



L'EHPAD DU FUTUR COMMENCE AUJOURD'HUI

PROPOSITIONS POUR UN CHANGEMENT RADICAL DE MODÈLE

Auteurs

Luc BROUSSY, Jérôme GUEDJ, Anna KUHN-LAFONT

avec la collaboration de

Patrick HADDAD et Manon LACHERAY



SOMMAIRE

4 AVANT-PROPOS

8	Chantier 1 : DU « BIENVENUE CHEZ NOUS » AU « BIENVENUE CHEZ VOUS »	
	Objectif n°1 : Je suis en Ehpad, je suis chez moi.....	10
	Objectif n°2 : Un habitant-citoyen plutôt qu'un résident	15
	Objectif n°3 : Toute sa place à la famille.....	20
	Objectif n°4 : Des lieux de vie ouverts sur leur environnement, ancrés dans leur territoire	24
	Synthèse chantier 1 : 16 orientations et/ou propositions.....	26

28 Chantier 2 : REPENSER L'ARCHITECTURE ET LES ESPACES

	Objectif n°1 : Des logements plutôt que des chambres	33
	Objectif n°2 : S'approcher de l'ambiance « comme à la maison »	36
	Objectif n°3 : Et si le collectif laissait la place au semi-collectif ?	36
	Objectif n°4 : Le soin, hors de ma vue	39
	Objectif n°5 : L'Ehpad au cœur de la société et de ses défis.....	40
	Synthèse chantier 2 : 14 orientations et/ou propositions.....	44

46 Chantier 3 : RENDRE POSSIBLE L'EHPAD PLATEFORME

	Capitaliser sur les expériences en cours.....	51
	Vers quelle offre tendre ?	59
	Quel cadre juridique pour généraliser ce modèle ?	59
	Synthèse chantier 3 : 3 orientations et/ou propositions.....	68

70 ANNEXES

AVANT-PROPOS

La crise du Covid-19, évidemment parce qu'elle a durement touché les résidents d'EHPAD et conséquemment leurs familles et les personnels qui les accompagnent, s'est traduite aussi par un questionnement sur ce qu'étaient devenus ces établissements, comment ils fonctionnaient, quels publics ils accueilleraient.

Beaucoup des interrogations mises au grand jour à l'occasion de la crise sanitaire préexistaient : sur le niveau de médicalisation des établissements, sur l'insuffisance de personnels au regard de l'évolution des profils des résidents, sur les enjeux d'éthique et de liberté, mis en lumière à l'occasion de tel ou tel événement médiatique, sur la relation avec l'offre de soins (médecine de ville et établissements hospitaliers), sur les évolutions architecturales, sur le reste à charge en établissement, l'isolement social d'une partie des résidents, l'attractivité des métiers, l'impact des nouvelles technologies... les opérateurs n'étant d'ailleurs pas les derniers à porter eux-mêmes nombre de ces questionnements. D'une certaine manière, la naissance même du Think Tank Matières Grises au printemps 2018 participait de cette volonté d'alimenter le débat public sur les évolutions souhaitables ou nécessaires.

L'EHPAD est mort, vive l'EHPAD !

Mais incontestablement, la crise sanitaire a rendu plus urgent encore ce nécessaire aggiornamento, voire cette révolution du modèle. Le monde d'après ne pouvait ignorer une remise en cause des Ehpads. Chaque enquête d'opinion ou consultation, comme encore récemment la consultation initiée par le ministère déléguée à l'autonomie, le confirme : immédiatement après la priorité donnée au maintien à domicile, **la demande porte non pas sur une illusoire et impossible suppression des Ehpads, mais sur leur mutation et leur ouverture.**

Tout le monde y aspire donc. Certains ont commencé à y réfléchir, à commencer par les opérateurs eux-mêmes. Les pouvoirs publics ont soutenu, nous y reviendrons, des expérimentations à travers « l'article 51 » et la CNSA s'apprête à lancer un Laboratoire des solutions de demain afin de réfléchir aussi aux offres nouvelles.

There Is No Alternative ! La fameuse formule d'une ancienne première Ministre britannique prend ici tout son sens : **il n'y a pas, sur le long terme, d'alternative à l'Ehpads. Telle est notre conviction profonde.** Certes, tout le monde souhaite que nos concitoyens puissent, demain, rester le plus longtemps possible à domicile. Certes, tout le monde est convaincu que les formules alternatives d'hébergement peuvent et doivent se développer, de la Résidence Seniors à l'habitat « API », tel que décrit dans le rapport Piveteau/Wolfrom.

Mais la très forte progression du nombre de personnes âgées dépendantes à partir de 2030 ne permet aucun doute : les Ehpads continueront de constituer l'offre centrale dans la prise en charge des personnes les plus touchées par la perte d'autonomie notamment psychique.

La question n'est donc pas de savoir s'il faut oui ou non remplacer les Ehpads : la question consiste plutôt à trouver les moyens pour que ces 7.500 établissements, présents dans tous les coins du territoire, puissent évoluer et s'adapter afin de répondre aux nouveaux besoins des personnes âgées de demain et notamment à l'exigence « domiciliaire » qui doit permettre de se sentir « à domicile » en établissement.

Notre contribution à la réflexion collective

Le 3 décembre 2019, lors des Rencontres nationales de la CNSA, Agnès Buzyn, alors Ministre des Solidarités et de la Santé, indiquait vouloir créer un « *laboratoire pour réfléchir aux grandes lignes de ce que doit être l'établissement de demain* ».

Elle souhaitait, pour ce faire, réunir soignants, architectes, sociologues, designers, proches aidants et personnes âgées afin notamment de « repenser les lieux eux-mêmes ». Par ailleurs, inspirée par les

réflexions en cours sur le « virage domiciliaire », la Ministre formulait en ces termes trois interrogations : « *Comment faire pour que les personnes se sentent chez elles en établissement ? Comment faire face au réchauffement climatique, car les établissements construits aujourd'hui devront s'adapter aux conditions environnementales de demain ? Comment penser l'habitat des personnes qui font face à des troubles cognitifs de plus en plus importants ?* ».

Le 17 septembre 2020, Brigitte Bourguignon, Ministre déléguée à l'Autonomie, a évoqué de nouveau « l'Ehpad de demain » en indiquant que ce thème serait au cœur du futur Laroque de l'Autonomie. Mais ce processus ayant accusé un retard pour cause de crise sanitaire, Matières Grises a donc décidé de s'en emparer directement avec la ferme intention que nos travaux puissent ensuite être mis au service du Gouvernement et du législateur.

C'est finalement au printemps 2021 que le laboratoire des solutions de demain (donc pas uniquement centré sur les Ehpad) a été annoncé, localisé au sein de la CNSA.

Ce laboratoire aura pour objectifs d'imaginer les lignes directrices de l'investissement dans les structures médico-sociales pour les prochaines années, d'éclairer les grands choix par exemple entre créations ou rénovations d'établissements, EHPAD ou formes alternatives et d'outiller les acteurs locaux, les gestionnaires, les agences régionales de santé, les conseils départementaux pour définir ou conduire leurs projets.

L'Ehpad de demain ne ressemblera donc ni à l'Ehpad d'hier, ni à celui d'aujourd'hui car il devra prendre en compte trois évolutions majeures, dans un contexte de massification accélérée du vieillissement ¹ :

- la première, c'est le souhait massivement exprimé par les français de terminer leur vie « chez eux » quand bien même ce « chez soi » serait-il un Ehpad.
- la deuxième, c'est l'évolution sociologique des futurs « 85 ans et plus », ceux-là mêmes qui ont

vécu toute leur vie dans des logements souvent spacieux et de qualité.

- La troisième, c'est la pression de l'opinion publique qui nous somme collectivement d'orienter autrement les Ehpad, lieux trop souvent assimilés à l'enfermement et à la contrainte.

Mais la démarche intellectuelle consistant à penser l'Ehpad de demain ne peut s'exonérer d'un retour sur un passé pas si lointain. Alors, fermez les yeux et imaginez-vous dans les années 90...

Il n'y a pas si longtemps : des hospices à l'Ehpad

Il faut d'abord se souvenir qu'au mitan des années 90, l'Etat en ait encore à exécuter son programme de « transformation et d'humanisation des hospices ». En 1995, le Premier Ministre de l'époque, Edouard Balladur, explique qu'il souhaite

UNE NOTE CO-CONSTRUITE AVEC LES ACTEURS

Plus encore que les précédents rapports de Matières Grises, celui-ci a été élaboré de manière très collective et participative.

- 107 auditions d'experts et spécialistes (dont la liste apparaît en annexe)
- Une revue de la littérature (documents et rapports émis depuis des mois sur ces questions)
- Le recueil des positions des fédérations représentatives du secteur (FEHAP, FHF, SYNERPA, UNCCAS)
- 198 contributions écrites ont été transmises par des directeurs d'établissements, des professionnels, des institutions et collectivités suite à nos appels à contribution
- Une consultation sous forme de sondages auprès de directeurs d'établissement
- Le témoignage et l'expertise des groupes adhérents du *Think Tank*

1. 2020-2030, l'explosion des 75-85 ans - Les notes de Matières Grises, septembre 2020

que ce chantier « *d'humanisation des hospices soit achevé dès 1996* », soit plus de 20 ans après qu'il ait été lancé dans le cadre de la loi de 1975...

Il faut aussi se souvenir de cette « Enquête EHPA 1998 »² publiée cette année-là par le Ministère des Affaires Sociales, enquête qui indique que seulement 66% des résidents en maison de retraite occupent une chambre individuelle. Un taux qui chute à 38% dans les unités de soins de longue durée (USLD), unités qui comptent encore à l'époque près de 90.000 lits. Cette même enquête précise que seuls 44% des résidents en maison de retraite bénéficient en cette fin des années 90 de sanitaires dans leur chambre. Pire : ce chiffre tombe à 27% dans les USLD. Toujours en 1998, 54% des résidents n'ont pas de téléphone dans leur chambre et 40% n'ont pas de télévision.

Ces statistiques reflètent bien l'état général de ces structures dans les années 1990. Et encore nous n'évoquons pas ici la question des ressources humaines puisqu'en ce temps-là une large part des personnels soignants étaient qualifiés pudiquement de « faisant fonction ». En clair : ils n'avaient pas les diplômes requis, notamment celui d'aide-soignante. Incontestablement, ce n'était pas mieux avant et les nostalgiques d'un modèle image d'Epinal de la maison de retraite d'antan ont une mémoire bien sélective... C'est à la fin des années 90 que le gouvernement va se décider à entamer ce qui fut connu sous le terme de « réforme de la tarification » et qui se révélera en réalité être une véritable « révolution de la qualité ».

Une modernisation impulsée par le cahier des charges du 26 avril 1999

C'est entre 1999 et 2001 que va s'enclencher le vaste mouvement de modernisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées. La loi de janvier 1997 stipule qu'une maison de retraite pour devenir « Ehpad » doit signer une convention tripartite. Deux ans plus tard, un arrêté du 26 avril 1999 « *portant cahier des charges des conventions tripartites* » va indiquer **les différents objectifs**

2. Etudes & Résultats n°35 – octobre 1999 – Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution

de qualité que doivent s'engager à atteindre les établissements dans une période de 5 ans. Rien de normatif ici. Il n'est pas indiqué qu'une maison de retraite ayant des chambres de 15m², n'ayant pas passé de convention avec un établissement de santé ou n'ayant pas rédigé son projet d'établissement ne peut pas devenir Ehpad. Il est en revanche prévu dans sa convention tripartite que l'établissement a 5 ans pour atteindre lesdits objectifs.

Et ce cahier des charges ne se limite évidemment pas aux seuls aspects architecturaux de l'Ehpad. Il traite plus généralement de la qualité de vie des résidents (incluant en sus des espaces, le projet institutionnel) ; la qualité des relations avec les proches ; la qualité des personnels exerçant dans l'établissement ou encore l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés.

C'est ainsi qu'en quelques années, le secteur va vivre une véritable révolution de la qualité. Une révolution, rappelons-le, dont la source est constituée d'un simple cahier des charges, mélange de contrainte et de souplesse. Imaginé, pensé et rédigé entre 1998 et 1999 par un groupe de travail mixant responsables de l'Administration centrale et représentants des professionnels, ce « cahier des charges » sera assorti d'un référentiel d'auto-évaluation de 150 items (baptisé ANGELIQUE³) qui constituera l'outil quotidien des équipes durant plusieurs années. Un outil simple qui fera bien plus pour le secteur que les centaines de pages verbeuses éditées ensuite pendant 10 ans par l'Agence nationale pour l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESMS).

Au fond, **la seule erreur commise ensuite fut de ne pas réactualiser ce fameux cahier des charges tous les 5 ou 10 ans**, transformant ainsi les conventions tripartites puis les CPOM en simples outils de contractualisation budgétaire.

Les progrès ainsi opérés pendant les années 2000-2005 vont faire de l'Ehpad français un

3. A cette époque, Jean-René Brunetière, haut-fonctionnaire facétieux va s'amuser à trouver des acronymes sous forme de prénoms qui jalonneront la réforme : la Mission Marthe, l'échantillon Ernest, la Dotation Dominic ou encore Angelique, l'Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements.

modèle. Un modèle qui va ensuite s'exporter à l'étranger. C'est ainsi qu'il faut analyser le succès des grands groupes privés français en Europe et dans le monde. Ils ont su, grâce au « standard » mis en place en France à l'orée du siècle, importer ce savoir-faire à l'étranger. Dit autrement : si Korian, Orpéa ou Domus Vi sont aujourd'hui leaders en Europe, ils le doivent aussi un peu... aux fonctionnaires de la Direction Générale de l'Action Sociale (ex-DGCS) ⁴.

Pour autant, l'Ehpad des années 2000-2020 est devenu cet espace normé, parfois standardisé à l'excès, souvent à l'ambiance hospitalière encore trop prononcée et auquel on attache désormais le qualificatif de « concentrationnaire », le « on » étant aussi bien les médias, le grand public que... le Comité Consultatif National d'Ethique. Tout le monde voit bien qu'une évolution de la conception même des Ehpad est désormais nécessaire.

2030 : une nouvelle révolution

On pourrait au fond théoriser que ce secteur a besoin d'un big bang tous les 25 ans. La loi du 30 juin 1975 a permis de sortir l'hébergement pour personnes âgées du seul secteur hospitalier et de créer un secteur médico-social distinct du secteur hospitalier. La réforme de 1999 a, elle, permis de transformer le modèle de la maison de retraite des années 80-90 en un Ehpad standardisé de qualité.

N'est-il pas temps aujourd'hui, 20 ans après, d'entamer une 3ème révolution, celle qui préfigurerait l'Ehpad de 2030, l'Ehpad du « super mamie-boom » des années 2030-40 ? La bonne nouvelle de ce bref regard dans le rétroviseur, c'est que les mutations d'ampleur que le secteur a connues en moins de 20 ans ont bel et bien été possibles.

Cette révolution est d'autant plus essentielle que la crise sanitaire de la Covid-19 a intensifié le mouvement d'*Ehpad bashing* apparu depuis deux ou trois ans. Au fond, l'Ehpad, comme à peu près toutes les autres institutions en France (la presse, la politique, les scientifiques...), est la cible de toutes les critiques et de toutes les défiances, parfois tein-

tées de populisme voire même de complotisme⁵ quand elles innervent les réseaux sociaux.

La crise du Covid a intensifié ces critiques laissant les directeurs sous le coup d'accusations paradoxales et ballottés par des injonctions contradictoires : liberticides quand ils interdisaient l'accès des Ehpad aux familles ; coupables quand plusieurs résidents décédaient en raison du Covid. Mais cette crise est aussi intervenue dans un contexte d'interrogations sur l'essence même de ce qu'est un Ehpad. Un organisme aussi sérieux que le Comité Consultatif National d'Ethique allant jusqu'à prôner « une dé-ghettoisation des personnes âgées ».

Pour autant, nombre d'interrogations sont suffisamment légitimes pour qu'elles mènent à interroger pour l'avenir le modèle même de l'Ehpad. Car tout le monde voit bien que le modèle créé il y a 20 ans doit s'adapter désormais à ce que seront les nouvelles exigences des « vieux de demain », héritiers de la Génération mai 68 éprise de liberté et d'autonomie. Cette génération, celle du baby-boom, atteindra l'âge de 85 ans à partir de 2030, début de « l'Alpe d'Huez » démographique. Il est donc indispensable de repenser l'Ehpad dès maintenant si nous voulons que ces Ehpad du futur soient sortis de terre dans moins de 10 ans maintenant.

