUI¹³.

Concernant le circuit PUI, l'approvisionnement en médicaments est assuré en pratique par une PUI dédiée à l'établissement si celui-ci est de grande taille, ou partagée avec l'établissement de santé auquel est resté adossé l'EHPAD lorsque celui-ci a un passé hospitalier, ou partagée avec d'autres EHPAD (éventuellement eux-mêmes adossés à un établissement de santé) dans le cadre d'un Groupement de coopération sanitaire (GCS).

Par ailleurs, la LFSS 2011 a ouvert la possibilité, à titre expérimental, de constituer une PUI de Groupements de coopération médico-sociaux, GCS-MS.

Concernant le circuit officine, l'EHPAD peut mettre en place soit une convention soit une ou plusieurs pharmacies d'officine. Une convention est passée entre l'EHPAD et le(s) pharmacie(s) d'officine, dont le contenu-type est fixé par arrêté, tel que prévu par l'art. L. 5126-6-1 du Code de la Santé Publique.

2.3 Mobiliser les professionnels

L'ensemble des retours d'expériences présentés dans cette publication, fait apparaître la nécessité de mobiliser les professionnels à toutes les étapes du projet et ce, quel que soit le type de projet. En effet, les équipes de direction ont associé dès les premières réflexions les professionnels aux projets de réorganisation ou de construction, et aux projets de soin et d'accompagnement.

Pour certains, les résultats de l'évaluation externe ont permis de faire apparaître des leviers, et d'appuyer une réflexion globale autour de la révision du projet de la structure, pour d'autres les instances représentatives du personnel ont été mobilisées, les services de communication interne, etc.

Les gestionnaires ont perçu l'intérêt et la nécessité d'associer les professionnels dans leur vision de la structure pour porter leur projet permettant ainsi de fédérer leurs équipes autour d'un projet commun. L'innovation ou le changement étant parfois source d'inquiétude, les gestionnaires ont accompagnés l'évolution de l'offre d'une forte démarche de communication, de déploiement avec des plans de formations, et plus généralement d'un accompagnement au changement. Les professionnels intègrent ainsi progressivement les mutations du secteur qui ont un impact sur leurs pratiques professionnelles. Les modalités d'exercice de leurs missions évoluent au regard des besoins des personnes, de la dépendance accrue des usagers, de l'obligation de délivrer une prestation de qualité à coût constant, des objectifs de coopération et de travail en réseaux, du développement de la télémedecine etc. Ce sont autant de facteurs qui impliquent de la part des gestionnaires d'accompagner leurs professionnels et de les former pour les aider à s'adapter.

Par ailleurs, la nécessité d'impliquer les professionnels s'accompagne d'une réflexion plus globale sur l'attractivité des postes en EHPAD. En effet, les conditions de travail des personnels étant de plus en plus complexes et techniques au regard de l'évolution des profils des personnes accompagnées, les gestionnaires s'interrogent sur comment attirer les professionnels et ensuite comment les garder au sein de la structure. Ces questions se posent de manière accrue pour les structures se situant en milieu rural, sur des territoires dans lesquels il manque certains profils de personnels, à proximité d'une frontière qui entraîne une fuite des professionnels, ou encore dans un territoire sous tension en terme de possibilité de logement ou de garde d'enfants.

La mobilisation des professionnels dans l'évolution de la structure est essentielle pour contribuer à son attractivité. Certaines initiatives sont déjà mises en place afin d'améliorer les conditions de travail des professionnels et rendre les postes plus attractifs. Il peut s'agir par exemple de la création de crèche à destination des salariés et ouvertes sur l'extérieur, ou de la mise en place de démarche éco-citoyennes pouvant favoriser le co-voiturage, apprécié dans les zones rurales.

13 - Source « La politique du médicament en EHPAD » - Rapport de Philippe Verger - décembre 2013.

Chapitre 3

Les enjeux de l'EHPAD de demain et les grands enseignements issus des retours d'expériences

2.4 Intégrer des outils de télémédecine et de domotique

Au regard des besoins des personnes, les gestionnaires ont modernisé leurs modalités d'accompagnement et proposent, lorsque cela est possible, la mise en place de consultations à distance. Afin d'éviter l'hospitalisation, des déplacements et des attentes dans les structures, qui engendrent des coûts importants, une mobilisation du personnel et un stress accru chez les personnes, des services de télémédecine et de consultations à distance sont mis en place. Cela permet notamment de proposer des téléconsultations de spécialités médicales et un suivi médical de la personne.

Ce type de prestation implique un investissement important de la part des gestionnaires ; il convient de dédier une pièce à la télémédecine, voire à terme, d'intégrer directement des dispositifs mobiles de télémédecine dans les chambres, de s'équiper en matériel audiovisuel, de veiller à la compatibilité globale du système d'information, de formaliser des partenariats avec des établissements de santé et/ou des cabinets médicaux, de communiquer auprès des personnes âgées et de leurs aidants pour les convaincre, de former les professionnels, etc. Néanmoins, ce type de prestation s'inscrit dans la logique de plateforme de prestations de services.

De la même manière, la domotique permet d'améliorer la qualité de la prise en charge. Télémédecine gériatrique, vidéo-vigilance et surveillance des parties communes, commande volet/lumière/appel soignant à disposition au lit, dossier de soin informatisé et sécurisé disponible à distance et sur tablette au pied du lit du résident, portes des chambres à fermeture automatique, éclairage automatique et adapté, etc. Il s'agit de dispositifs qui permettent de conférer un cadre sécurisé pour les personnes accompagnées et adaptées au regard de la forte dépendance des personnes ou de leur besoin d'accompagnement liés à une maladie chronique par exemple.