C'est précisément pour contribuer à cette réflexion que Matières Grises a décidé de lancer cette mission. Nous en sommes convaincus : la question n'est pas de savoir s'il faut ou non remplacer les Ehpad. La question consiste plutôt à se demander sur quels fondements se reposer pour faire évoluer et adapter les 7.500 établissements existants et réinventer ceux qui sortiront de terre d'ici la fin de la décennie qui s'ouvre.

4. Au-delà de Jean-René Brunetière, citons quelques personnalités qui, dans les couloirs du Ministère, furent à l'origine de cette « révolution » : Philippe Coste, Jean-François Bauduret, Jean-Pierre Hardy, Fabienne Dubuisson ou encore Jean-Marc Ducoudray et le Dr Jean-Marie Vetel.

5. Le « célèbre » complotiste Silvano Trotta accusant un Ehpad de Rodez d'avoir tué 14 résidents ... en les vaccinant. Ou le documentaire Hold-up décrivant des euthanasies massives au Rivotril dans les Ehpad.



Chantier 1

DU « BIENVENUE CHEZ NOUS » AU « BIENVENUE CHEZ VOUS »

Au commencement d'un changement de modèle de l'Ehpad, il faut donner corps à l'objectif maintes fois affiché de placer la personne âgée au cœur du dispositif. Les maîtres-mots sont ici libre-choix, autonomie, consentement, liberté, participation effective à la vie de l'établissement, place des familles, respect de l'intimité, éthique. Dans cette optique, le virage domiciliaire s'applique aussi à l'Ehpad : ma chambre et son environnement, bref mon logement, sont mon « chez soi », l'organisation de l'établissement s'adapte à cette nouvelle donne.

Pour dessiner les contours de l'Ehpad de demain, il nous a semblé naturel de commencer par nous intéresser à ce qui en constitue le cœur : la personne âgée elle-même !

Qu'on les appelle « résidents », « usagers », « clients » ou encore « habitants », le statut des personnes âgées hébergées a considérablement évolué au cours des dernières décennies mais devra changer encore plus radicalement d'ici 2030 pour répondre aux aspirations des futures générations de « résidents » et aux nouveaux contours de l'Ehpad de demain.

Pour comprendre quelle est leur place dans l'Ehpad d'aujourd'hui, revenons 20 ans en arrière, au moment où le secteur, qui digère à peine la réforme de 1999, voit arriver la Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (dite « Loi 2002-2 »). Cette loi a notamment pour ambitions de « *réaffirmer la place prépondérante des usagers, de promouvoir l'autonomie, la protection des personnes et l'exercice de leur citoyenneté* ». Le législateur a précisé et organisé les droits de la personne et a cherché à assurer

l'accès effectif de ces derniers en instaurant nombre de documents, d'instances et de procédures d'évaluation.

DU STATUT DE PATIENT À CELUI DE CLIENT

Ainsi, en 20 ans, sous l'impulsion de la Loi 2002-2 et au rythme de la signature des conventions tripartites de première et seconde générations, l'ensemble des Ehpad ont peu à peu mis en place leur livret d'accueil, leur contrat de séjour, leur règlement de fonctionnement, leur conseil de la vie sociale voire, quand elle existe, ont mis à disposition des résidents et des familles, la liste des personnes qualifiées fixée par arrêté du Préfet, du Président du Conseil Départemental et du Directeur de l'ARS. Ils ont également construit leur projet d'établissement, réalisé leurs évaluations et ont affiché dans le hall d'entrée la Charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Il y a 20 ans, la Loi 2002-2 a donc réglementé la



relation de l'usager avec l'institution en tant que consommateur⁶. **En d'autres termes : elle a permis aux résidents, à travers la signature d'un contrat de séjour, de passer du statut de patient à celui de client-consommateur.**

A travers la mise en place des évaluations et des projets d'établissement, la loi, associée à la réforme de tarification de 1999, a organisé progressivement au sein des Ehpad de France une prise en charge et un accompagnement individualisés de qualité. Une formule résumera ce nouveau credo : **« mettre l'usager au centre du dispositif »**... adopté et répété par tous dans les conventions tripartites, les évaluations ou les recommandations de l'ANESM, ce credo marquera le passage de la maison de retraite des années 80-90 à l'Ehpad des années 2000.

DU STATUT DE CLIENT À CELUI D'HABITANT

Mais soyons honnête deux secondes : peut-on sérieusement affirmer, 20 ans après, que les Ehpad sont aujourd'hui organisés de telle manière que le résident est vraiment « au cœur du dispositif » ? Probablement non. **L'objectif demain est de passer du statut de client à celui d'habitant ou, pour reprendre les propos de Didier Sapy, directeur de la FNAQPA, de passer du « Bienvenue chez nous » au « Bienvenue chez vous ».**

« Jusqu'ici on vous accueillait chez nous. Désormais, vous êtes ici chez vous » : tel pourrait être le slogan de l'Ehpad de 2030. Car les Ehpad de demain ne pourront pas s'affranchir de la volonté très forte de la société d'exiger de vieillir « chez soi » quand bien même ce « chez soi » serait l'Ehpad. A l'Ehpad donc d'entamer sa « *révolution domiciliaire* » sous forme de révolution culturelle. **Certes, il est illusoire de faire croire qu'en passant d'un pavillon de 80m² avec terrasse et jardin à une chambre de 20 ou même de 25 m², le résident pourra continuer de se sentir totalement « comme chez lui ».** Mais cela ne

doit pas empêcher pour autant l'offre de demain de tendre le plus possible vers cette logique et de faire du résident un « habitant » répondant ainsi à un besoin humain fondamental.

L'architecte Fany Cérèse, dans une contribution à la revue « *Réflexion immobilière* »⁷, explique en effet combien « habiter » est un besoin générique de l'être humain et précise qu'« *habiter se différencie d'être hébergé par la sensation d'être « chez soi », de s'approprier un espace à vivre et pour vivre* ». Pour « habiter » un espace, il faut l'investir, le transformer, le rendre familier ajoutant que « *le chez-soi est un lieu de confort, de sécurité et surtout un lieu où, quelle que soit l'étape de notre vie, nous sommes responsables et autonomes (Brennan et al., 2001), c'est le lieu dans lequel nous pouvons vivre selon nos propres règles* ». **Vivre selon nos propres règles plutôt qu'en répondant du matin au soir aux exigences de l'établissement et de ses règles : voilà l'objectif !**

SE SENTIR « CHEZ SOI » POUR HABITER L'EHPAD

Faire des résidents des habitants acteurs de leur lieu de vie requiert donc de recréer en EHPAD les conditions qui leur permettent de se sentir chez eux, d'y satisfaire leur besoin d'habiter et pas seulement d'y être hébergés et **d'y vivre à leur manière** et pas uniquement sous les injonctions de l'institution. Cela suppose de repenser les murs (nous y revenons dans le chantier 2) mais aussi (et surtout) de **renverser un paradigme qui prévaut depuis des décennies en Ehpad : celui qui exige que les résidents s'adaptent à l'organisation plutôt que l'inverse** ; celui qui fait prévaloir la sécurité sur la liberté, celui qui ne permet pas à la personne âgée de rester libre de ses mouvements, de son temps, de son rythme et de ses choix de vie, de son espace personnel, sous prétexte que l'organisation et les règles ne le permettent pas.

D'une certaine manière, **la gestion du confinement pendant la crise du Covid a constitué l'acmé de cette contradiction** : comment faire croire que l'Ehpad est un substitut du domicile lorsqu'on décide

6. 12 ans avant la loi 2002-02, le contrat de séjour fut institué par la loi du 6 juillet 1990. Il n'était alors obligatoire que dans les établissements non habilités à l'aide sociale, dont essentiellement dans les établissements commerciaux. Ce texte avait été initié non par le Ministère des Affaires Sociales mais par la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF), le résident étant alors protégé en sa qualité de consommateur. Le contrat de séjour ne fut généralisé à tous les Ehpad qu'en 2002.

7. « Les apports de l'architecture pour que les ehpad entrent dans une logique domiciliaire », *Réflexions immobilières* n°85, 2018

d'appliquer en son sein, et même avec les meilleures intentions du monde, des règles aussi dérogatoires que l'interdiction des visites des familles ? Comment faire croire à un substitut de domicile quand autant de règles éloignent l'Ehpad de la « vie chez soi » ? Des raisons tout à fait légitimes relatives au code du travail ou à l'organisation des ressources humaines expliquent ces contraintes mais **le fait est qu'aujourd'hui, la logique de l'institution l'emporte encore trop sur les désirs de chaque individu, rendant complexe voire impossible le sentiment de « chez soi » en Ehpad.**

Les Ehpad de demain devront, par conséquent, être en mesure de faire primer les désirs individuels sur les contraintes de l'institution. Et ce d'autant plus avec la nouvelle génération de résidents qui arrive, celle-là même qui a eu 20 ans dans les années 60 et qui sera sans concession sur ses désirs d'autonomie et de liberté. **La révolution sociologique qui se profile avec l'arrivée au grand âge des babyboomers constitue ainsi un immense défi pour les Ehpad mais également une opportunité d'avancer**, comme le souligne Mathilde Tro, directrice des accompagnements non médicamenteux

« Les papyboomers, on les attend avec impatience ! Ils vont faire bouger les choses et nous forcent à évoluer dès aujourd'hui. »

Mathilde Tro,
directrice des accompagnements
non médicamenteux chez Korian

chez Korian : « *Les papyboomers, on les attend avec impatience ! Ils vont faire bouger les choses et nous forcent à évoluer dès aujourd'hui.* »

Pour se préparer au mieux à cette révolution et gérer sa mutation, **l'Ehpad n'a d'autre choix que de renverser le paradigme qui primait jusque-là et de donner aux résidents les commandes en leur souhaitant... « Bienvenue chez vous ».**

Faut-il renommer les Ehpad ?

Si pour beaucoup la réponse est évidente (et est « évidemment oui »), une telle démarche peut également sembler peu prioritaire... voire risquée.

Certes, tous s'accordent à dire que le sigle « Ehpad » n'a rien d'attractif et de positif et les mots qui le composent - Etablissement, Hébergement, Dépendance - encore moins. Mais au moment d'envisager de rebaptiser ces 7500 Ehpad répartis partout sur notre territoire, ne sous-estimons pas 2 points. Le premier : ce terme existe depuis maintenant 20 ans et les français connaissent ce sigle qui apparaît aujourd'hui sur les panneaux d'affichage de chaque ville. Le second : sommes-nous vraiment en mesure de trouver aujourd'hui un terme qui fasse l'unanimité et qui remplisse mieux son rôle que « Ehpad » ?

En 2019, la concertation menée par Dominique Libault a proposé de remplacer le mot Ehpad par « Maison du Grand Âge » quand le Haut Conseil de l'âge (HCFEA) a proposé : « Résidence Médicalisée pour Aînés ».

Au Royaume-Uni, les « nursing homes ». En Italie, la « Residenza Sanitaria Assistenziale » est plus sanitaire que l'Ehpad pendant que la « Casa di Riposo » se situe entre la résidence autonomie et l'Ehpad. En Espagne, les « Residencias de mayores » accueillent les personnes âgées et de l'autre côté du Rhin, les allemands peuvent compter sur les « Altersheim » [Foyer des anciens] et « Pflegeheim » [Foyers de soin]. Au Québec, les Ehpad sont des CHSLD, « centres d'hébergement et de soins de longue durée ». Voilà de quoi relativiser un peu notre situation !

Cette comparaison nous invite à nous interroger sur le chemin parcouru en France au cours des 20 dernières années. En abandonnant en 1999 le mot « Maison de retraite », avons-nous finalement pris de l'avance sur nos voisins ?

Contribution tirée de la newsletter
mensuelle du groupe Colisée



OBJECTIF N°1

JE SUIS EN EHPAD, JE SUIS CHEZ MOI

Nous l'avons dit plus haut : l'Ehpad du futur ne pourra plus s'affranchir de la volonté de chaque personne de vieillir « chez soi » en Ehpad. La personne étant chez elle, elle voudra vivre de façon autonome et selon ses propres règles. Demain, la « praticité », les contraintes organisationnelles ou les normes de sécurité ne seront plus des excuses valables pour imposer aux résidents l'heure de leur toilette ou le menu de leur déjeuner, pour s'introduire dans leur domicile sans autorisation ou encore pour empêcher deux résidents de passer la nuit ensemble.

LA PERSONNE PRIME SUR L'INSTITUTION

Si l'expression « *mettre l'utilisateur au cœur du dispositif* » s'est incrustée dans tous les documents depuis 2002, on ne peut pas dire que dans les faits, ce principe ait véritablement atteint l'ambition qu'on lui a assignée. En 2020, l'organisation a encore tendance à primer, fréquemment et sur de nombreux sujets, sur les désirs et les habitudes des résidents. Demain, pour proposer un chez soi, l'Ehpad n'aura d'autre choix que de renverser cette logique.

À chacun son rythme

Selon le baromètre 2016 de la Fondation Korian, 90% des français souhaitent vieillir chez eux et pour 62% d'entre eux, **se sentir bien chez soi passe par la possibilité de pouvoir décider de son propre rythme de vie**. Même en Ehpad, l'aspiration sera la même : vivre à son rythme, solliciter de l'aide uniquement quand on a besoin, se lever et se coucher quand on le souhaite, déjeuner quand on a faim.

Pour beaucoup, ce scénario relève de la science-fiction. Mais pour certains, comme les établissements de la **Mutuelle du Bien Vieillir** (à travers leur philosophie *Vitae Clementia*) ou les Ehpad en cours de labellisation Humanitude, c'est déjà leur quotidien. Les plus sceptiques demanderont quel est le ratio d'encadrement de ces établissements. Et seront surpris d'apprendre qu'il tourne en moyenne autour de 0,63 ETP. Certes, comme

dans tous les Ehpad de France, une réévaluation des taux d'encadrement permettrait de réduire la tension qui existe (et est exacerbée avec la crise) et tout doit être fait pour que ces taux augmentent sensiblement dans les prochaines années. Mais tout le monde sait aussi qu'à taux d'encadrement équivalents, tous les Ehpad ne sont pas aussi efficaces.

Au demeurant, ce n'est pas ce taux d'encadrement qui empêche les résidents de vivre à leur rythme. Pour Viviane Chabbert, déléguée générale de MBV, tous les Ehpad peuvent y parvenir « *à condition d'abandonner le chronomètre et la logique économique des actions à mener* ». Il faut en outre que les équipes puissent facilement communiquer et se coordonner, qu'elles soient équipées pour cela et surtout qu'elles connaissent bien les résidents, leurs habitudes et leurs préférences, pour gagner en anticipation mais aussi en agilité. Réinventer le processus de construction et d'actualisation du projet personnalisé sera donc plus important que jamais en 2030.

Plus globalement, c'est une autre posture que les équipes doivent adopter : leur objectif consiste à satisfaire les désirs de la personne et non plus à accomplir une tâche X ou Y. Cela demande une certaine agilité, indispensable pour répondre favorablement aux requêtes des résidents. Lors de la finale de la coupe du monde de football de 2030 qui - nous l'annonçons ici - opposera la France au Mexique, on n'entendra pas un soignant refuser aux résidents de boire une bière devant le match dans le salon du rez-de-chaussée sous prétexte que

« tout le monde doit être installé dans sa chambre avant l'arrivée de l'équipe de nuit à 20h ».

À chacun son menu

Consommateurs avertis et exigeants, qu'est-ce que les boomers voudront manger, comment et avec qui ? A l'image du consommateur français lambda, le résident de demain voudra d'abord **une alimentation plus saine et plus responsable.**

Agriculture biologique, circuits courts et respectueux de l'environnement, lutte contre le gaspillage seront donc au menu de demain pour s'aligner sur les attentes de générations toujours plus sensibles à ces enjeux. Cette démarche sera en outre un bon prétexte pour ouvrir l'Ehpad au travers de nouvelles animations (ateliers autour d'un savoir-faire local, marché de produits du terroir, etc.). Certains le font déjà et le mouvement s'amplifiera assurément dans les années à venir surtout lorsqu'on sait qu'en 2018, les plus de 50 ans représentent 49% des consommateurs de produits bio en France (dont 23 % ont plus de 65 ans).

L'alimentation sera par ailleurs plus diversifiée. Aujourd'hui, le chef pense un menu pour l'ensemble des résidents et gère les exceptions (régime sans gluten, végétarien ou vegan, saveurs étrangères). Demain, la restauration sera nécessairement individuelle pour prendre en compte ces « exceptions » qui n'en seront plus, mais aussi pour **laisser aux résidents le choix.** En 2030, en effet, le simple menu de substitution ne suffira plus. Les initiatives qu'on trouve ici et là (buffets, possibilité de choisir la veille entre plusieurs plats, ...) seront généralisées et s'étendront peu à peu à la possibilité de **commander partout et à tout instant le plat qui nous donne envie à la « façon deliveroo ».** Cette démarche devenue courante pour une partie croissante des consommateurs avec l'ubérisation, pourra en effet se traduire demain en Ehpad par la création d'un réseau de restaurants locaux « labellisés » ou la venue de « food trucks ».

Enfin, au-delà de ce qu'il y a dans l'assiette, c'est l'environnement du repas qui va évoluer avec la création d'espaces respectueux du désir d'intimité des résidents et favorisant la venue des familles mais également par l'ouverture de restaurants qui trouveront naturellement leur place dans ces établissements plus ouverts sur le quartier

(chantier 2) et proposant de nouveaux services (chantier 3).

La mise en œuvre de ces évolutions passera nécessairement par une optimisation du recueil des habitudes et des choix de la personne (via un outil numérique simplifié à disposition des résidents). Un renforcement du partenariat entre les opérateurs et les acteurs de la restauration sera lui aussi nécessaire pour co-construire les solutions de demain⁸.

8. Cf. Ehpad et restauration : quels modèles pour demain ? – Elior France et EHPA Conseil - 2020

Une génération contestataire... et orientée plaisir



Rendu visite à ma grand mère, en EHPAD, aujourd'hui, et voilà ce qu'on venait de lui servir à manger à 17h40. Une tasse de soupe (même pas un bol), un ramequin de semoule, une compote industrielle, un morceau de fromage industriel pour enfant et 2 tranches de pain industriel.

Fin février 2021, le petit-fils d'une résidente d'un Ehpad breton postait sur Facebook la photo du diner servi à sa grand-mère un dimanche à 17h40. Partagé plus de 10 000 fois, son coup de gueule portait autant sur le menu (« Une tasse de soupe (même pas un bol), un ramequin de semoule, une compote industrielle, un morceau de fromage pour enfant et 2 tranches de pain industriel ») que sur l'horaire de service.

Cette situation est un parfait exemple de ce qui ne sera ni acceptable ni accepté par les résidents de demain, en quête de produits de qualité, de plaisir et d'une certaine autonomie sur les horaires des repas.



EN 2030 : LA LIBERTÉ AVANT LA SÉCURITÉ

Le cahier des charges de 1999 recommandait « afin de garantir à chaque résident un bon état de santé et la plus grande autonomie sociale, physique et psychique possible » de « concilier **une indispensable sécurité avec une nécessaire liberté** ». En 2030, nous faisons le pari que l'Ehpad sera capable de renverser cet ordre des priorités afin de **viser la conciliation d'une indispensable liberté... avec une nécessaire sécurité**.

Au-delà de la contrainte organisationnelle évoquée précédemment, c'est évidemment **la culture hyper sécuritaire, parfois quasi-carcérale de l'Ehpad qui entrave les libertés de la personne âgée** et sa capacité à exercer son libre choix. Mathilde Tro (Directrice des Accompagnements non médicamenteux - Korian) déplore ce qu'elle appelle le « syndrome de la cloche de verre », ce besoin de s'assurer que rien ne puisse arriver au résident et protéger ainsi les équipes et le directeur, responsable de ce qui pourrait mal se passer.

La crise du covid a d'ailleurs largement accentué ce phénomène, mettant au centre de tout l'hygiène et les normes sanitaires, au détriment des relations sociales et de la liberté d'aller et venir des résidents. **Mais pendant le confinement, des directeurs d'Ehpad ont vu leurs résidents faire le mur⁹ !** Pourquoi ? Parce que la personne qui vit les dernières années ou les derniers mois de sa vie ne perçoit pas le risque de la même façon que les équipes ou sa famille. Le premier privilège sa liberté et le plaisir même si c'est risqué. Les seconds sont responsables de la sécurité de la personne et ne veulent pas prendre de risque. Les troisièmes, enfin, veulent coûte-que-coûte protéger leur proches pour les garder avec eux le plus longtemps possible.

Aujourd'hui, cette **recherche du risque zéro** interdit aux résidents d'Ehpad de manger des œufs ou des huîtres, de mener une vie sentimentale librement ou encore de conserver la clé de leur logement,

9. Un résident d'Ehpad faisant le mur ? Cette scène a donné lieu à un roman dont le succès fit le tour du monde : « Le vieux qui ne voulait pas fêter son anniversaire » de Jonas Jonasson (2011)

“L'Ehpad un lieu de vie ou un lieu de soins ? A défaut de choisir, il deviendra aussi peu attractif que l'hospice en d'autres temps.”

Didier Sapy,
directeur général de la FNAQPA

alors même que ce dernier est leur espace privé. Si l'Ehpad est bien un lieu de vie, alors il doit admettre, accepter, voire revendiquer une part de risque. Car celui-ci est inhérent à la vie : le risque zéro, c'est la mort.

Franchement, lecteur ou lectrice amateur-e de Gillardeau n°3 : accepterez-vous sans barguigner à 88 ans, sous prétexte que vous êtes en Ehpad, qu'on vous refuse de céder à votre plaisir ? Non, cela ne sera plus possible.

Demain, **un lâcher prise doit être rendu possible** pour donner la priorité aux désirs et à la liberté d'agir des résidents. Pour nos amis du Cercle Vulnérabilités et Société¹⁰, il s'agit « face au principe de précaution maximaliste, fruit d'une véritable culture de la « bien(sur)veillance », (...) de réhabiliter un principe moins privatif de prudence ».

Comment instaurer cette culture moins sécuritaire, d'une part, et une prise de risque partagée **par les personnes, leurs proches, les équipes et les autorités de contrôle**, d'autre part ? La première peut être envisagée grâce à la réalisation au niveau national d'un audit des normes applicables en Ehpad, afin de les remettre en question

10. Cercle vulnérabilités et société, « Préserver le libre choix de la personne vulnérable », déc. 2020

avec un prisme différent de celui qui s'est imposé jusque-là.

La seconde nécessitera la construction d'un contrat tripartite associant la personne concernée, ses proches et les accompagnants. Pour éviter de multiplier la paperasse administrative, déjà lourde au moment d'entrer en Ehpad, mais aussi pour s'assurer qu'un tel document soit vivant et évolutif dans le temps, nous proposons d'intégrer cette démarche à celle du projet de vie personnalisé construit, autant que possible, de façon collégiale et participative et régulièrement actualisé.

L'EHPAD DE 2030, LIEU DE LA FIN DE LA VIE

Au lancement de la campagne de vaccination, tout le secteur a pu entendre sur les ondes ce « médecin médiatique » critiquer la décision du gouvernement de réserver les premières doses de vaccin aux résidents d'EHPAD sous le prétexte que ceux-là « *attendent la mort* »¹¹. Ces propos illustrent parfaitement les préjugés et la méconnaissance de la société sur les Ehpad et la vie qui s'y mène. Il est bon en effet de rappeler que **la durée moyenne de séjour en Ehpad est aujourd'hui de 2 ans et 5 mois et que 25% des résidents y vivent au moins 4 ans et 4 mois**. Certes, les résidents arrivent de plus en plus tard (l'âge moyen d'entrée est passé de 84 à 86 ans en 10 ans) et de plus en plus dépendants, faisant de l'Ehpad certes leur dernière demeure mais une dernière demeure **où ils sont susceptibles de vivre 2 ans et 5 mois. La différence est subtile mais fondamentale. Les personnes ne seront pas en « fin de vie » mais vivront la fin de leur vie** ce qui n'est pas la même chose.

Cette durée moyenne de séjour appelle aussi dans le futur **à réaffirmer plus clairement la vocation de l'Ehpad**. Pour Didier Sapy, « *les autorités et les opérateurs n'ont jamais tranché sur la question : l'Ehpad un lieu de vie ou un lieu de soins ? A défaut de choisir, il deviendra aussi peu attractif que l'hospice en d'autres temps* ». Il est donc temps d'**assumer que l'Ehpad doit être un lieu de vie**.

Plus concrètement, il ne s'agit évidemment pas

Plusieurs études scientifiques ont démontré que le malade en fin de vie garde la maîtrise de son lâcher-prise, affirmant ainsi que le sens de la vie existe jusqu'au bout de la vie.

Une première étude datant de 1990¹ montre en effet qu'un malade peut décaler de 8 jours la date de son décès s'il attend que se produise un événement de portée symbolique précis. En 2015, une autre étude² démontre qu'en unité de soins palliatifs le malade choisit d'être seul pour son dernier souffle ou au contraire attend une personne précise.

1. PHILLIPS, D., et SMITH, D., « La mort peut être différée jusqu'à un événement de portée symbolique »
2. GOMAS, JM., et al., « La présence de la famille au dernier souffle du malade en USP : fantasmes et réalités », JPSM, décembre 2016

d'abandonner les soins dans les Ehpad : si je viens en Ehpad c'est parce que j'ai besoin d'être accompagné et il faut qu'il y ait une réponse à mes besoins. Néanmoins, comme le souligne le philosophe Fabrice Gzil, responsable du pôle réseaux & observatoire à l'Espace éthique Ile de France et missionné par Brigitte Bourguignon pour rédiger une nouvelle Charte éthique des Ehpad, « *pour que domicile et soins cohabitent, il faut partir du principe que l'intervention soignante soit la plus discrète possible. Cela passe par des équipements moins visibles mais également par la blouse des professionnels qui peut être retirée quand on ne fait pas de soin* ».

Demain, l'Ehpad sera **un lieu de vie avant d'être un lieu de soin. Mais il sera aussi un lieu de vie avant d'être un lieu de travail**. En 2030, le bâti, l'aménagement de l'espace et les pratiques seront pensés pour la personne âgée, pour lui apporter confort, bien-être et intimité et non pas seulement pour faciliter le travail des professionnels. Pour imposer cette vision, un véritable changement de paradigme doit être opéré : les professionnels ne travaillent pas pour l'institution mais sont au service de chaque personne, au sein de son domicile.

11. Propos tenus par le Dr Martin Blachier sur C News, 11 janvier 2021.



LES PERSONNELS DES EHPAD, ACTEURS INDISPENSABLES DU CHANGEMENT

Cette vision peut sembler difficile à intégrer à l'heure où la tension autour des ressources humaines est plus forte que jamais. C'est d'autant plus difficile que, comme le souligne Gilles Spanier, directeur des opérations du groupe SOS Seniors, « *les professionnels restent la pierre angulaire des établissements, c'est sur eux que reposent toujours les attentes, parfois contradictoires, des différentes parties* ». Il ne s'agit donc en aucun cas de les faire passer après ou de ne pas considérer leurs besoins. Il s'agit, au contraire, de **construire un cercle vertueux où la mise en place d'une approche domiciliaire garantit le bien être des résidents... et par là celui des professionnels**. Une dynamique d'autant plus intéressante à pousser qu'elle permet de « *donner plus de sens aux métiers du grand âge, enjeu central pour les futures générations* », comme le souligne Florence Mathieu, experte de l'approche de design thinking et fondatrice d'AINA.

Accompagner ce changement de posture passera également par la mise en place de nouveaux modèles managériaux. Dans sa contribution, Lise Burgade, directrice chez Open Communities, prône ainsi la poursuite d'une « symétrie des attentions », qui repose sur le postulat qu'il est plus facile de donner aux autres (les personnes accompagnées) ce que l'on se donne à soi-même (professionnel en Ehpad). Autrement dit : si l'on demande aux équipes

de valoriser les capacités et l'autonomie de décision des personnes, de respecter l'individualité et la sensibilité propre à chacune d'elle, il faut s'interroger sur la façon dont le climat et les pratiques managériales incarnent ces postures.

Cette étude ne porte pas spécifiquement sur les conditions d'exercice des métiers du grand âge déployés dans les 7.500 Ehpads par plus de 350.000 professionnels, qui ont été particulièrement mobilisés durant la crise. Il est évident cependant que l'ensemble des orientations formulées supposent très largement une évolution de ces métiers. D'abord quantitativement. Les besoins en recrutement, les enjeux d'attractivité de ces métiers ont été soulignés par le rapport de Myriam El Khomri. Assurément, le secteur des EHPAD et plus largement celui du grand âge constitue un gisement d'emplois, non délocalisables, non substituables, à fort impact d'aménagement du territoire, particulièrement dans la relance post-covid. Mais l'évolution est aussi qualitative. Au-delà de l'espace et de l'architecture, ce qui caractérisera « l'habitant » dans son individualité passera nécessairement par la relation humaine et le temps consacré à cette considération. On rejoint ici la nécessaire et souhaitable augmentation des fameux ratios d'encadrement, pour le soin mais aussi l'accompagnement et l'animation. Concomitamment, l'adaptation de la formation, la réévaluation des normes applicables, la sécurité au travail devront être repensés.





OBJECTIF N°2

UN HABITANT-CITOYEN PLUTÔT QU'UN RÉSIDENT

Les mots ont un sens. Et l'utilisation de tel ou tel terme induit des comportements qui vont avec. Alors, la personne âgée sera-t-elle un résident, un client, un consommateur, un usager ? Ou plus simplement un habitant doublé d'un citoyen. Un habitant car la personne sera « chez elle ». Un citoyen car elle voudra de plus en plus systématiquement être entendue et écoutée.

ÉCOUTER ET ENTENDRE L'HABITANT CITOYEN

Les Ehpad ne sont pas des lieux clos et désincarnés. A ce titre, ils ne peuvent pas s'affranchir des évolutions qui traversent aujourd'hui nos sociétés. Quelles évolutions : la cause environnementale d'abord, le défi numérique évidemment mais aussi l'exigence d'une démocratie plus participative. Demain, aucun établissement ne pourra plus faire l'impasse sur l'implication citoyenne de ses résidents. Une notion qui recouvre aussi bien **la participation aux décisions de la vie de l'établissement** que, de façon plus individuelle, **les notions de libre choix et de consentement des résidents.**

Mais pour jouir de son libre choix, il faut tout d'abord avoir le choix, ce que l'Ehpad de demain (nous l'avons vu dans la partie précédente) aura rendu possible : choisir son rythme, choisir son menu, choisir de prendre certains risques, etc. Une fois que le choix existe, il faut alors **s'assurer que le résident puisse communiquer librement sa préférence, son consentement ou son refus face à ce choix.**

Dans certains cas, cela sera facile. Les personnes qui ne souffrent pas de troubles cognitifs sévères pourront utiliser une tablette pour choisir leur menu, voter pour le film du mercredi soir et alerter l'équipe qu'elles sont levées ou parviendront sans mal à expliquer à une aide-soignante qu'elles ne souhaitent pas de toilette aujourd'hui car elles se sentent barbouillées. Cette population, nous le savons, ne représentera pas la majorité des résidents de l'Ehpad de 2030. L'enjeu est donc

“L'enjeu est d'identifier comment, demain, l'Ehpad facilitera l'expression du choix de ceux avec qui la communication est restreinte ou très complexe...”

Fabrice Gzil, philosophe, responsable du pôle réseaux & observatoire à l'Espace éthique Ile de France

d'identifier **comment, demain, l'Ehpad facilitera l'expression du choix des autres résidents, ceux avec qui la communication est restreinte ou très complexe... et comment il facilitera la compréhension de ce choix par les professionnels.**

En réponse à cette question, le philosophe Fabrice Gzil¹², souligne qu'il convient « *de considérer qu'à de rares exceptions près, chacun peut recevoir une information, même partielle, dès lors que celle-ci est délivrée de manière adaptée, (...), toujours maintenir des opportunités de choix, même si les options*

12. GZIL, F., « Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés ? » - Janvier 2021



sont réduites, associer au maximum les résidents aux décisions qui les concernent (...) et rechercher les compromis qui permettent de respecter au mieux la volonté de la personne ». Sur le papier, cette ambition est inscrite dans chaque projet d'établissement de France. Sur le terrain, c'est évidemment une autre paire de manche mais pour y parvenir - car il n'y aura pas d'autre choix demain -, de nouveaux outils numériques devront être inventés et la formation des équipes devra être renouvelée.