Les objets connectés ont ainsi fait leur entrée dans les structures pour personnes âgées et font aujourd'hui partie intégrante du projet d'accompagnement de la personne. Ces technologies évoluent rapidement, et les entreprises proposent des outils de plus en plus innovants et originaux : des boîtes de médicaments connectées qui permettent aux personnes de ne plus oublier de prendre leurs cachets, des tissus connectés qui permettent de détecter l'arrivée d'une crise cardiaque quelques heures à l'avance, des sous-matelas capables d'évaluer la qualité du sommeil, etc.



FOCUS SUR LE PROJET DE TÉLÉMÉDECINE DE L'EHPAD

« LE BOURGAILH » -

PESSAC DU GCS E-SANTÉ AQUITAINE

Ce projet s'inscrit dans le cadre du déploiement d'un projet de télémédecine au profit des EHPAD par l'Agence régionale de santé Aquitaine via le GCS e-santé Aquitaine. L'équipe médicale de l'EHPAD « Le Bourgailh » - Le Noble Âge Santé - a participé avec le GCS e-santé à l'élaboration du projet puis a été désigné comme site pilote pour la première expérimentation.

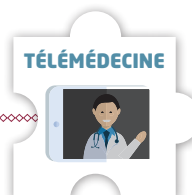
Le projet consiste à déployer de manière progressive différents usages de la télémédecine. La première phase d'expérimentation avec un usage sur les plaies chroniques s'est déroulée de février 2013 à juin 2014. Elle avait pour objet de tester un chariot de télémédecine avec un workflow spécifique. Au terme de cette première expérimentation et compte tenu des retours de l'établissement, une deuxième phase d'expérimentation a été lancée septembre 2015 avec des nouveaux matériels et des choix techniques différents. Dans le même temps, un nouvel usage : prise en charge des troubles du comportement liés à la démence a été intégré. Un troisième usage, la psychiatrie du sujet âgé, devrait être intégré d'ici fin 2016.

POINT D'ÉTAPE

Lors de la première phase d'expérimentation, 48 téléconsultations et télé-assistances concernant les plaies ont été réalisées. Puis, de septembre 2015 à mai 2016, 9 téléconsultations de prise en charge des troubles du comportement et 9 téléconsultations et télé-assistances pour plaies chroniques ont été réalisées.

Depuis le début de l'expérimentation, les activités de télémédecine ont concerné 30 résidents, avec une moyenne de 2,2 séances par résident. La mise en place de ce dispositif a permis d'éviter 22 déplacements pour des consultations ou des hospitalisations.

Par ailleurs, le transfert de compétences dans le cadre des protocoles de soins pour les plaies chroniques et les escarres a permis de passer de 48 téléconsultations sur les 15 mois de la première expérimentation à 9 téléconsultations sur les 8 mois de la seconde phase.



Chapitre 3

Les enjeux de l'EHPAD de demain et les grands enseignements issus des retours d'expériences

2.5 Se positionner en tant qu'acteur responsable

Les établissements médico-sociaux sont avant tout des organisations à vocation d'accompagnement dont la valeur ajoutée se trouve dans les hommes et les femmes qui la composent : dès lors, leur responsabilité sociétale porte donc en premier lieu sur le volet social et sociétal du développement durable, et notamment sur la valorisation du « capital humain ». Ce dernier peut être défini comme la capacité d'un établissement à créer de la valeur durable en attirant les compétences et en les fidélisant, grâce à la qualité de son management. Dans cette démarche, cette valorisation du capital humain devrait donc trouver ses bases sur une gouvernance éthique prenant en compte la qualité de vie au travail des salariés dans l'administration de son établissement/service. Depuis plusieurs années de plus en plus d'EHPAD mettent en place des actions contribuant aux quatre piliers du développement durable que sont le social/sociétal, l'environnement, le volet économique et la gouvernance. Ces différentes actions, qu'elles soient portées de manière volontaire par le personnel ou relevant de la direction de l'établissement, permettent d'améliorer le cadre de travail et dans le même temps le cadre de vie des usagers. Par ailleurs, les gestionnaires doivent prendre en compte la question de l'équité d'accès, véritable enjeu dans une société confrontée au débat sur la prise en charge du 5^e risque que représente la dépendance. En effet, si les structures développent le pluri-service, pour autant elles doivent également garantir la possibilité pour les personnes en situation de difficulté d'accéder également à ces prestations.

Sandra Bertezene, professeur, titulaire de la chaire gestion des services de santé au CNAM constate dans son étude intitulée « La responsabilité sociétale dans le secteur médico-social, bilan des pratiques dans les EHPAD et les SSIAD » que les EHPAD et les SSIAD engagés dans une stratégie RSE ont des pratiques et des réflexes de gestion du changement plus importants que

ceux non engagés dans une stratégie RSE : objectifs stratégiques connus des personnels, possibilité des personnels de donner facilement leur point de vue sur les méthodes de travail, incitation des équipes à l'innovation et à la créativité, incitation à la prise de décision plus éclairée par des dialogues et des consultations multiples, anticipation et gestion des risques pour résister aux conjonctures difficiles, anticipation des nouvelles exigences de l'environnement. Ces résultats paraissent tout à fait encourageants car ils semblent témoigner de l'impact positif de la RSE sur les pratiques de gestion du changement qui concernent toutes les organisations sociales et médico-sociales, compte tenu des exigences de leur environnement (nouvelles exigences des personnes âgées, de leurs familles, de la tutelle, apparition massive du numérique, etc.). Plusieurs initiatives réalisées et études confirment que la RSE constitue un véritable levier de performance.