La formation, d'abord. Loin d'être innée, la capacité d'écoute et de compréhension des attentes des personnes, et le recueil de leur libre choix, doivent en effet s'apprendre et s'exercer. Pour Annie de Vivie, responsable des formations Huma-

nitudo, « il faut que tout le monde comprenne que ça demande un haut professionnalisme d'entrer en relation avec quelqu'un qui a des troubles ». Pour préparer les équipes de demain à cela, il faut donc rénover en profondeur les cursus de formation qualifiante et y intégrer notamment le recueil du consentement, les notions éthiques et certaines soft skills telles que l'écoute active.

Les outils numériques ensuite. A condition d'être construits de façon bienveillante et adaptée, ces outils faciliteront la communication des personnes avec leur entourage et donc l'expression de leur libre choix. L'outil « Libre jusqu'au bout de sa vie » conçu par Arbitryum illustre ce qui, demain, pourra être instauré en Ehpad. Cette plateforme numérique, entièrement co-construite avec les personnes âgées, interroge l'ensemble des acteurs concernés grâce à des questionnaires adaptés pour accompagner les établissements dans l'amélioration du respect du droit au choix et au risque des personnes âgées.

Mais au-delà des enjeux autour du libre choix, se pose **la question de savoir comment prendre en compte la personne comme un sujet, un citoyen.** Bernard Hervy, fondateur du Groupement des Animateurs en Gérontologie (GAG) s'interroge : « Les résidents ont le droit de voter aux élections présidentielles mais au sein de l'Ehpad, elles n'ont pas le droit de participer aux décisions sur la structure pour laquelle elles payent ! Le CVS n'est que consultatif, il n'y a pas de participation à la décision ».

Pour construire une participation démocratique, les Ehpad n'auront d'autres choix que de faire preuve d'inventivité. Sondages, référendums, ateliers participatifs, groupes de parole en ligne : multiplier les outils permettra de donner la parole au plus grand nombre. A titre d'exemple, au sein du Groupement hospitalier de Loos Haubourdin (GHLH), la directrice, Séverine Laboue, par ailleurs membre du Bureau de la Fédération Hospitalière de France, a mis en place des recrutements participatifs, une initiative qui ne semblait pas évidente au démarrage mais qui rencontre un vif succès.

Mais de façon prioritaire et rapide, c'est une

Pour transformer l'offre, innovons dans la méthode !

(Extrait de la contribution de Lise Burgade, Directrice Open communities, experte en stratégie d'innovation et de transformation par le design dans le secteur santé social)

Le secteur médico-social commence à se saisir d'une approche émergente et porteuse de réelle valeur ajoutée : le (co)design centré sur l'humain. Cette démarche de conception créative, pragmatique et itérative apporte une clé méthodologique à la promesse de mettre « l'utilisateur au centre », dont on est convaincu dans le secteur sans toujours savoir comment s'y prendre. Elle fait intervenir en effet les usagers, les professionnels de première ligne et les parties prenantes dans un rôle actif de co-conception.

(...) Les compétences des designers doivent donc être mobilisées ! Un laboratoire d'envergure nationale peut internaliser cette compétence, mais c'est aussi à chaque gestionnaire et développeur de services de s'emparer du potentiel de cette approche. Les jeunes designers ne demandent pas mieux que de pouvoir exercer leurs compétences dans un secteur porteur de sens et d'utilité sociale.

refonte du Conseil de la Vie Sociale qu'il s'agit d'engager. Tous les experts auditionnés ont unanimement rappeler l'intérêt et la pertinence de cette instance autant qu'ils ont souligné la nécessité de le dépoussiérer et le repenser :

- en augmentant la fréquence des conseils à un par mois ou un tous les deux mois au lieu, comme aujourd'hui, de trois par an ;
- en organisant avant chaque CVS un sondage sur les envies et souhaits des personnes ;
- en utilisant le plus possible la visioconférence pour permettre aux familles et aux élus d'y participer le plus souvent possible ;
- en formant des équipes et les directeurs pour mieux accompagner les résidents dans cette démarche participative (permettre aux résidents de se sentir en confiance pour s'autoriser à prendre la parole) ;
- en informant mieux les familles et les résidents du rôle et du fonctionnement de cette instance, sans le faire au moment de l'arrivée dans l'Ehpad où chacun est submergé d'informations ;
- voire, en créant des « conseils de maison », sorte de structure de concertation propre à chaque unité de vie.

Ce nouvel âge des CVS que nous appelons de nos vœux s'appuierait utilement sur une visi-

bilité accrue de ceux-ci. On pourrait imaginer l'organisation au même moment des élections dans tous les CVS (sur une même semaine ou un même mois). A l'instar des grandes fédérations de parents d'élèves ou des confédérations de locataires, une telle structuration permettrait de garantir formation des membres, échanges de bonnes pratiques, mutualisation des propositions... Il s'agit là, au-delà de la qualité de vie au quotidien dans chaque établissement, d'aider en fait à l'émergence d'une parole organisée des résidents d'ehpad et de leurs familles. Parions que des CVS musclés dans leurs prérogatives et portés par des familles devenues des militants de l'âge aideront à faire entendre la voix du grand âge.

Au sein d'un Ehpad de **la Fondation de l'Armée du Salut**, qui travaille beaucoup sur le renouveau de cette instance, un CVS a sollicité des financements supplémentaires auprès des autorités de tarification... et a obtenu gain de cause ! Un autre conseil a élaboré au cœur de la crise sanitaire un protocole de sortie pour les fêtes, affirmant ainsi les choix des résidents et leurs responsabilités de citoyen à part entière.



Ce qu'en disent les directeurs

(Résultat du questionnaire en ligne)

**Pensez-vous que le CVS soit utile et pertinent au sein des Ehpad?
Si oui, comment l'optimiser ?**

Pour 6 répondants sur 10 : la réponse est OUI.

« La pertinence du CVS n'est pas toujours acquise en fonction de la situation géographique, de la composition socio professionnelle de la population accueillie et des familles. Les habitants qui n'ont pas eu une habitude de participer à la vie et à la réflexion collective ont du mal à s'engager. »

« Il me semble que si nous parvenions à créer des petites communautés, on pourrait mettre en place un Conseil de maison, qui fonctionne très régulièrement, parfois sans les familles. »



LE CLIENT : UN « ROI » AVANT D'ÊTRE UN « GIR »

Comment celles et ceux qui accompagnent la personne âgée en établissement la perçoivent ? Le résident est-il un GIR, un client, un consommateur ? Est-il une personne avec ses envies, ses habitudes, ses lubies... et ses capacités, sur lesquelles on peut s'appuyer pour construire un projet de vie avant de s'intéresser au projet de soins (qui n'en reste pas moins important) ? Quel que soit son âge, une personne ne se réduit pas à la primauté de ses besoins primaires mais doit être **appréhendée dans toute son individualité en se basant sur une présomption d'autonomie et de compétence de la personne âgée, et non l'inverse.**

Le cercle Vulnérabilités et Société a développé dans une récente note relative au libre choix un raisonnement intéressant sur ce sujet. Selon les auteurs, les trois contraintes majeures généralement invoquées pour justifier des limitations a priori à l'exercice du libre choix sont d'abord les contraintes capacitaires de la personne, ensuite les contraintes sécuritaires, et enfin, les contraintes organisationnelles. Ces arguments permettent de justifier que si on ne peut satisfaire à ses choix et demandes c'est d'abord le fait de la personne âgée elle-même (incapacités physiques ou psychiques). Mais en réalité, l'ordre des motifs qui expliquent les restrictions au libre choix est souvent exactement inverse : **les refus s'expliquent d'abord par des raisons pratiques et organisationnelles, ensuite par des raisons sécuritaires, enfin par des raisons capacitaires.**

Dans la même lignée, l'association Arbitryum a partagé lors de nos auditions un chiffre remarquable : une enquête réalisée auprès de près de 250 résidents a révélé que 58% des personnes déclarent qu'on leur impose des protections urinaires alors qu'elles seraient en capacité d'aller seules aux toilettes, ce que les professionnels confirment. Une statistique qui tendrait à souligner que la démarche sécuritaire entrave le respect du libre choix de la personne et l'adoption d'une démarche plus capacitaire.

Dans une note de la Chaire de Philosophie à l'Hôpital¹³, la philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury explicite que l'autonomie n'est nullement une toute-puissance, mais la conscientisation de sa "puissance d'agir" au sens de "capacité d'agir" et cite Paul Ricoeur qui définit la notion de souffrance ainsi : « *La souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir-faire, ressenties comme une atteinte à l'intégrité de soi* ». Dès lors, l'éthique du Care installe une relation dont la qualité est apte à restaurer une part de cette autonomie, précisément par la prise en considération de la vulnérabilité. Un premier pas vers cette restauration passera d'ailleurs par la confiance que la personne sera capable, grâce à l'aide reçue, de mettre dans sa puissance d'agir. « *Croire que je peux, c'est déjà être capable* », écrit Paul Ricoeur.

Un tel changement de perception sera indispensable demain, notamment pour être plus opérationnel sur le respect du libre choix de la personne. Mais au-delà de la prise en compte des capacités, les équipes de demain devront aussi être attentives aux envies, aux souhaits, aux choix de la personne. Les années devant nous doivent donc être mises à profit pour construire de nouveaux outils d'évaluation multidimensionnelle de la personne car, si Aggir et Pathos ont révolutionné le secteur il y a 20 ans et seront toujours utiles demain, ils ne suffiront pas pour passer d'une logique déficitaire à capacitaire.

RESPECT TOTAL, TOLÉRANCE ZÉRO

Peu de statistiques peuvent venir étayer ici notre propos : pourtant, à l'évidence, la maltraitance ne cesse de reculer depuis 20 ans dans les Ehpad de notre pays. Nous osons ce propos parfois contre-intuitif quand bien même les statistiques disent le contraire. Car le 3977, le numéro d'appel contre la maltraitance de 2016 à 2018, le nombre de dossiers ouverts pour suspicion de maltraitance en EHPAD est passé de 576 à 681,

13. « Le care, au fondement du sanitaire et du social », Cynthia FLEURY, juin 2018

soit une progression de 18% en 3 ans. Mais ce qui augmente ici ce sont les appels au 3977 et non forcément les actes eux-mêmes. Par ailleurs 12% des actes « seulement » sont de réelles maltraitements physiques sachant que ce sont les plaintes contre les maltraitements dites institutionnelles qui ont progressé le plus laissant penser que c'est bien l'exigence croissante des personnes et des familles qui provoquera des mécontentements voire des plaintes que les vraies maltraitements physiques qui se font de plus en plus rares.

D'abord parce que les instruments de contrôle sont bien plus élaborés qu'avant (formation des personnels, 3977, signalements et événements indésirables, presse locale ou télévisée...). Et parce que le seuil de tolérance individuel et collectif est bien plus bas qu'il ne le fut au cours des dernières décennies. Pour autant, le combat doit continuer car toute maltraitance doit devenir impossible.

Entre la maltraitance et l'irrespect, la frontière est parfois ténue. Il en va ainsi des mots et du ton.

Le tutoiement subi (celui peut être exceptionnellement voulu et souhaité par le résident) est intolérable. On se rappellera toujours cette scène d'anthologie dans un reportage de France 2 où une aide-soignante « infiltrée » en caméra cachée avait été envoyée là par la maison de production pour dénoncer la maltraitance supposée d'un Ehpad privé. Seul problème : alors qu'il s'agissait de sa première soirée dans ces Ehpad, elle y interpellait une résidente en la tutoyant ostensiblement et en l'appelant « ma chérie ». La maltraitance était bien là : mais c'est elle qui venait de l'importer...

Car ce tutoiement peut apparaître parfois bienveillant voire « sympa ». Il ne l'est pas. Une aide-soignante, sans qu'elle en ait l'autorisation expresse, ne tutoie pas une dame de 95 ans. Point barre.

Idem pour le ton de la voix qui se veut parfois protecteur et qui est en réalité totalement infantilisant. Combien de soignants prennent instantanément, quand ils s'adressent à une résidente, le ton avec lequel on interpelle généralement un gosse de 4 ans ? Nul ne saurait mettre en doute l'honnêteté du Premier Ministre : il n'empêche que lorsqu'à l'été 2020, s'adressant aux français,

il lance un « Évitions que papi et mamie aillent chercher les enfants à l'école », il use de termes qui pour être mignons n'en sont pas moins à bannir. Surtout lorsqu'on sait que l'âge moyen de la grand-parentalité en France est de... 55 ans.

Mourir comme on l'entend... et donc y penser en amont

Pour une grande part des personnes auditionnées, l'arrivée en Ehpad n'est pas le moment de parler des directives anticipées, il faudrait le faire plus tôt. Ainsi, Catherine Ollivet, fondatrice de l'Association Alzheimer Seine Saint Denis, et Séverine Laboue, directrice du GHLH, prônent la promotion du mandat de protection future : pourquoi ne pas instaurer après un certain âge une discussion autour de ces outils avec le médecin de ville ou l'hôpital, à l'image des campagnes de dépistage du cancer de la prostate ?

Dans sa contribution, le consultant Thierry Demay met quant à lui en avant le fait qu'il est difficile de parler de cela quand on est résident d'Ehpad : « *Le choix de vie ou de mort, avec qui le résident peut-il en parler ? Les soignants courent tout le temps et la psychologue n'est là que 17h/semaine...* ».

Pour le gériatre Bernard Pradines, enfin, « *Il eut été intéressant d'élargir le périmètre des directives anticipées pour rejoindre les soucis des personnes vieillissantes : par exemple poser la question du consentement à la vaccination ou à tout autre traitement en dehors de ceux indispensables pour lutter contre les symptômes pénibles de fin de vie. Il conviendrait aussi de savoir si la personne souhaite ou non une hospitalisation en cas de décompensation prévisible d'une pathologie chronique, l'entrée en EHPAD, le refus de la visite d'une personne donnée, le don du corps, le don d'organes, le décès à domicile ou non...* ».



OBJECTIF N°3

TOUTE SA PLACE À LA FAMILLE

Les babyboomers vont arriver en Ehpad et cela va tout changer. Mais que dire de leurs enfants, biberonnés eux aussi au consumérisme, au respect de leur liberté, à la possibilité de s'opposer à l'autorité s'il la juge trop forte ? Demain plus que jamais, les familles de résidents revendiqueront leurs droits au sein de l'Ehpad.

FAMILLES ET HABITANTS, SEULS MAÎTRES DE LEUR RELATION

Avec la crise sanitaire, la question de la place des familles des résidents s'est invitée avec force, et parfois dramatiquement, dans le débat public. Confinement strict, interdiction de voir son parent, déconfinement sous haute surveillance, information trop partielle sur la situation... Pour des raisons évidentes de protection face à un virus inconnu et particulièrement meurtrier pour les résidents d'Ehpad, mais aussi du fait de l'hystérie sécuritaire précédemment évoquée et parfois poussée à l'excès, ce qu'il s'est passé en 2020 ne peut plus se reproduire en 2030, ni même déjà en 2021.

L'Ehpad de demain, l'Ehpad « chez soi », ne pourra objectivement plus, même avec les meilleures intentions du monde, appliquer des règles aussi dérogatoires que l'interdiction des visites des familles. Demain, l'Ehpad « chez soi » ne pourra et ne devra plus donner raison à ceux qui le qualifient d'espace « concentrationnaire ». Ce qu'il s'est passé en 2020, disons-le, ne sera pas acceptable, ni pour les personnes âgées, ni pour leurs proches, ni pour les professionnels qui les accompagnent.

Demain, nul ne pourra retirer à une famille son droit de visite. Plus loin encore : demain, familles et résidents se verront quand elles le voudront. Le cahier des charges de 1999 stipulait déjà que « le règlement intérieur ne doit pas être un obstacle à cette participation, par exemple au travers d'horaires de visites réglementées ». Cette recommandation doit à présent être appliquée à la lettre, avec la mise en place de digicode à l'entrée de l'établissement, de systèmes d'inscription en ligne pour les visites, etc. Il

est fini le temps où il fallait se caler sur les horaires de présence de l'hôtesse d'accueil pour rendre visite à son parent. A l'image de l'agilité dont les professionnels doivent faire preuve pour permettre aux résidents de vivre à leur rythme, l'établissement doit se montrer agile pour faciliter et encourager la venue des familles.