Le périmètre du développement durable en Santé

Le développement durable vise à « répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs ». Dans le contexte actuel, le volet économique ne peut être ignoré.

Les établissements doivent réduire leur impact environnemental. Cela revient à ne pas induire de nouvelles pathologies et dépendances qu'ils leur appartiendraient ensuite de prendre en charge. Les établissements constituent souvent le premier employeur de la ville et engagent une forte activité économique dans leur environnement. Le volet social et sociétal est donc essentiel pour eux.

Chapitre 3

Les enjeux de l'EHPAD de demain et les grands enseignements issus des retours d'expériences



FOCUS SUR LE PROJET « TABLE OUVERTE » DE L'EHPAD « LA CHÉZALIÈRE » - NANTES

La ville de Nantes développe une politique de prévention et de limitation de l'isolement du public âgé et de leurs aidants. Elle fait de cette lutte une de ses priorités en proposant notamment une offre de portage de repas au domicile de personnes âgées en situation d'isolement. Cette priorité est aussi partagée par l'EHPAD « La Chézalière » du Noble Âge Santé situé à Nantes. Sur son quartier et à ses habitants âgés, quel que soit leur niveau ressource, l'EHPAD leur propose un temps de convivialité, d'échanges, pour rompre de leur solitude quotidienne, mais aussi pour leur faire partager les moments joyeux de la vie en collectivité.

Dans le cadre du projet « table ouverte » et au-delà d'une offre de restauration, l'EHPAD propose un véritable temps d'accompagnement, où chacun sera acteur du projet et pourra se sentir valorisé dans sa participation. L'objectif est de créer un lien, un repère inscrit dans la durée : la rencontre régulière de quelques résidents de la Chézalière et de leurs « invités » vivant à domicile.

Les objectifs du projet sont les suivants :

- **Rompre l'isolement des habitants âgés du quartier**
 - Créer un repère dans la vie des habitants du quartier participants au projet;
 - Favoriser la régularité dans les rencontres;
 - Maintenir ou retrouver une vie sociale.
- **Favoriser la rencontre et l'échange entre résidents de la Chézalière et leurs « invités »**
 - Inviter les habitants du quartier au même titre qu'un résident de la Chézalière à se joindre à la revue de presse de 11h;

- Créer un cadre facilitant l'échange et la discussion lors du repas;
- Responsabiliser les résidents de la Chézalière et les valoriser en les positionnant comme aidants des habitants du quartier.
- **Se familiariser avec la vie en collectivité**
 - Permettre aux habitants du quartier d'échanger avec les résidents sur leur vie en institution;
 - Permettre des échanges avec le personnel.

Modalités de mise en œuvre du projet.

Deux ou trois résidents volontaires de l'EHPAD accompagnent leurs invités lors la revue de presse. Dans un premier temps, ce rendez-vous sera ouvert à un nombre limité de participants.

L'accueil est assuré par la coordinatrice des projets d'animation et les hôtes. Les invités sont alors accompagnés dans la salle d'animation pour y suivre la revue de presse en compagnie des résidents. L'activité achevée, hôtes et invités seront accompagnés dans le Jardin des saveurs où ils discutent autour du repas, dans une salle qui leur offre plus d'intimité et de proximité que la salle de restaurant général.

Pour favoriser la prise de repères et satisfaire au mieux la demande, un jour fixe a été défini avec l'équipe des cuisines avec un menu adapté aux résidents et aux invités.

Chapitre 3

Les enjeux de l'EHPAD de demain et les grands enseignements issus des retours d'expériences

3. Sept retours d'expériences

Afin de faciliter le partage et la diffusion d'expériences, l'ANAP a identifié 7 structures qui proposent une démarche d'accompagnement novatrice et des initiatives reproductibles. Leur mise en œuvre ayant vocation à se développer de plus en plus, voire à se généraliser, l'accent est mis sur des retours d'expériences que chaque gestionnaire peut s'approprier, et dont il peut s'inspirer pour développer le projet de sa ou ses structures. À noter, que ces 7 structures ne font pas partie du panel des 28 projets étudiés pour l'établissement des repères de surface.

Chacune de ces 7 structures a fait l'objet d'une monographie qui suit un plan identique en 4 parties :

- ▶ Objectifs du projet;
- ▶ Modalités de mise en œuvre : le dispositif / les moyens;
- ▶ Enseignements : bénéfices et points de vigilance;
- ▶ Perspectives.

À l'issue de la présentation de la démarche, une fiche synthétique du projet est proposée afin que le lecteur puisse retrouver rapidement les éléments clés du dispositif et les coordonnées de la personne référente. De plus, un tableau synthétique reprenant les éléments saillants du projet et leurs éventuels impacts sur l'organisation et le projet immobilier.

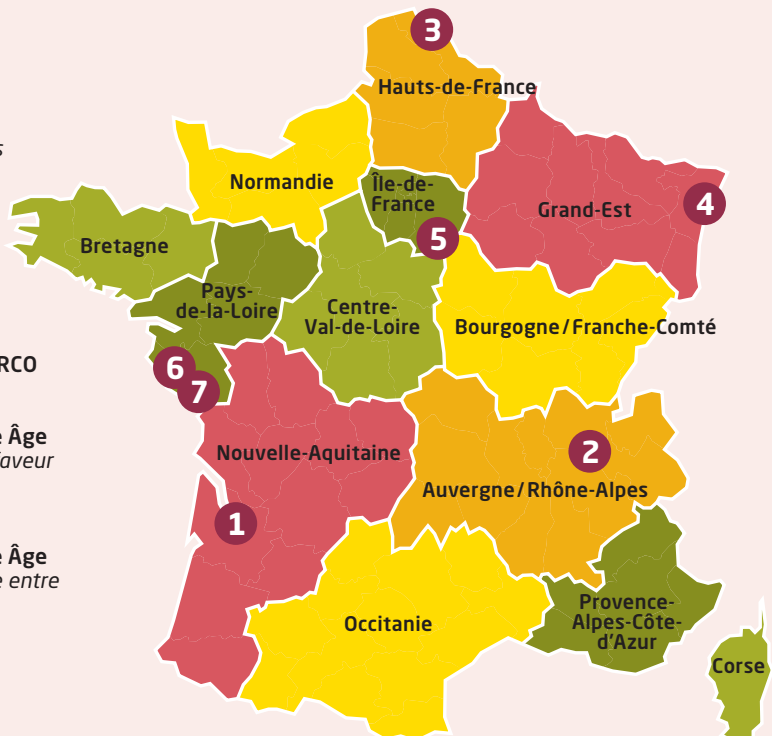
Ces monographies mettent en avant le savoir-faire des gestionnaires dans la prise en charge du grand âge et présentent leur manière de repenser leur rôle et leur place dans ce cadre. Ces retours d'expériences n'ont pas pour vocation de représenter de manière exhaustive tous les types de projets novateurs en EHPAD. Néanmoins, pour mettre en valeur des projets intéressants et disposer d'éléments pertinents pour enrichir les enseignements, deux critères de choix ont été privilégiés :

- ▶ La maturité du projet;
- ▶ La diversité des types de projets.

Les retours d'expériences proposés dans cette publication ont été établis à l'issue de prises de contact avec les opérateurs et/ou les fédérations et organismes représentants.

Figure 14: Les 7 monographies

- 1 EHPAD Villa Pia - Association COS
L'EHPAD dans et hors les murs
- 2 EHPAD Stéphane Hessel - COALLIA
Unité pour personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives
- 3 Résidence des Weppes - Croix Rouge
Hébergement temporaire
- 4 EHPAD Emmaüs - Diaconesse
Une maison de retraite écolo
- 5 Résidence La Gentilhommière - AGIRC ARRCO
L'EHPAD plateforme de services
- 6 Résidence Les jardins d'Olonne - Le Noble Âge
Plateforme de services médico-sociaux en faveur des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- 7 Résidence Les jardins d'Olonne - Le Noble Âge
Astreinte d'infirmier(ère) de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD



Chapitre 3

Les enjeux de l'EHPAD de demain et les grands enseignements issus des retours d'expériences

FICHE 1

EHPAD VILLA PIA - Association COS L'EHPAD dans et hors les murs

Convaincu que la politique de maintien à domicile répond à la demande des personnes et doit continuer à se renforcer, l'association COS a développé, dans le cadre de l'expérimentation PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie), au sein de son EHPAD Villa Pia situé à Bordeaux le projet de « l'EHPAD dans et hors les murs ». Ce projet vise à compléter les dispositifs existants de maintien à domicile pour mieux prévenir et mieux gérer les risques de rupture dans le parcours de vie et de soins de la personne âgée. L'association COS cherche ainsi à promouvoir dans ses EHPAD le principe d'une continuité de soins à tout moment basée sur des équipes renforcées en personnel et formées à la prise en charge gériatrique, travaillant en coordination avec les services à domicile et une plateforme d'aide et de répit, disposant de dossiers médicaux partagés.

FICHE 2

EHPAD Stéphane Hessel - COALLIA Unité pour personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives

Cette unité propose un hébergement pour 7 personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative ou d'une maladie apparentée à la maladie d'Alzheimer. Sa taille réduite permet un accompagnement individualisé et le développement d'un projet de vie favorisant la préservation de l'autonomie, la socialisation ainsi qu'une stimulation cognitive et motrice personnalisée.

Ce projet est le résultat de la collaboration entre le Centre communal d'action sociale (CCAS) initiateur de l'appel à projet et Coallia. La proposition s'est étayée sur une étude épidémiologique de La Loire qui mettait en exergue les carences en matière d'accueil de ce public. Coallia dispose d'une expertise métier forte dans l'accompagnement des personnes atteintes de maladie neurodégénératives, notamment pour les personnes touchées par la Chorée de Huntington, en raison de l'existence d'unités dédiées dans certains de ces établissements pour personnes handicapées.

FICHE 3

Résidence des Weppes - Croix Rouge Hébergement temporaire

La mission d'accueil temporaire est énoncée au niveau réglementaire dans le CASF (Art. D. 312-8) comme « s'adressant aux personnes handicapées de tous les âges et aux personnes âgées et s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour ».

Il s'agit pour l'EHPAD proposant de l'accueil temporaire de répondre :

- Aux besoins des personnes âgées et de leurs familles qui souhaitent rester le plus longtemps possible à domicile et permettre des temps de repos pour repousser l'âge d'entrée en établissement permanent;
- Aux orientations stratégiques régionales, notamment :
 - Offrir une palette de réponses en fonction du degré d'autonomie;
 - Innover, expérimenter.