Nous l'avons dit plus haut, les familles de demain revendiqueront sans retenue le respect de leur droit, ce droit de mener librement leur relation avec leur proche qui vit en Ehpad. Cette revendication a d'ailleurs déjà pris beaucoup d'ampleur, comme la crise l'a démontré. Privées du droit de voir leur parent en Ehpad, de nombreuses familles ont en effet fait entendre leurs voix, à travers les médias mais aussi en créant des collectifs, à l'image du Cercle des Proches Aidants en Ehpad (voir encadré), pour rallier la société à leur cause et peser sur certains directeurs qui refusent de lâcher la bride.

On a vu alors se développer un contre-pouvoir de façon assez erratique et dispersée, générant beaucoup de frustration pour tout le monde. Pour gagner en efficacité et en fluidité, il faut envisager pour demain, la création d'une **instance nationale de représentation des familles**, une organisation neutre, composée d'experts des questions éthiques et juridiques, que les familles pourraient contacter en cas de litiges.

MIEUX COMPOSER AVEC LES FAMILLES, PROTAGONISTES DE LA VIE DE L'EHPAD

La crise a toutefois soulevé la question du rôle des familles dans l'accompagnement des résidents. Au-delà de leur impact sur le bien-être de la personne, certaines familles, présentes quotidien-

nement, occupent **une place d'aidant-bénévole non négligeable** au sein de l'Ehpad pour soutenir les équipes, participer à certaines actions, créer des liens avec les résidents... En ces temps de tensions sur les ressources humaines, il s'agit donc d'une ressource qui vaut de l'or... et qu'il faut encourager à s'investir.

Mais **la famille est aussi pour l'Ehpad un prescripteur, voire un payeur**. Aussi, pour ne pas la limiter à son rôle de visiteur, comment les associer aux prises de décision ? En rénovant le CVS, nous l'avons dit. Mais également à travers l'organisation d'ateliers collaboratifs, la création d'espaces semi-collectifs plus intimes ou encore l'ouverture des horaires de l'établissement.

Ressources, prescripteurs, les familles sont aussi **des aidants, au premier sens du terme**. Pour beaucoup d'entre eux, ils étaient l'aidant principal du résident dans sa vie d'avant. Armelle Salpin, proche d'une résidente d'Ehpad et présidente du CVS de l'établissement, souligne que « *quand son parent est en Ehpad, on est dépossédé du rôle d'aidant, on n'a plus de maîtrise et c'est très frustrant* ». Et avec cela vient le risque de perdre son objectivité sur l'état de la personne et de vouloir se mettre à la place de la personne.

Pour éviter ce piège, toutes les personnes que nous avons auditionnées ont souligné l'importance de démultiplier les groupes de parole (l'usage de la visio rend cela possible) mais aussi les formations des familles, voire, comme le suggère Fabrice Gzil, la participation des familles à des actions de formation d'ordinaire réservées aux soignants, afin de permettre aux familles et aux équipes de mieux se connaître, aux équipes de mieux reconnaître le rôle des familles, et aux familles de mieux comprendre les contraintes des professionnels... Tout cela permettant de **bâtir une culture d'accompagnement commune**, essentielle pour construire la tryp-tique résident – famille – accompagnant de demain.

La formation des équipes aux aspects juridiques des textes (mise sous tutelle, curatelle, mais aussi Code de l'Action Sociale et des Familles, loi Léonetti, etc.) est elle aussi à envisager pour atténuer leurs craintes face aux risques de judiciarisation et éviter d'assimiler mesure de protection juridique et inca-

pacité à décider pour soi-même. Autrement dit : ce n'est pas parce qu'une personne de confiance est désignée qu'il ne faut plus écouter la parole de la personne. Respecter sa capacité d'autodétermination conserve un sens alors même que les capacités de décision sont amoindries. Ça suppose de continuer à se préoccuper des préférences de la personne âgée, même quand elle ne les porte plus par elle-même et la famille a un fort rôle à jouer ici. Elle devra demain, comme le souligne Eric Kariger, directeur médical du groupe Maisons de Famille, « *prendre sa place mais sa juste place* ».

La guerre des familles au cœur de la crise

Elle s'appelle Sabrina Deliry. Sa mère est hébergée dans un Ehpad public du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP) dans le 15ème. Après le début de la pandémie et au sortir du premier confinement, elle a contesté les limitations faites à son droit de visite. Elle souhaitait visiter sa mère deux fois par semaine dans sa chambre. Ce droit lui a été accordé après maintes plaintes à condition qu'elle ne se rende pas dans la chambre et que la visite ne dure pas plus de 45 minutes.

Elle a protesté. Et pas que sur Twitter. Elle s'est en effet rendue – et a été reçue au cabinet de Brigitte Bourguignon et même par une conseillère de Matignon. Mais le directeur de l'Ehpad lui-même est resté psychorigide tout au long des mois qu'a duré la crise. Personne, y compris sa propre hiérarchie, ne l'aura fait plier. Sur les réseaux sociaux, d'autres familles vont venir se coaliser d'abord pour échanger leurs ressentiments puis pour protester et s'organiser.

Évidemment, les premières réactions ont consisté à qualifier cette dame « d'emmerdeuse ». Quand bien l'aurait-elle été, la guerre à outrance qui a caractérisé les relations entre cette dame et l'établissement durant des mois et des mois ne sera – nous en faisons le pari – plus possible dans quelque temps.



OBJECTIF N°4

DES LIEUX DE VIE OUVERTS SUR LEUR ENVIRONNEMENT, ANCRÉS DANS LEUR TERRITOIRE

L'obsession du risque zéro s'est parfois traduite par une bunkérisation des établissements et une méfiance latente à l'endroit de ce qui vient de l'extérieur. Alors même que l'Ehpad est par essence en lien direct et permanent avec l'extérieur : les salariés qui y travaillent, les familles, les médecins et professionnels de santé, les bénévoles et associations... Plusieurs pistes d'ouverture ont été expérimentées dans des établissements, d'autres ont été mises en avant à l'occasion du confinement¹. Ces évolutions sont à la fois un élément de vie sociale renforcée pour les résidents, mais aussi d'ouverture dans la logique de l'Ehpad plateforme abordée dans la 3^{ème} partie de ce rapport.

Parce que le vieillissement est un phénomène très territorialisé, les Ehpad doivent penser leur ancrage dans leur territoire d'implantation. Et leurs relations avec les acteurs de la vie sociale locale. Pour cela, au-delà des initiatives au fil de l'eau, nous sommes convaincus qu'il faut systématiser des partenariats avec les acteurs du territoire (élus locaux, écoles, acteurs culturels et sportifs, tissu associatif, etc). Dit autrement, ces partenariats ne doivent plus être personno dépendants mais constituer un élément à part entière du projet d'établissement, du CPOM ou du cahier des charges.

Les leviers d'actions sont multiples, ils poursuivent tous le même objectif : multiplier les interactions faire rentrer dans l'Ehpad des intervenants extérieurs, permettre aux résidents de se voir proposer des activités extérieures, contribuer à changer le regard sur le vieillissement et l'image de l'Ehpad.

Une relation établie pour chaque Ehpad avec une école primaire ou un collège.

Il suffit de regarder le documentaire « Une vie d'écart », filmant durant 6 semaines les interactions entre des enfants de maternelle et les résidents d'Ehpad pour être convaincu. Une méthodologie

1. « Déconfinés mais toujours isolés. La lutte contre l'isolement c'est tout le temps. 36 propositions pour un épolitique pérenne de lutte contre l'isolement », rapport au ministre de la santé, Jérôme Guedj, juillet 2020

nationale, en lien avec l'Education nationale, gagnerait à être élaborée pour accélérer le déploiement de ces initiatives.

Jumeler chaque Ehpad avec un club sportif local, pour permettre à des sportifs et leur encadrement de pénétrer dans l'enceinte de l'Ehpad : ici pour un entraînement dans le parc de l'Ehpad, là pour prendre leurs repas d'après-match au restaurant de l'Ehpad, ailleurs pour animer des activités physiques adaptées. Il peut même être envisagé d'aller plus loin, avec l'implantation d'une maison sport-santé dans les murs de l'Ehpad.

Les Ehpad, des lieux d'accueil de la vie associative et de diffusion culturelle.

Universités du temps libre, associations, club du 3^{ème} âge, réseaux d'aidants... sont souvent à la recherche de lieux pour réaliser leurs activités, proposer leurs conférences, accueillir leurs adhérents... Et pourquoi pas à l'Ehpad ? De même, conseils départementaux et municipalités pourraient inciter les équipements culturels, compagnies et associations culturelles qu'ils soutiennent financièrement à proposer une offre culturelle spécifique pour les résidents d'Ehpad, dans ou à l'extérieur de celui-ci. Et plus directement encore s'agissant des municipalités et intercommunalités, proposer que chaque ehpad de leur commune noue un partenariat avec la bibliothèque ou la médiathèque municipale.

L'Ehpad, lieu de convivialité et de services au bénéfice de la population locale.

Le restaurant de l'Ehpad accueillant des convives extérieurs (et pas forcément des familles), l'accueil de l'Ehpad qui offre un point relais pour les colis... voilà des évolutions timidement expérimentées. Souvent, ce sont les ressources gériatriques, médicales ou médico-sociales qui sont mutualisées au bénéfice de la population fragile vivant à proximité de l'Ehpad (télémédecine, ateliers mémoire, activités physiques adaptées...). L'idée est ici d'utiliser les autres ressources de l'Ehpad au bénéfice de l'ensemble de la population.

Un "comité des partenaires" pour formaliser les relations entre l'Ehpad et ses partenaires.

Concrètement, il s'agirait une ou deux fois par an de convoquer un CVS élargi pour parler de la vie de l'établissement, des projets, de planifier des rendez-vous et événements, et de créer de nouveaux liens avec les partenaires. Ce comité des partenaires pourrait associer, outre les membres du CVS, le maire de la commune d'implantation ou son représentant ; les conseillers départementaux du canton ; l'ARS ; l'ensemble des associations et intervenants qui agissent dans l'Ehpad, notamment les partenaires jumelés (clubs sportifs, école, crèche, cultes, associations d'aidants, association des amis de l'Ehpad, etc.) ; les acteurs du soin (les médecins traitants qui interviennent le plus dans l'établissement, la pharmacie partenaire, les kinés, l'HAD, les équipes mobiles) ; les acteurs du vieillissement intervenant sur le territoire (CLIC, SAAD, SSIAD, CCAS, etc.).



Les directeurs le disent

**Changer la sémantique :
Êtes-vous prêts, demain, à appeler les « résidents »,
les « habitants » ?**

Oui / plutôt oui : 70,37 %

Résultat du questionnaire en ligne : OUI / Plutôt Oui : 38 / 54 réponses (= 70.37%)



SYNTHÈSE

16 ORIENTATIONS ET/OU PROPOSITIONS

1. « Jusqu'ici on vous accueillait chez nous. **Désormais, vous êtes ici chez vous** » : tel pourrait être le slogan de l'Ehpad de 2030.
2. **Faire du « résident » un « habitant »**. Pour « habiter » un espace, il faut l'investir, le transformer, le rendre familier.
3. Que **l'organisation s'adapte aux désirs des résidents** et non l'inverse.
4. Se sentir bien chez soi passe par la possibilité de **décider de son propre rythme de vie** (heures de repas notamment).
5. Les boomers voudront manger **une alimentation plus saine et plus responsable**.
6. En 2030, nous faisons le pari que l'Ehpad renversera la priorité : viser la conciliation d'**une indispensable liberté avec une nécessaire sécurité** plutôt que l'inverse.
7. L'Ehpad sera **un lieu de vie avant d'être un lieu de soin**. Mais il sera aussi un lieu de vie avant d'être un lieu de travail.
8. Il faudra s'assurer que le résident puisse **communiquer librement sa préférence, son consentement ou son refus**.
9. Utiliser une tablette pour choisir son menu, voter pour le film du mercredi soir ou que le résident alerte l'équipe lorsqu'il est levé : **le numérique sera au service de la liberté**.

10. Les salariés devront plus que jamais être formés à la **capacité d'écoute, à la compréhension des attentes des personnes, et au recueil de leur libre choix.**
11. Pour construire une participation démocratique, les Ehpad n'auront d'autres choix que de **faire preuve d'inventivité : sondages, référendums, ateliers participatifs, groupes de parole en ligne...**
12. Il faudra **refondre le Conseil de la Vie Sociale** : augmentation de leur fréquence à un ou deux par bimestre au lieu de trois par an ; organisation d'un sondage avant chaque CVS ; séance par visioconférence pour permettre aux familles et aux élus d'y participer le plus souvent possible ; création de « conseils de maison », structure de concertation propre à chaque unité de vie...
13. **Construire de nouveaux outils d'évaluation multidimensionnelle de la personne** car, si Aggir et Pathos ont révolutionné le secteur il y a 20 ans et seront toujours utiles demain, ils ne suffiront pas pour passer d'une logique déficitaire à une logique capacitaire.
14. Demain, nul ne pourra retirer à une famille son droit de visite. **Demain, familles et résidents se verront quand elles le voudront.**
15. **Création d'une instance nationale de représentation des familles**, une organisation neutre, composée d'experts des questions éthiques et juridiques, que les familles pourraient contacter en cas de litiges.
16. Pour chaque Ehpad, **établir une relation avec une école primaire ou un collège ; organiser un jumelage avec un club sportif local ;** des lieux d'accueil de la vie associative et de diffusion culturelle.



Chantier 2

REPENSER L'ARCHITECTURE ET LES ESPACES

Le modèle architectural actuel de l'Ehpad est le fruit de l'histoire : certes le médico-social s'est construit en s'éloignant du tropisme hospitalier, mais il en conserve souvent des traits caractéristiques dans l'agencement des espaces. A commencer par la centralité du soin et de ses modalités d'organisation. Ou la primauté d'un fonctionnement collectif, alors que l'aspiration à une individualisation est croissante. La mutation architecturale des Ehpad, déjà amorcée, doit également renforcer son ancrage territorial et son ouverture vers l'extérieur.

Au-delà de la tarification ou des ratios de personnels, c'est dans le domaine du bâti et de l'architecture que la réforme de 1999-2001 fut la plus révolutionnaire.

Avant que l'Etat n'entame cette réforme, la surface acceptable pour une chambre était d'environ 15-16m². C'était un temps où il était tout à fait possible, et parfaitement légal, qu'une chambre mesure exceptionnellement 10 ou 11m² ou bien que deux personnes se partagent une chambre de moins de 20m². Ou bien même qu'une chambre compte 3 lits.

Mais le cahier des charges de 1999, déjà évoqué ici, a permis de fixer de nouveaux critères. Et, ce qui est instructif dans le contexte de 2021 où les futurs plans d'investissement vont concerner aussi bien des restructurations que des créations, ce cahier des charges distinguait le sort des établissements existants des établissements à venir.

Ainsi ce document indiquait que pour les futures constructions ou les rénovations lourdes, il était « recommandé » que la surface minimale d'une chambre individuelle atteigne 18 à 22m² quand, pour

les établissements existants, la surface d'un espace privé « *comprenant toujours un cabinet de toilette intégré* » devait « *tendre vers un objectif de surface minimale de 16 à 20m²* ».

DES STANDARDS AMBITIEUX DE 1999 À LA RÉVOLUTION ARCHITECTURALE DE 2030

Ces indicateurs, qui étaient ambitieux en 1999, sont évidemment devenus en 2021 une sorte de « *minimum syndical* ». Une chambre individuelle de 22m² avec salle de bain entièrement accessible était un objectif : 20 ans plus tard, c'est devenu un standard. Et c'est à ces standards que se sont ensuite conformés progressivement les 7.500 Ehpad de France. Même si l'enquête EHPA publiée par la DREES indique une moyenne plus proche de 21m² notamment en raison de la taille plus petite en moyenne (20m²) des chambres des Ehpad publics.