FICHE 4

EHPAD Emmaüs - Diaconesse Une maison de retraite écolo

L'objectif principal du projet est d'assurer aux 151 résidents la meilleure qualité d'accueil et de prise en charge possible. Le développement durable « apporte du confort, du lien social, il contribue au bien-être des personnes âgées et aussi des salariés qui sont un maillon essentiel dans la chaîne du soin ».

Les raisons qui ont favorisé la mise en place d'un projet en faveur du développement durable au sein de l'EHPAD Emmaüs-Diaconesses Koenigshoffen sont la volonté de développer une démarche éco-citoyenne, une implantation de l'établissement dans un cadre favorable (un lieu de vie ouvert, de dimension adaptée), mais également des contraintes budgétaires et des obligations réglementaires.

Chapitre 3

Les enjeux de l'EHPAD de demain et les grands enseignements issus des retours d'expériences

FICHE 5

Résidence La Gentilhommière - AGIRC ARRCO L'EHPAD plateforme de services

La résidence La Gentilhommière, située à Boussy Saint-Antoine dans le département de l'Essonne, a été construite en 1974 à l'initiative de groupes de retraite complémentaire affiliés aux fédérations AGIRC et ARRCO. Cet établissement était initialement un foyer-logement destiné à des personnes âgées autonomes.

Face à l'évolution des profils des personnes accompagnées, l'établissement a engagé un processus de reconversion en EHPAD et a diversifié son offre de services.

Aujourd'hui l'établissement accueille des personnes âgées en perte d'autonomie et notamment des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. La structure est devenue un EHPAD en janvier 2007 pour s'adapter à l'accompagnement de cette nouvelle population.

Ce projet s'inscrit dans un contexte propice puisque le Conseil départemental a revu dans le même temps son troisième schéma départemental en faveur des personnes âgées.

La résidence la Gentilhommière s'inscrit dans une démarche d'adaptation continue de l'offre aux besoins des personnes accompagnées et développe en ce sens une pluralité de prestations et de modalités d'accompagnement.

FICHE 6

Résidence Les jardins d'Olonne - Le Noble Âge Plateforme de services médico-sociaux en faveur des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

Sur le territoire des Sables d'Olonne, l'EHPAD Les Jardins d'Olonne (JDO) est un acteur identifié comme moteur de la dynamique partenariale (réponses aux appels à projets), associée à l'innovation et à l'expérimentation (accueil de nuit, astreinte infirmière de nuit et télé médecine).

En 2013, l'établissement a piloté une réponse collective à l'appel à projet lancé par l'ARS Pays-de-la-Loire pour l'expérimentation des plateformes de services afin de limiter les ruptures dans l'accompagnement du parcours de soin des personnes âgées. Aujourd'hui, le dispositif porté par les JDO participe au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, et regroupe autour d'un accord cadre l'ensemble des acteurs parties prenantes du territoire.

FICHE 7

Résidence Les jardins d'Olonne - Le Noble Âge Astreinte d'infirmier(ère) de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD

La mise en œuvre d'une astreinte infirmière opérationnelle de nuit doit permettre, dans un territoire de proximité, d'améliorer la qualité et la sécurité de prise en charge pour les personnes âgées résidant en EHPAD et d'éviter les hospitalisations non programmées la nuit.

Les principaux objectifs de ce dispositif sont de :

- ▶ Renforcer la continuité et la qualité des soins pour les résidents ;
- ▶ Limiter le recours inapproprié à l'hospitalisation en urgence de nuit ;
- ▶ Sécuriser les retours d'hospitalisation la nuit et limiter le temps passé aux urgences ;
- ▶ Sécuriser et épauler les équipes de nuit, et réduire ainsi le nombre d'appel au centre 15 ;
- ▶ Rassurer les usagers et leurs familles.





4

Annexes

Chapitre 4

Annexes

Annexe 1

Tableau récapitulatif des surfaces

	depuis le 1 ^{er} mars 2012			avant le 1 ^{er} mars 2012	
	SU	SDO	SDP	SHON	SHOB
	Surface utile	Surface dans œuvre	Surface de plancher	Surface hors œuvre nette	Surface hors œuvre brute
Murs extérieurs					
Isolation extérieure					
Isolation intérieure					
Murs intérieurs porteurs					
Cloisons fixes					
Cloisons mobiles					
Toitures terrasses, aménageables ou non					
Balcons, loggias...					
Coursives et galeries fermées permettant l'accès à des locaux					
Vérandas					
Combles ou sous-sols aménageables y compris les autres réserves foncières					
Combles ou sous-sols non aménageables HSP < 1m80					
Sous-sols y compris les parkings ⁽¹⁾		(1)			
Niveaux intermédiaires (mezzanines, galeries, paliers des escaliers fermés)					
Circulations verticales fermées (uniquement les niveaux servant d'emprise et les paliers)					
Locaux techniques en combles, sous-sols, terrasses fermées					
Locaux techniques en étage courant y compris les gaines techniques et gaines d'ascenseur					
Circulations horizontales					
Espaces d'attentes intégrés aux circulations					
Sanitaires					
Hall d'entrée et sas d'accès (hall, ambulances...)					
Archives					
Bureaux, salles de réunion, cafétéria...					

Compris dans le calcul de la surface

1 - Les parkings en infrastructure sont traditionnellement exclus de la SDO lorsqu'il s'agit de caractériser l'architecture et la géométrie d'un bâtiment au travers du ratio SDO/SU. Il peut être pertinent de les intégrer dans l'assiette de la SDO pour le calcul du ratio coût de construction/m²SDO.