Certes, il peut arriver que certains conseils départementaux, pour atténuer le coût de construction ou de rénovation d'un Ehpad habilité à l'aide sociale et afin d'impacter le moins possible le prix de journée, prennent au pied de la lettre la phrase qui indique



Catégorie d'établissements	Surface moyenne par place (en m ²)	Surface des espaces collectifs moyenne par place (en m ²)	Surface des espaces privés moyenne par place (en m ²)
EHPAD publics	51	21	20
EHPAD privés non lucratifs	57	28	23
EHPAD privés lucratifs	48	20	22
Unités de soins de longue durée	58	21	20

Surfaces moyennes par place selon la catégorie d'établissement - DREES – Enquête EHPA 2015

que la surface minimale d'une chambre est de 18m² et... demandent que ce minimum devienne un maximum. Mais, plus généralement, il n'est pas rare de constater que les objectifs louables de 1999 sont au fil du temps devenus les standards presque pusillanimes de 2021.

Car dès lors que la chambre mesure au minimum 20m² et qu'il est convenu que la surface globale « raisonnable » par résident se situe entre 50 et 57m², les surfaces collectives représentent donc de facto 30 à 37m² par résident. **On comprend alors comment ces règles – qui ont permis une harmonisation « vers le haut » - ont aussi contribué à faire qu'aujourd'hui en France, rien ne ressemble plus à un Ehpad ... qu'un autre Ehpad.**

Ces progrès ont, rappelons-le, permis de **transformer le modèle de la maison de retraite des années 80 en un Ehpad standardisé certes mais de qualité**. Pour autant, tout le monde s'accorde aujourd'hui pour dire qu'une évolution de la conception même des espaces est désormais indispen-

sable. Y compris les pouvoirs publics, qui, face à ces enjeux, ont prévu de financer une partie de cette révolution.

Car, en effet, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2021 prévoit un plan d'investissement global en santé de 6 milliards d'euros sur 5 ans, dont 2,1 milliards d'€ sont affectés au secteur médico-social :

- 600 millions d'€ pour le numérique
- 1,5 milliard d'€ sur 5 ans pour les murs

Si cette somme semble dérisoire au regard notamment des besoins d'investissement évalués dans le rapport Libault à 15 milliards d'€ pour rénover 150 000 places, elle demeure considérable en comparaison des Plans Annuels d'Investissements (PAI) habituels de la CNSA qui tournent autour de 130 millions d'€ par an dont 68% en moyenne étaient affectés au secteur « personnes âgées ». Au final, sur 13 ans c'est un investissement de 1,7 milliard d'euros qui a été injecté dans le secteur des Ehpads. Au regard de cet effort, celui qui mobilise 1,5 milliard d'€ sur 5 ans apparaît donc considérable.

***“Selon la Drees,
36% des EHPAD, soit
3 659 établissements,
n'ont pas connu de
rénovation depuis
l'entrée en vigueur
de la réforme de la
tarification en 1999.”***

RÉNOVATIONS VS CONSTRUCTIONS : 2 AMBITIONS, 2 TEMPORALITÉS

Le défi réside donc aujourd'hui dans le bon usage de ces crédits. Ils ne sauraient raisonnablement servir au simple lifting d'un concept dépassé.

Il est donc indispensable, si on ne veut pas que ces sommes servent uniquement à replâtrer l'Ehpads des années 2000, d'établir rapidement de nouvelles exigences et donc un nouveau cahier des charges

Catégorie d'établissements	Part des chambres à 1 lit	Part des chambres à 2 lits	Part des chambres à 3 lits et plus	Total de chambres
EHPAD publics	89,2	10,7	0,1	100,0
EHPAD privés à but non lucratif	95,9	4,1	0,0	100,0
EHPAD privés à but lucratif	93,0	7,0	0,0	100,0
Unités de soins de longue durée	73,0	26,4	0,7	100,0
Ensemble	91,1	8,8	0,1	100,0

Répartition des chambres selon le nombre de lits par catégorie d'établissement - DREES - Enquête EHPA 2015

architectural. **Un cahier des charges qui puisse tout à la fois permettre d'adapter les Ehpads existants et d'imaginer l'Ehpad de 2030, en avançant sur une double temporalité.**

La période 2021-2025 ne se caractérisera pas par un rythme élevé de créations d'Ehpad. Certes, la DREES a récemment émis l'hypothèse que la France devrait créer plus de 100.000 lits d'ici 2030. Mais outre que ce scénario est discutable, la majeure partie de ces créations interviendront plutôt à la lisière de la prochaine décennie. Entre 2025 et 2030, de nouveaux Ehpad seront créés et pourront se construire sur la base de nouveaux standards mais ce « flux » sera minime au regard du « stock » des 7.500 établissements existants.

Dès lors, les dotations importantes du « plan de relance » seront surtout dépensées dans les prochaines années pour des rénovations voire, en moindre proportion, des reconstructions. Mais alors, comment construire l'Ehpad de demain sur la base d'un stock de 7.500 Ehpad existants ? Comment instiller sans attendre un certain nombre d'innova-

Part des chambres avec douche	En %
EHPAD publics	74,5
EHPAD privés à but non lucratif	91,1
EHPAD privés à but lucratif	96,2
TOTAL	85

Répartition des chambres équipées de douches selon la catégorie d'Ehpad

ventions dans les opérations de restructuration programmées dès 2021 ou 2022 ?

D'autant que le défi est considérable.

Selon la Drees ¹⁴, 36% des EHPAD, soit 3 659 établissements, n'ont pas connu de rénovation depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la tarification en 1999. Et pour la moitié d'entre eux, aucune rénovation depuis... 1989, soit il y a plus de 30 ans !

14. Enquête EHPA 2015

L'Ehpad en 2020 : son architecture en quelques chiffres (Source : Drees, 2015)



8 %
des résidents occupent une chambre double



15 %
des chambres ne disposent pas de douche (25% dans le public)



1 Ehpad sur 4
n'est pas situé à proximité des commerces et services



52 m²
La surface moyenne / résident (dont 21m² privés)



	Nombre d'EHPAD dont le bâti a été - en partie ou complètement - rénové	% des établissements
Avant 1989	1 806	18 %
Entre 1990 et 1999	1 853	18 %
Entre 2000 et 2009	2 814	28 %
A partir de 2010	3 635	36 %
Total	10 106	100 %

DREES – Enquête EHPA 2015

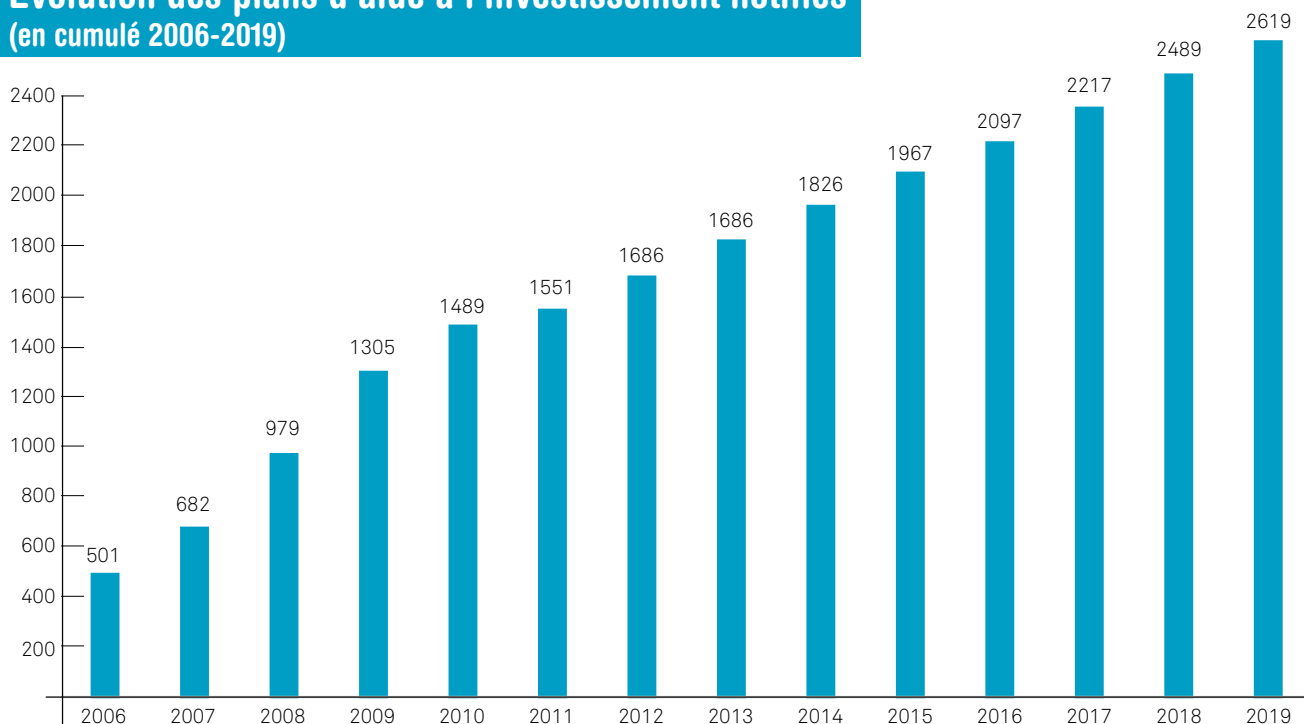
Ce stock d'établissements les plus anciens se trouvent quasi-exclusivement dans le secteur public ou privé à but non lucratif et sont donc éligibles aux concours de la CNSA.

L'ambition est donc immense : elle consiste à définir très rapidement une batterie de nouveaux critères qui conditionneront les rénovations des années 2021-2024. Mais aussi à déterminer un nouveau cahier des charges permettant de définir avec plus de précision et d'exigence les pourtours de l'Ehpad de 2030. Tout en ayant en tête, comme le rappelle Gérard Cluse, directeur Travaux et Maintenance

du groupe ORPEA, que « *lorsque l'on construit un établissement, on le construit pour 30 ans [et qu'il] ne faut donc pas oublier la partie exploitation de ces espaces !* ».

Les Ehpad que nous allons construire ou rénover d'ici 2030 sont bien ceux qui hébergeront, entre 2030 et 2050, la plus grosse vague de personnes âgées dépendantes que la France n'ait jamais connue. Sur quels fondements les construire pour s'assurer qu'ils puissent répondre aux aspirations de ces nouvelles générations ? Telle est la question à laquelle nous allons répondre maintenant.

Évolution des plans d'aide à l'investissement notifiés (en cumulé 2006-2019)





OBJECTIF N°1

DES LOGEMENTS PLUTÔT QUE DES CHAMBRES

*Si nous voulons collectivement inscrire l'Ehpad dans une logique domiciliaire alors il faut penser un domicile, un véritable « chez soi ». Or, est-on « chez soi » dans une « chambre » ? Est-on « chez soi » dans 20m² ? Est-on « chez soi » quand il est impossible de recevoir sa famille dans son espace privé ? Au fond, il s'agit dans ce chapitre consacré aux espaces de tirer les conséquences de notre chapitre 1 : **pour devenir un « habitant » plutôt qu'un « résident », il convient d'habiter un « logement » et non plus une « chambre ».***

Si l'Ehpad de 2030 ne sera plus constitué de « chambres » mais de logements, il faudra alors en finir avec les raisons qui ont présidé au concept de « chambre ». Elles sont probablement au nombre de trois :

- **L'héritage hospitalier** avec lequel l'Ehpad n'a pas encore totalement rompu culturellement. Tout le monde comprend qu'on puisse vivre dans une chambre de 15m² pendant quelques jours d'hospitalisation. Sauf qu'en Ehpad, la personne n'est pas hébergée pendant quelques jours mais y vivra en moyenne pendant deux ans et demi.
- **La contrainte financière** qui joue évidemment puisque chaque mètre carré supplémentaire a un impact direct sur le prix de journée payé par le résident que ce tarif soit ou non fixé par le président du Conseil départemental.
- **L'alibi dépendance** a été aussi utilisé parfois de manière un tantinet hypocrite. Au fond, on pouvait considérer que puisque la personne en perte d'autonomie ne pouvait souvent ni marcher seule, ni se lever sans l'aide d'une tierce personne, il était préférable d'accroître la surface des locaux d'activité collective et de soins que la surface privée.

Or, quand une personne âgée arrive aujourd'hui dans un Ehpad, elle vient généralement de quitter un logement qui peut être un grand appartement ou une maison individuelle qu'elle a habitée durant des années, voire des décennies. **Il est alors illusoire de manier le concept de « chez soi » quand on imagine ce passage d'une maison de 80m² à...**

“Il est illusoire de manier le concept de « chez soi » quand on imagine ce passage d'une maison de 80m² à... une chambre de 20m².”

une chambre de 20m². L'Ehpad ne sera jamais un « chez soi » qui se substitue naturellement au domicile qu'on occupait avant. Mais **l'Ehpad doit se distinguer de l'hôtel et de l'hôpital, en proposant non plus une chambre mais bien un logement.**

MAIS QU'EST-CE QUI DIFFÉRENCIE UNE CHAMBRE D'UN APPARTEMENT ?

Dans la perception commune, la présence d'une kitchenette peut être un facteur déterminant. D'ailleurs la taille moyenne d'un logement dans une résidence autonomie est aujourd'hui de 35m² contre 21m² pour une chambre d'Ehpad. Dans le cas particulier de l'Ehpad, tout le monde admet que la présence d'une kitchenette s'avère inutile voire



dangereuse. Comme le souligne Isabelle Mendez, directrice du développement du groupe Maisons de Famille, « la cuisine n'est pas l'alpha et l'oméga du domicile en Ehpad. Il faut plutôt chercher du côté du lit ». **Ce lit qu'on voit immédiatement.** Ce lit placé au centre de la pièce. Cette chambre qui, au final, se résume à un lit, meuble-symbole de la personne fragile.

De nombreux architectes interrogés tout au long de notre étude assument désormais un point de vue radical : **que le lit ne soit pas visible au premier coup d'œil quand on entre dans la chambre.** Qu'il ne remplisse pas à ce point l'espace comme c'est le cas aujourd'hui. Nombreux sont aussi ceux qui nous ont signifié l'absurdité de ce lit placé systématiquement au centre de la pièce de 20m² et qui, du coup, empêche de penser autrement l'aménagement de l'espace. Il est là, planté au cœur de la pièce, car cette position est bien plus pratique pour les professionnels même si elle empêche tout gain de place pour toute autre activité (table, salon, bureau...) et même si la personne a vécu les 90 premières années de sa vie avec un lit collé contre un mur. D'autres reprochent, de manière plus générale, au processus actuel d'entraîner **une très faible « meublabilité » des espaces**, l'aménagement arrivant en bout de chaîne une fois toutes les contraintes prises en compte (place du lit, surface, prises, chauffage...).

Se pose aussi la question de la « **segmentation** » des espaces. Un logement ne peut se résumer à

un lit et donc à un espace nuit. L'architecte Fany Cérèse le résume ainsi : « *Tant que la chambre sera une pièce où on découvre tout dès qu'on rentre, on loupe quelque chose* ». La création d'espaces différenciés devient indispensable avec, en sus de l'espace nuit, l'aménagement d'un espace jour proposant a minima un coin salon-café afin de recevoir du monde si on le souhaite et de « vivre » chez soi sans être nécessairement allongé sur son lit.

Autre paramètre incontournable demain : **la personnalisation du logement.** En 2020, tout gestionnaire propose à ses locataires de « venir avec ses meubles » ... dans la limite de l'espace disponible. Et vu l'espace disponible, il est évidemment plus aisé d'apporter sa lampe de chevet que son grand buffet en chêne massif. Sans demander l'impossible, **il nous semble indispensable qu'en 2030, la démarche d'entrée dans l'Ehpad soit réimaginée.** Aujourd'hui déjà, certains établissements louent des chambres entièrement vides, laissant la possibilité à chaque personne d'arriver avec plus qu'un simple « trousseau de linge » dans une valise. Aujourd'hui déjà, certains Ehpad proposent à la personne de choisir la couleur des murs de son logement avant son arrivée. Dans le secteur du handicap, ces choses sont systématiques. Sans doute parce que la durée moyenne de séjour dans ces structures est dix fois supérieure à celle en Ehpad. Pour un séjour de 2 ou 3 ans, pourquoi se donner cette peine ? Et si demain, nous



Ce qu'en disent les directeurs

(Résultat du questionnaire en ligne)

Quels sont les prérequis d'un Ehpad « chez soi » pour la personne âgée ?