Chapitre 4

Annexes

Annexe 2

Définition des termes d'usage

La Surface utile (SU)

La surface utile est un outil essentiel de la démarche de programmation. Dans cette notion, le terme « utile » n'a pas le sens habituel, qui s'oppose à « inutile », mais renvoie à son sens étymologique relatif à « l'usage » ou à « l'utilisation ». Il s'agit de la surface des locaux décrits dans le programme par le maître d'ouvrage comme étant nécessaires à l'exercice de ses activités. Il est fait abstraction dans cette notion des liaisons entre les locaux ainsi que des dispositifs liés aux installations techniques, dont la consistance dépend du parti architectural et technique adopté par le maître d'œuvre.

Définition

Il n'existe pas de définition officielle. Pour les données recueillies par OSCIMES®, il a été convenu de retenir la définition suivante : « La surface utile est la surface intérieure des locaux d'activité. Les circulations et les locaux techniques n'entrent pas dans le calcul de la surface utile. »

Elle ne comprend donc pas : les circulations verticales et horizontales, les paliers d'étages, l'encombrement des murs, voiles, cloisons, gaines, poteaux... En revanche les halls d'entrée identifiés comme tels ainsi que les espaces d'attente et d'orientation sont inclus.

L'important est d'identifier la fonction de l'espace qui n'est pas un local au sens « strict », afin d'en définir une affectation ou non au sens de la SU :

- ▶ Si cet espace a une vocation de liaison entre locaux, il n'est pas comptabilisé dans la SU (exemple : galerie de liaison périphérique d'un service de réanimation);
- ▶ Si cet espace a, au-delà de sa vocation de liaison, au moins une fonction supplémentaire, il est à comptabiliser dans la SU (exemple : circulations de distribution à l'intérieur d'une cuisine).

Les locaux sanitaires sont inclus dans la SU, ainsi que les emplacements des équipements mobiliers et immobiliers.

Concernant les locaux techniques et les circulations générales, ils ne sont pas comptabilisés dans la SU. Cependant, et bien que non inclus dans un programme de locaux, ils doivent faire l'objet d'une estimation prévisionnelle dans celui-ci afin d'éviter toute omission lors de la définition de la Surface dans œuvre (SDO) servant à l'estimation du coût de l'opération.

La Surface dans œuvre (SDO)

Dans le cadre d'une opération immobilière, la surface dans œuvre est évaluée en multipliant la surface utile (définie ci-avant) par

un coefficient approprié, caractéristique du secteur, de l'entité ou du pôle fonctionnel considéré. Dans OSCIMES®, la SDO retenue est celle de l'opération effectivement réalisée, correspondant au projet architectural exécuté (et non plus la SDO estimée en phase de programmation).

Définition

Une fois encore, il n'existe pas de définition réglementaire de la SDO, celle retenue par l'Observatoire est la suivante : « La surface dans œuvre est égale à la somme des surfaces de plancher de chaque niveau de construction calculée à partir du nu intérieur des façades et structure porteuses. »

La SDO comprend les circulations verticales intérieures et extérieures, les circulations horizontales, les paliers d'étages intérieurs et extérieurs, les surfaces d'emprises au sol des structures non porteuses (cloisons, gaines techniques).

Les galeries de liaison fermées reliant des bâtiments entre eux sont intégrées dans la SDO (qu'elles soient en infrastructure ou en superstructure). De même les locaux techniques sont inclus dans la SDO.

Les SDO partielles des activités (secteur, entité, pôle) ne correspondent pas exactement à cette définition car les circulations générales et LT (locaux techniques) sont comptés à part en raison de la difficulté liée à la répartition de ces locaux entre les activités. Cependant, la somme des SDO partielles des secteurs, entités ou pôles fonctionnels et des circulations générales y compris les locaux techniques correspond à cette définition.



La Surface de plancher (SDP)

La Surface de plancher se substitue à la SHOB et à la SHON depuis le 1^{er} mars 2012.

Elle est définie par l'article L111-14 du code de l'urbanisme : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 331-10, la surface de plancher de la construction s'entend de la somme des surfaces de plancher closes et couvertes, sous une hauteur de plafond supérieure à 1,80 m, calculée à partir du nu intérieur des façades du bâtiment. »

Un décret en Conseil d'État précise notamment les conditions dans lesquelles peuvent être déduites les surfaces des vides et des trémies, des aires de stationnement, des caves ou celliers, des combles et des locaux techniques, ainsi que, dans les immeubles collectifs, une part forfaitaire des surfaces de plancher affectées à l'habitation. »

Chapitre 4

Annexes

Définition

L'article R111-22 du code de l'urbanisme fixe les règles de calcul de la surface de plancher :

« La surface de plancher de la construction est égale à la somme des surfaces de plancher de chaque niveau clos et couvert, calculée à partir du nu intérieur des façades après déduction :

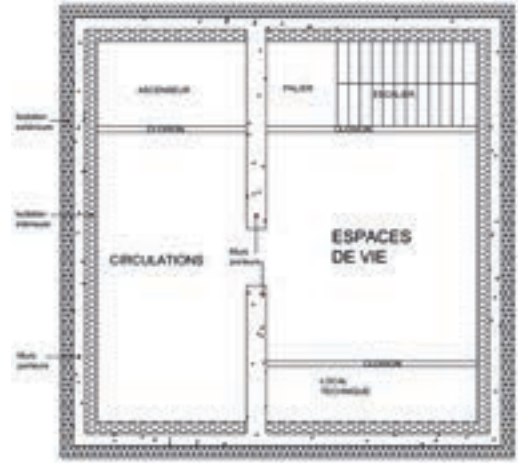
1. Des surfaces correspondant à l'épaisseur des murs entourant les embrasures des portes et fenêtres donnant sur l'extérieur ;
2. Des vides et des trémies afférentes aux escaliers et ascenseurs ;
3. Des surfaces de plancher d'une hauteur sous plafond inférieure ou égale à 1,80 mètre ;
4. Des surfaces de plancher aménagées en vue du stationnement des véhicules motorisés ou non, y compris les rampes d'accès et les aires de manœuvres ;
5. Des surfaces de plancher des combles non aménageables pour l'habitation ou pour des activités à caractère professionnel, artisanal, industriel ou commercial ;
6. Des surfaces de plancher des locaux techniques nécessaires au fonctionnement d'un groupe de bâtiments ou d'un immeuble autre qu'une maison individuelle au sens de l'article L. 231-1 du code de la construction et de l'habitation, y compris les locaux de stockage des déchets ;
7. Des surfaces de plancher des caves ou des celliers, annexes à des logements, dès lors que ces locaux sont desservis uniquement par une partie commune ;
8. D'une surface égale à 10 % des surfaces de plancher affectées à l'habitation telles qu'elles résultent le cas échéant de l'application des alinéas précédents, dès lors que les logements sont desservis par des parties communes intérieures. »

La circulaire du 3 février 2012 relative au respect des modalités de calcul de la surface de plancher des constructions définie par le livre I du code de l'urbanisme donne des précisions sur les modalités de calcul de la surface de plancher.

Remarque

Le mode de calcul de la surface de plancher comporte de nombreux avantages par rapport à ceux de la SHOB et de la SHON. Le calcul des surfaces est simplifié et s'inscrit en filiation directe avec le calcul de la surface taxable servant de base à la taxe d'aménagement. La surface de plancher comporte uniquement quelques déductions supplémentaires par rapport aux déductions prévues pour la surface taxable. Une seule déduction forfaitaire est par ailleurs maintenue par rapport au calcul des surfaces en SHON et ne concerne que les immeubles collectifs. Le calcul des surfaces en surface de plancher correspond de plus à l'espace réellement disponible pour les occupants des constructions, ce qui contribue à faciliter sa compréhension. L'absence d'intégration des murs extérieurs contribue à l'amélioration de la performance énergétique des bâtiments : le recours à des techniques d'isolation faisant appel à des murs épais ou à des doubles parois ne se traduira plus par une perte en termes de droits à construire.

Comparatif SDO / SU / SDP



Le ratio SDO / SU

Le ratio SDO/SU est déterminant pour évaluer la dimension et le coût d'une construction.

Ce ratio caractérise l'architecture et la géométrie d'un bâtiment

Il est représentatif du complément de surface que le maître d'œuvre rajoute à la surface utile pour transformer l'expression des besoins (en surface utile) en un ensemble fonctionnel. L'établissement de santé se caractérise par un ensemble de secteurs très différents par leur type d'activité, leur besoin de circulations et leur coût. Chaque secteur dispose d'un ratio SDO/SU qui lui est spécifique. Le ratio général peut-être la résultante de disparités assez fortes entre les secteurs.

Un paramètre parmi d'autres, mais un paramètre important

Ce complément de surface est indispensable puisqu'il assure la liaison entre les différents locaux « utiles », mais il doit être maîtrisé, dans la mesure où il déterminera en partie le coût de la construction, puis son coût d'exploitation.

Lorsqu'on dit d'un projet qu'il a un ratio SDO/SU élevé, on ne porte pas un jugement de valeur mais on fait le constat que l'investissement est consacré pour une proportion non négligeable à des surfaces qui ne sont pas directement utilisables pour l'activité exercée par le maître d'ouvrage.

Celui-ci peut donc avoir une action volontariste sur ce coefficient dans le sens d'une maîtrise des surfaces. Dans ce cas, le projet architectural devra s'inscrire dans cet objectif, ou s'en approcher.

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
AGIRC - ARRCO	Association générale des institutions de retraite des cadres - Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
AMAD	Association de maintien à domicile
AMP	Aide médico-psychologique
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ASH	Agent des services hospitaliers
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
CD	Conseil départemental
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLACT	Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail
CLIC	Comité local d'information et de coordination
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers
CNR	Crédits non reconductibles
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRF	Croix-Rouge française
DD	Développement durable
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DPI	Dossier patient informatisé
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESA	Équipe spécialisée Alzheimer
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESAD	Équipe spécialisée Alzheimer à domicile
ETP	Équivalent temps plein
EURL	Entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GHT	Groupe hospitalier de territoire
GIR	Groupe ISO ressource
GMP	GIR moyen pondéré
HAD	Hospitalisation à domicile
HT	Hébergement temporaire
IDE	Infirmier diplômé d'état
IDEC	Infirmier(e) coordinateur(trice)
IFAS	Institut de formation d'aide-soignant
IFCAAD	Institut de formation alsacien au travail éducatif et social
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
IRP	Instances représentatives du personnel
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MARPA	Maison d'accueil rurale pour personnes âgées
NPI-ES	Inventaire neuropsychiatrique-version équipe soignante
OSCIMES	Observatoire des surfaces et coûts immobiliers en établissements de santé
PA	Personne âgée
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PFS	Plateforme de services
PH	Personne handicapée
PLEIAD	Étude épidémiologique descriptive en EHPAD
PMP	PATHOS moyen pondéré
PUI	Pharmacie à usage intérieur
RDC	Rez-de-chaussée
RH	Ressources humaines
RSE	Responsabilité sociétale des établissements
SAAD	Service d'aide à domicile
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SDO	Surface dans œuvre
SGMAP	Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
SIP	Système d'information partagé
SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SU	Surface utile
TMS	Troubles musculo-squelettiques
UHR	Unité d'hébergement renforcé