- Convivialité
- Penser petit, taille humaine, unités réduites
- Personnalisation / espaces modulables
- Masquer les meubles « aseptisés »
- Appropriation des lieux, animal de compagnie, préservation de l'autonomie
- Multiplication des salles à manger et lieux privés
- Lumière naturelle au maximum / ambiance chaleureuse

nous demandions au contraire : pourquoi ne pas se donner cette peine ? Si nous souhaitons dire à la personne « Bienvenue chez vous », il faut penser à présent « déménagement » et non plus « admission ».

Cette personnalisation de l'espace passe également par la conception intégrale des étages. Pourquoi proposer nécessairement 50 logements rectangulaires de 22 m² ? Sur le même palier d'un immeuble d'habitation, chaque appartement est différent de celui du voisin. Pourquoi ne pas reproduire cela en Ehpad ? **Des tailles, des formes et donc des tarifs différents** permettraient là encore à chacun de personnaliser son espace... tout comme l'installation de boîtes aux lettres et de sonnettes à l'entrée de chaque logement.

L'INÉVITABLE AUGMENTATION DES SURFACES PRIVATIVES

Tout concourt donc, au-delà d'un agencement différent, à augmenter progressivement les surfaces privatives. Les architectes que nous avons réunis sont parvenus, grâce à leur expérience, à un consensus sur une surface minimale de 26m² avec un objectif de parvenir à 30m².

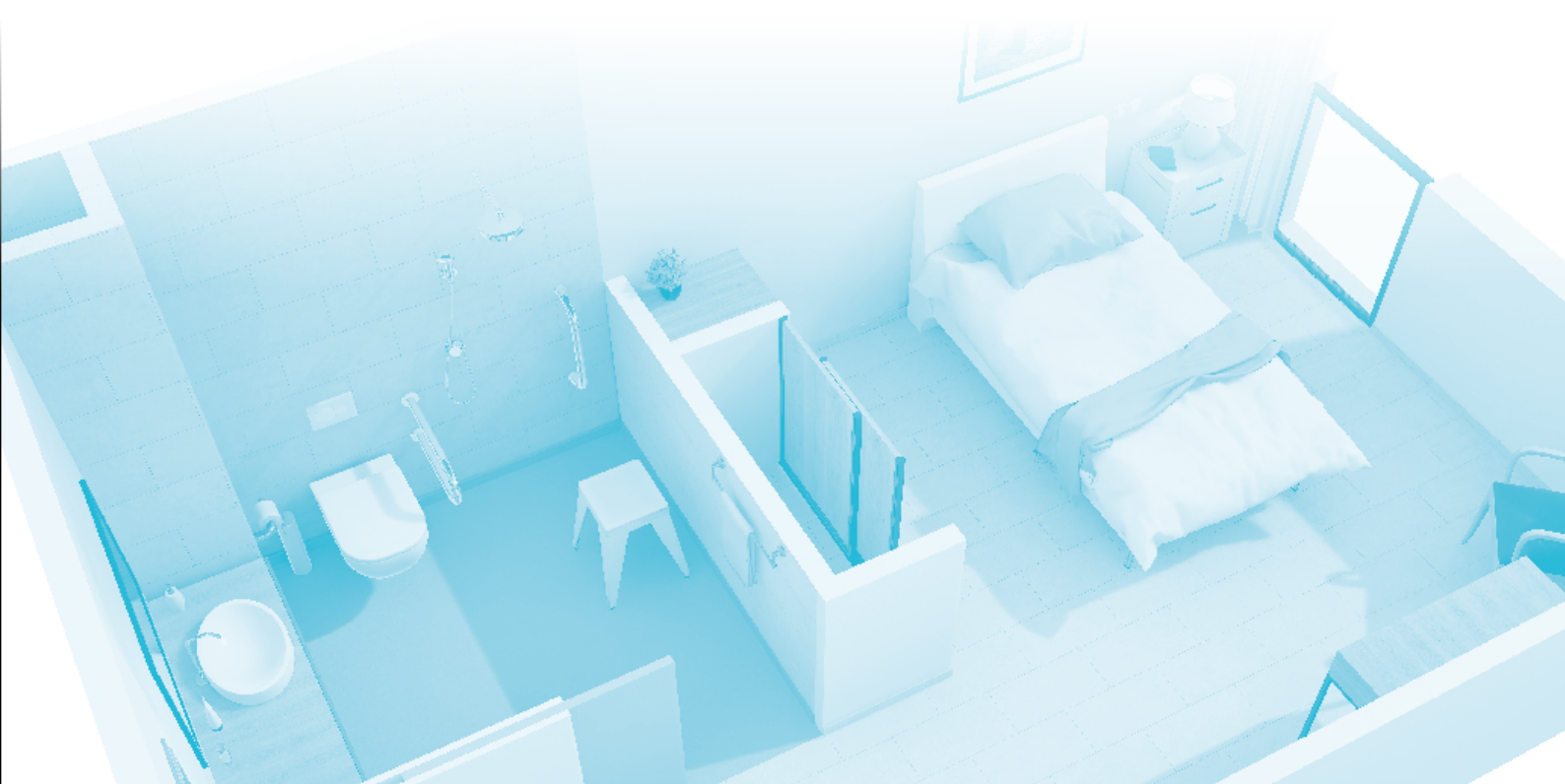
En 2015, la surface moyenne par résident en Ehpad était de 52m² dont 21m² d'espace privatif. Le reste, 31m², était donc réparti entre les espaces de vie collective (restaurant, espaces de soins, de circulations ...), les bureaux administratifs et les

espaces dédiés au personnel. Or, il sera difficile d'envisager demain de passer de 21m² à 26m² sans augmenter de fait la surface moyenne par résident. Peut-être pas à due concurrence puisque un meilleur usage des parties communes pourrait être envisagé, mais à l'évidence la surface totale moyenne par résident devrait augmenter.

Ainsi passer d'une chambre de 22m² à un logement de 26m² minimum impactera **nécessairement le résultat financier et/ou le tarif hébergement de l'Ehpad**, les coûts immobiliers représentant entre 10 et 30% du tarif facturé¹⁵. En fonction des sources, les coûts de construction en Ehpad s'élèvent de 1 450 à 2 000€ / m² (voire 2 500 € sur certaines zones géographiques¹⁶) mais ces m² supplémentaires n'ont pas nécessairement la même valeur que les premiers. Et rappelons-le aussi, ces m² supplémentaires sont à relativiser face au coût global d'une construction initiale. **La vraie question ici est non pas de déterminer avec précision le coût de cette révolution mais plutôt de savoir qui la paiera...**

15. Source : Rapport IGAS, 2009, Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des EHPAD. La variation de l'impact sur le tarif facturé s'explique par les différences selon l'implantation de l'Ehpad, son statut juridique et le propriétaire des murs.

16. Dans l'Observatoire des coûts de la construction dans le secteur médico-social, publié 2012, l'ANAP évalue les coûts de travaux bâtiments hors VRD à 1450€ / m² SDO. Pour certains architectes et opérateurs que nous avons auditionnés, ce coût peut s'élever à 2 000 € / m², voire 2 500 €.





OBJECTIF N°2

S'APPROCHER DE L'AMBIANCE « COMME À LA MAISON »

La forte pression exercée aujourd'hui sur les gestionnaires pour que l'Ehpad ressemble à un « chez soi » a quelque chose d'un peu vain : l'Ehpad ne remplacera jamais par essence la maison ou l'appartement dans lequel on vivait avant. Rien n'empêche en revanche de tout faire pour que ce lieu, où on vivra en moyenne deux ans et demi, crée les conditions d'un accueil le plus « confortable » possible et d'une atmosphère la plus « domestiquée » possible.

Spécialiste en design sensoriel, Régine Charvet prône « le développement d'un émotionnel bienveillant » et la distinction au sein d'un cahier des charges entre les « invariants » et les « variants », « afin de porter nos efforts sur les variants pour rendre l'ambiance agréable ». Les architectes qui ont accepté de partager leur expérience dans le cadre de cette mission ne manquent d'ailleurs pas d'idées pour « domestiquer » l'atmosphère.

La lumière, « matière première de l'architecte » selon Pascale Richter, est le premier variant sur lequel il faut jouer. Favoriser l'arrivée de lumière naturelle, proscrire les faux plafonds hospitaliers, multiplier les petites sources de lumière artificielle dans les espaces salons sont autant d'incontournables pour donner à l'Ehpad un air de « chez soi ». Autant d'incontournables que tous ont déjà en tête mais que l'on ne retrouve pas dans beaucoup d'Ehpad de 2020.

Les matières, les sols et les murs ne peuvent plus non plus être pensés uniquement de façon « pratique ». Pour offrir un certain confort, pour permettre à la personne de se sentir chez elle et non à l'hôpital, il faut en effet s'autoriser du beau. Prenons l'exemple des murs : oui, la peinture mate est plus salissante, mais oui, elle est plus belle et donne à un couloir un aspect plus domestique.

Ce débat entre utilité et esthétique se retrouve par ailleurs exacerbé par le fait que l'aménagement de l'espace et le choix du mobilier sont aujourd'hui complètement laissés de côté lors de la conception architecturale et ne font leur appa-

“Il y a un besoin urgent de se mettre à la place des utilisateurs, qui sont souvent oubliés dans les approches d'innovation...”

rition qu'une fois que tout le reste est défini, laissant ainsi peu de marge de manœuvre pour rendre l'Ehpad beau, confortable et « domestique ».

Plus globalement, de nombreux architectes appellent à un changement d'approche dans la conception architecturale pour **tendre vers une démarche moins séquentielle** (donc une « démarche projet » plutôt qu'une « démarche produit ») et **plus orientée sur les usages des personnes**. Pour Florence Mathieu, fondatrice d'AINA et spécialiste en design thinking appliqué au secteur du grand âge, « il y a un besoin urgent de se mettre à la place des utilisateurs, qui sont souvent oubliés dans les approches d'innovation, notamment dans la conception des espaces en Ehpad ».



OBJECTIF N°3

ET SI LE COLLECTIF LAISSAIT LA PLACE AU SEMI-COLLECTIF ?

Demain, la vie en grande collectivité ne s'imposera plus à tous et partout. Semi-collectif, modularité, diversification des ambiances, création de quartiers autonomes dans les unités seront au rendez-vous de l'Ehpad de 2030.

DU RESTAURANT 100 PLACES AUX SALONS 25 PLACES

Dans l'Ehpad de 2030, les mots d'ordre seront « segmentation » et « diversification ». Finie la grande salle de restaurant pour 100 convives : place aux petites salles à manger et petits salons.

Une telle segmentation, que l'on peut rendre possible avec **des parois amovibles** (pour garder la possibilité d'organiser quelques grands rassemblements), permettra de **privilégier le semi collectif, essentiel demain pour que la vie en « grande » collectivité ne s'impose pas en continu à tout le monde**. Une démarche en total accord avec l'objectif de proposer aux résidents de demain une vie communautaire choisie et non contrainte. Pour Eric Kariger, directeur médical du groupe Maisons de Famille, on peut faire exister « *du communautaire et du collectif intelligent* ». Une méthode qui sera essentielle pour s'adapter aux aspirations des babyboomers mais aussi aux attentes des familles.

Cette segmentation permettra également **la diversification des lieux et des ambiances**, créant ainsi des promenades architecturales. Pour Didier Cornilliat, architecte, « *tout cet ensemble d'unités doit être totalement pensé avec le souci de la variété et le souci de l'intérêt pour créer une promenade architecturale* ». Une logique qui consiste à vous emmener quelque part, d'un point d'intérêt A à un point d'intérêt B ; une démarche qui sera d'autant plus intéressante qu'elle répond aux besoins des personnes déambulantes.

La diversité sera également le mot d'ordre en ce qui concerne les circulations. **Aujourd'hui, rien n'est plus ennuyeux qu'un couloir d'Ehpad**. Les archi-

tectes que nous avons sollicités insistent tous sur la nécessité de **prendre des libertés sur ces espaces**, d'utiliser des vieux meubles, de les équiper comme une grande résidence familiale. Certes, **il est plus facile de nettoyer une armoire lisse, sans recoins et en PVC qu'un bois en chêne massif mais ce n'est pas ainsi qu'on va domestiquer les espaces, diversifier les circulations**. Variété et diversité, voilà ce qu'il faut rechercher au sein d'un projet structuré.

Ces espaces de circulation devront changer de statut et devenir des lieux de vie. Ils le sont déjà car ce sont des espaces en soi mais il faut que la dimension domestique y domine. Ce sont des lieux qui peuvent être des lieux d'attente et de sociabilité. Pour l'architecte Pascale Richter, l'intégration de bancs au sein de ces espaces de circulation est primordiale pour permettre à chaque personne de s'arrêter et discuter avec son voisin. Le couloir constitue en cela **un palier d'intimité entre l'espace « hyper collectif » et le logement privatif : il faut s'y sentir en sécurité**. Il faut donc **penser le traitement de ces seuils** entre chaque espace pour assurer, demain, une plus grande progression entre privé, semi collectif et collectif.

UN BÂTI PLUS FLEXIBLE POUR S'OUVRIRE VERS L'EXTÉRIEUR

La mise en place de **parois amovibles et la multiplication d'espaces variés vont flexibiliser le bâtiment** : condition essentielle pour le faire vivre pendant 30 ans sans qu'il se ringardise ; condition aussi pour lui **assurer une ouverture vers l'extérieur**. Il est plus facile d'oser des choses lorsque l'on dispose d'une multitude d'espaces distincts : espaces de coworking, pop-up store, galerie, salons à louer pour des événements familiaux... Il faut oser, il faut essayer.



UN QUARTIER À LA PLACE DE CHAQUE « UNITÉ »

L'architecte Fany Cérèse a partagé, durant nos travaux, son expérience sur la bonne taille d'un Ehpad. « *Avant j'étais convaincue qu'il fallait des petites structures pour créer un chez soi mais en allant aux Pays Bas, j'ai découvert des structures de 160 lits... ultra domestiquées. Avant je pensais qu'il fallait nécessairement viser petit mais en fait on manquait juste d'imagination. Là-bas, ils ont construit les unités comme de vrais quartiers et ont résolu différemment la question de la mobilité* ».

Dans l'Ehpad de 2030, le fonctionnement en unité sera systématique (comme c'est le cas dans nombre d'Ehpad de 2020) mais différent. Pour **sortir de la dynamique institutionnelle de l'unité, seront créés des quartiers, pouvant fonctionner de façon autonome sur toutes les dimensions de l'accompagnement**. Demain, chaque « quartier » sera équipé comme si c'était le cœur de l'Ehpad (place du village, espaces collations, kiosque à journaux, bancs devant les logements et dans les circulations...), proposant ainsi aux résidents une vie sociale en plus petite communauté et assurant

“Demain, chaque « quartier » sera équipé comme si c'était le cœur de l'Ehpad.

également un semi-confinement moins restrictif si cela s'avérait nécessaire comme ce fut le cas en 2020 et 2021 avec la Covid-19.

Au sein de ces quartiers, l'impression d'habiter son propre immeuble avec son adresse sera également renforcée avec la **mise en place de boîtes aux lettres et de sonnettes**. Une sensation qui pourra également être favorisée par la **création d'entrées distinctes dans l'Ehpad** pour les habitants, d'une part, et les visiteurs d'autre part.

Faut-il créer de nouvelles places d'Ehpad ?

Les informations sont pour le moins contradictoires sur ce point.

D'un côté, le plan de relance publié le 3 septembre 2020 mentionne « *la création de 30.000 places à l'horizon 2030 avec des premières programmations en 2021-2025* », sans qu'il soit possible d'identifier l'origine et les fondements de ce chiffre.

De l'autre, une note de la DREES de décembre 2020 projetait, à situation inchangée en matière de maintien à domicile, un besoin de 108.000 places d'EHPAD supplémentaires d'ici à 2030, et 211.000 de plus de 2030 à 2050. Et si le virage domiciliaire s'opérait réellement, le besoin en places d'EHPAD serait ramené au maximum à +40.000 places en 2030. Mais la demande se porterait davantage vers les résidences autonomie, avec un besoin estimé à +140.000 places d'ici à 2030 (soit plus du doublement par apport à l'offre existante) et 250.000 autres places d'ici à 2050. Une véritable explosion des habitats intermédiaires.