Remerciements

L'ANAP tient à remercier l'ensemble des membres du groupe de travail pour leur participation à ce projet :

- ▶ **Marie-Claude Marais**, DGCS
- ▶ **Valérie Maunoury**, DGCS
- ▶ **Céline Moreau**, CNSA
- ▶ **Aylin AYATA**, ANESM

- ▶ **Agathe Faure**, FEHAP
- ▶ **Éric Fregona**, SYNERPA
- ▶ **Anna Lebey**, FHF
- ▶ **Annie Lelièvre**, FHF
- ▶ **Annabelle Malnou**, FNADEPA
- ▶ **Didier Sapy**, FNAQPA

- ▶ **Stéphan Bajdas**, SECA santé
- ▶ **Franck Bisson**, association COS
- ▶ **Emmanuel Brasseur**, COALLIA
- ▶ **Stéphane Buzon**, association Emmaüs-Diaconesses
- ▶ **Stéphanie Callewaert**, AGIRC-ARRCO
- ▶ **Adrien Casseron**, Croix-Rouge française
- ▶ **Olivier Charron**, fondation Léopold Bellan
- ▶ **Cyril Coulet**, COALLIA
- ▶ **Guillaume Disset**, Croix-Rouge française
- ▶ **Jérôme Fournier**, Le Noble Âge
- ▶ **Julien Jeanneau**, Le Noble Âge
- ▶ **Servanne Jourdy**, CCAS Ville de Paris
- ▶ **Nicolas Meunier**, AZMO
- ▶ **Alexandre Pace**, fondation Léopold Bellan
- ▶ **Jean-Pascal Piermé**, AGIRC-ARRCO
- ▶ **Paul Rey**, Alterna - Groupe SOS
- ▶ **Magali Rineau**, maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois
- ▶ **Nicolas Robbe**, association Monsieur Vincent
- ▶ **Fanny Schmidt**, groupement des EHPAD publics du Val de Marne
- ▶ **Valérie Yvars**, association COS

Elle remercie également les équipes de toutes les structures qui ont fait l'objet de monographie ou de focus thématiques.

Documents utiles

- ▶ **Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie - 2016 - CNSA :**
http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffrescles2016-web.pdf
- ▶ **Référentiel départemental pour la construction et la reconstruction d'établissements d'accueil pour personnes âgées et adultes handicapés - Département d'Ille-et-Vilaine - octobre 2011 :**
<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Ars35/2011/ISO20046995%20.pdf>
- ▶ **EHPAD : vers de nouveaux modèles? Étude KPMG - décembre 2015 :**
<https://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Etude-EHPAD-2015.PDF>
- ▶ **Abécédaire pour la construction et la restructuration des établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendants - Conseil Général Haut-Rhin - juin 2012 :**
http://www.solidarite.haut-rhin.fr/Cache/06-09-12_13-24PA_ABECEDAIRE_2012.pdf
- ▶ **Bonnes pratiques architecturales en EHPAD - Étude du cadre réglementaire et Retours d'expériences des acteurs du département de la Gironde - Conseil Général Gironde - janvier 2013 :**
http://www.gironde.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/cg33_bonnes_pratiques_architecturales_en_ehpad.pdf
- ▶ **Conception et rénovation des EHPAD - INRS - février 2012 :**
<http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206099>
- ▶ **Guide pour l'appréciation de la qualité des espaces de vie dans les établissements pour personnes âgées - DGCS - 2008.**
- ▶ **Guide de l'accompagnement et du cadre de vie en établissements des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres causes de dépendance - DGCS - 2012.**
- ▶ **Alzheimer et architecture en établissement - Manuel de conception architecturale - Brigitte Chaline - 2003.**
- ▶ **L'habitat des personnes âgées du logement adapté aux EHPAD, USLD et unités Alzheimer - Philippe Dehan - 2007.**
- ▶ **« La politique du médicament en EHPAD » - Rapport de Philippe Verger - décembre 2013 :**
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf
- ▶ **« Le secteur médico-social - Comprendre pour agir mieux » - ANAP - 2013 :**
<http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/le-secteur-medico-social-comprendre-pour-agir-mieux/>
- ▶ **« Zoom sur » Impact d'un investissement sur le prix de journée en EHPAD et fiches associées - ANAP - juillet 2015 :**
<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/zoom-sur-impact-dun-investissement-sur-le-prix-de-journee-en-ehpad/>
- ▶ **Plateforme thématique immobilier de l'ANAP :**
<http://immobilier.anap.fr/>



Mentions légales

Financement: les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés. Conflits d'intérêts: les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage: l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle: les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement: « Repères organisationnels et de dimensionnement en surface en EHPAD © ANAP 2016 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation: Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr

Crédit photos: ANAP

Imprimé par Corlet imprimeur sur du papier PEFC

Décembre 2016

Dans le cadre d'un projet immobilier qui doit s'articuler avec le projet d'établissement, les gestionnaires doivent prendre en compte les évolutions des besoins des personnes âgées.

À destination des gestionnaires d'EHPAD, ce document propose des repères de surface permettant de réaliser le pré-dimensionnement d'un projet immobilier. Il comprend aussi les grands enseignements issus de retours d'expériences.