Dans tous les cas de figure, il y aura donc bien besoin de places d'EHPAD supplémentaires mais il est frappant de constater que cet enjeu de planification, crucial quand on réfléchit comme nous le faisons ici à l'évolution qualitative de l'offre existante, aux besoins immenses liés à la restructuration du parc existant et parfois vieillissant, soit si peu abordé dans les travaux de prospective et a fortiori dans le débat public. Dit autrement, pour penser l'EHPAD de demain, il n'est pas incongru de se poser la question de l'ampleur quantitative du besoin...



OBJECTIF N°4

LE SOIN, HORS DE MA VUE

Nous l'avons dit précédemment : l'Ehpad de demain sera un lieu de vie et un lieu de la fin de la vie. Tout doit donc concourir à nous permettre de gérer ce paradoxe : mieux médicaliser dans un établissement où le soin ne se voit pas.

Il convient donc, d'ici 2030, de planquer ce soin que l'on ne veut plus voir.

Ce soin qui évoque la médicalisation et la dépendance. Ce soin, dont ont besoin les résidents, il ne s'agit pas de le nier, mais que l'on ne veut plus voir primer partout et tout le temps. Certes, la chambre devient le temps d'une toilette un lieu de travail et de soins, mais doit-on pour autant la transformer en chambre d'hôpital ? **Il est temps de répondre une bonne fois pour toutes à ce dilemme entre lieu de soins et lieu de vie** et de construire les Ehpad de 2030 en conséquence. Sans que cela ne signifie moins de médicalisation, puisque, comme le rappelle Didier Sapy, « celle-ci passe avant tout par la création de plus de compétences médicales et une amélioration en prestations de soins ».

Pour distinguer clairement lieu de vie et lieu de soins, c'est **une véritable dissociation physique de la partie habitation et de la partie services qu'il faut imaginer** pour demain, en pensant **les espaces professionnels certes à proximité mais en dehors des espaces de vie des résidents**. Dans

certains établissements en Angleterre, les locaux de soins ont totalement disparu. Le soignant a accès aux ordinateurs et tablettes situés derrière des panneaux placés sur le mur, dans le couloir. Il peut alors y accéder le temps de prendre ses notes puis referme le panneau... et **l'environnement reste domiciliaire**. On oublie aussi les postes de soins « aquarium » au sein des unités / quartiers, symbole de l'intrusion du soin dans la vie des résidents. Pour l'architecte Didier Cornilliat, même en Ehpad « *le soin n'est qu'une parenthèse dans la vie et ne doit être qu'une exception* ».

Et oui, en 2030, la praticité n'aura plus son mot à dire. Le bâti sera pensé pour la personne âgée, pour lui apporter confort, bien-être et intimité et non avec pour unique but de faciliter le travail des professionnels. Fini le lit au milieu de la pièce « *parce que c'est plus pratique* ». Fini la salle de restaurant de 80 places qui permet de « *simplifier le service et l'organisation* ».



Ce qu'en disent les directeurs

(Résultat du questionnaire en ligne)

Dans l'Ehpad « chez soi », pensez-vous que la fonction « soin » peut s'effacer au profit du « lieu de vie » ?

Pour plus de 8 répondants sur 10 : la réponse est OUI.

« C'est tout à fait possible si les soins sont organisés comme ceux d'un SSIAD puisque le personnel de soins intervient au « domicile » des habitants. »

« Cela passe par une architecture qui place les locaux de soins hors des lieux de vie, on retire les uniformes aux soignants qui ne portent des vêtements « soignant » que pour les actes spécifiques. »

« La composition des équipes doit faire de la place aux AES, aux moniteurs éducateurs, aux animateurs autant qu'aux infirmières et aux aides-soignantes. »



OBJECTIF N°5

L'EHPAD AU CŒUR DE LA SOCIÉTÉ ET DE SES DÉFIS

A l'image des futures générations de résidents, l'Ehpad sera poreux aux enjeux de société qui sont en train de monter : la question écologique, la question numérique et la question de la participation démocratique (déjà évoquée dans le chantier 1). Ces 3 grands mouvements traversent en effet nos sociétés aujourd'hui et vont inévitablement impacter aussi l'Ehpad de 2030. Répondre à ces défis sera aussi naturel qu'indispensable pour s'adapter à la génération des soixante-huitards.

NE SURTOUT PAS VIVRE CACHÉ POUR VIVRE PLUS HEUREUX

Ouvrir l'Ehpad sur la vie de quartier nécessite tout d'abord de l'implanter stratégiquement. Le rond-point de la ZAC n'est pas ce que l'on peut appeler le cœur du village... et, demain, il faudra l'éviter autant que possible. Evidemment, nous ne pourrions pas avoir, en 2030, 7.500 Ehpad avec vue sur la place du marché ou sur la cour d'une école primaire. Néanmoins, toutes les nouvelles constructions devront impérativement tenir compte de ce paramètre crucial : placer l'Ehpad au cœur de la vie. Pour permettre aux résidents de sentir l'ambiance de la ville, de voir la vie qui circule et, dans l'idéal, d'être dans la proximité avec les commerces, avec les lieux de vie sociale. C'est en substance ce qu'a affirmé le



Premier Ministre Jean Castex le 9 mars 2021 lorsqu'à l'occasion de la présentation du « plan de relance » à Cosne-Cours-sur-Loire il a félicité les élus « d'avoir fait le choix de maintenir à la fois la maison de santé et l'EHPAD en cœur de ville ». « La proximité, toujours, et d'abord la proximité » a-t-il conclu. À défaut de faire un cahier des charges, au moins l'orientation politique est là.

ZOOM : La cité des Aînés du groupe AESIO Santé

Avec la volonté de répondre à des besoins larges de la population âgée sur un territoire donné, AESIO Santé a développé son concept de Cité des Aînés sur les villes de Saint-Etienne, Valence et Montpellier.

Sorte de villages, ces cités proposent des places en Ehpad et en résidences services ou résidences autonomie, entourées de lieux de rencontres et d'échanges pour les usagers, les familles, les habitants du quartier : restaurants et/ou salons de thé ; espaces culture, salles d'activités physiques, espaces bien-être, jardins potagers thérapeutiques partagés mais aussi une plateforme de services comprenant : gouvernance, conciergerie, services à domicile...

Autre spécificité : la cité est un lieu de recherche et d'expérimentations. Une approche de design thinking réunissant usagers, professionnels de santé, ingénieurs, fabricants, designers est menée sur chaque cité pour concevoir le mobilier adapté à l'évolution de la dépendance et aux nouveaux besoins des usagers et des professionnels de santé et repenser l'organisation des différents espaces de vie.

Mais au-delà de l'emplacement qui permet aux résidents de sentir la vie autour d'eux, voire de sortir régulièrement, l'Ehpad de 2030 doit oser faire entrer la vie. Espace de coworking, boutique éphémère, galerie, espace de vente de produits locaux, bibliothèque... Nous avons 10 ans pour essayer et tester, pour réfléchir à construire les tiers-lieux de demain, comme a commencé à le faire notamment la Croix-Rouge Française avec l'expérimentation d'un tiers-lieu gérontologique à Nîmes.

I SURFER SUR L'OPPORTUNITÉ NUMÉRIQUE

Le numérique, quant à lui, est autant un défi qu'une opportunité pour l'Ehpad de demain. Contrairement aux idées reçues, la France a une longueur d'avance sur nombre de ses voisins en matière numérique et notamment d'accès au haut débit. Un des Objectifs de la Vie Quotidienne (OVQ) fixés par le Gouvernement assigne à l'Etat la mission d'« assurer la couverture du territoire en très haut débit » et de déployer la 5G dans les plus brefs délais.

Le secteur doit se saisir de cet atout qui sera nécessaire non seulement pour réduire les « zones blanches » mais aussi pour permettre l'usage de l'Internet des objets (IoT) et des applications qui en découleront.

Une autre opportunité s'est présentée au secteur récemment avec l'adoption d'un **plan numérique pour les établissements sociaux et médico-sociaux de 600 millions d'euros** prévus par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021. Tablettes et internet des objets seront le quotidien des résidents de 2030... à condition de ne pas gâcher notre chance et de flécher utilement les crédits prévus au plan ESMS numérique pour connecter les habitants entre eux, avec la vie de l'Ehpad et avec la société. Or, il est peu de dire pour l'heure que l'usage de ces 600 millions d'euros fait l'objet d'un de ces flous artistiques que les pouvoirs publics savent parfois produire...

Pour Gilbert Cluse, directeur travaux et maintenance du groupe ORPEA, « le numérique est le levier le plus important pour les Ehpad de demain, nous avons avec cela une capacité à faire véritablement évoluer un cahier des charges ». Mais pas sans tenir compte des **points de vigilance** soulevés par les uns et les autres. Pour Nicolas Menet, directeur général de Silver Valley, le danger réside dans le **suréquipement des domiciles qui pourrait entraîner un blocage des futures générations**, capables de se braquer et de se révolter face à un mouvement dont ils penseraient perdre la maîtrise. Cécile Dolbeau-Bandin, enseignante-Chercheuse à l'Université de Caen-Normandie, soulève quant à elle **la question**



Ce qu'en disent les directeurs

(Résultat du questionnaire en ligne)

L'Ehpad vert, c'est pour aujourd'hui ou pour demain ? Les avis sont très mitigés.

- Les EHPAD ont déjà tellement de problèmes, je ne crois pas que ce soit la priorité pour le moment.
- Oui mais peut-être trop coûteux, cela reste une niche.
- Cela me semble utopique.
- Les constructions vertes seront l'avenir. Les Ehpad n'y échapperont pas.
- Très compliqué : on veut rendre confortable un maximum d'espaces, y compris les chambres via la climatisation mais cela va à l'encontre de l'« EHPAD vert ».
- C'est de la science fiction dans un pays qui n'a pas les moyens comme le nôtre !
- C'est une réalité ! Nous concevons déjà dans ce sens.



“ Il faut surtout que le numérique soit utile pour les résidents, les familles et les professionnels ; pour cela, la formation ne doit pas être prise à la légère.... ”

Louise Wolf, directrice adjointe des Opérations
au sein du groupe SOS Seniors

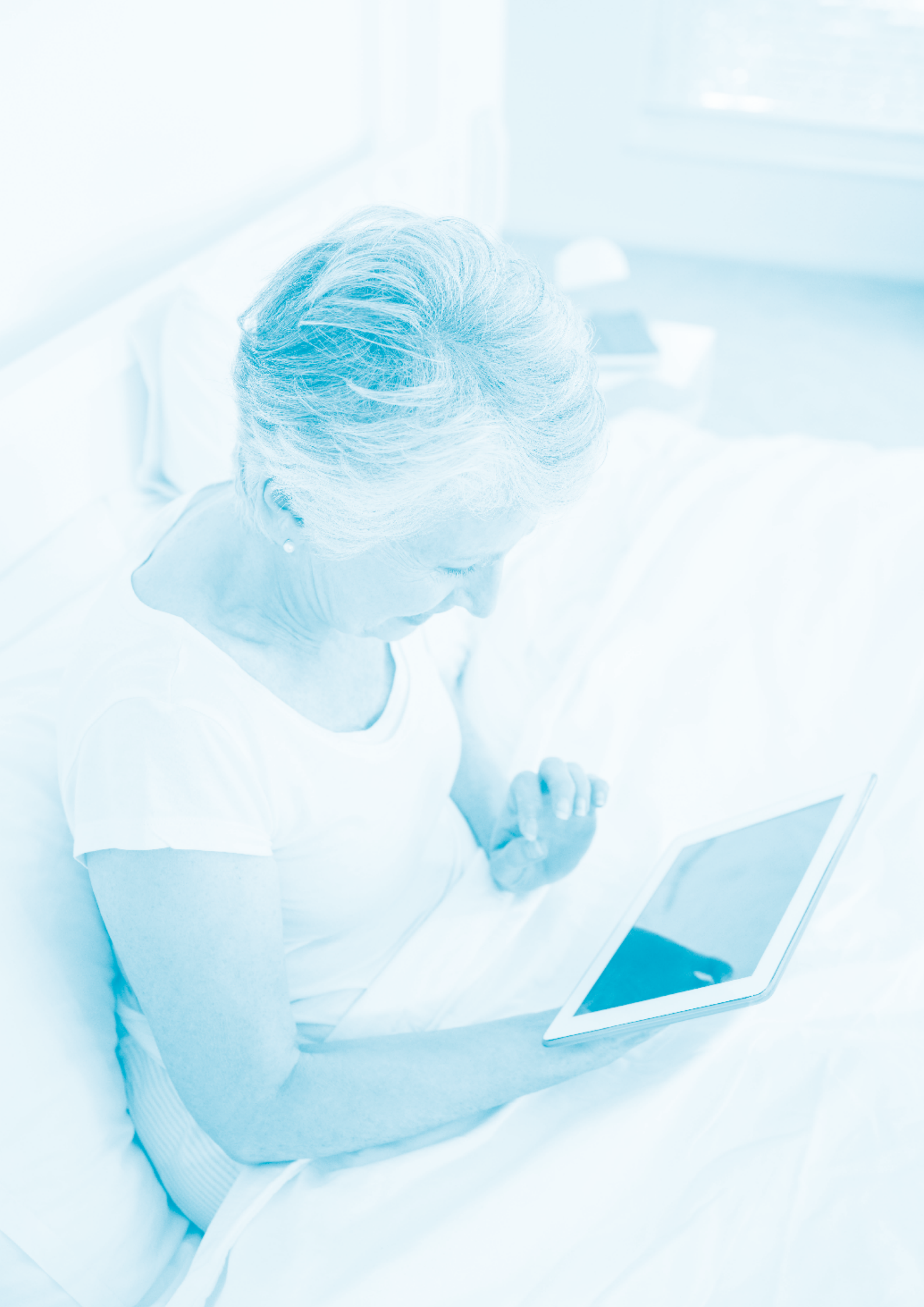
de la sécurisation des données et les problématiques éthiques qui en découlent. Pour Bertrand Ruaud, du Resah, la technologie n'aura pas d'autre choix que de **se cacher pour ne pas effrayer**. Pour Louise Wolf enfin, directrice adjointe des Opérations au sein du groupe SOS Seniors, *« il faut surtout que le numérique soit utile pour les résidents, les familles et les professionnels ; pour cela, la formation ne doit pas être prise à la légère. »* Ici encore, le sujet de la formation prend donc une place centrale, pour les équipes mais aussi pour les résidents et les familles.

EHPAD VERT, POUR AUJOURD'HUI OU POUR DEMAIN ?

Sur les questions environnementales, enfin, **les Ehpads ont évidemment leur rôle à jouer**, notamment à travers leur bâti. En 2020, le cap a d'ailleurs été fixé par le Président de la République dans son discours du 14 juillet 2020 avec l'annonce d'un *« grand programme de rénovation de nos écoles et de nos Ehpads »*, permettant *« des économies d'énergie massives, [pour qu'] enfants et aînés puissent mieux vivre »*. En 2019, le décret dit « tertiaire » de la Loi Elan entré en vigueur le 1^{er} octobre, a imposé aux établissements sanitaires et médico-sociaux des objectifs ambitieux avec une réduction de leurs consommations d'énergie par rapport à 2010 de 40% d'ici à 2030, 50% d'ici 2040 et 60% d'ici 2050, et cela sans dégrader leur empreinte carbone.

La révolution est donc lancée et n'a d'autre choix que de devenir la priorité de tous. Mais le secteur est-il prêt ? **Les directeurs isolés et sans formation spécifique sur le sujet sont complètement démunis face à ces objectifs ambitieux.** Pour autant, l'enjeu est exaltant. Pour Didier Salon, architecte, l'Ehpad du futur zéro énergie sera *« capable d'intégrer les technologies de pointe pour réduire la consommation par l'enveloppe, les matériaux, le traitement de l'air, et la production d'énergie. On concevra le bâtiment par son cycle de vie complet (y compris son obsolescence), avec des objectifs de réduire les coûts d'exploitation de bâtiment durable, de réduction carbone, de réemploi, de respect de l'environnement, d'utilisation de filières bioressources »*. Pour lui, *« cela ressemble à de la science-fiction mais certains sont prêts ! »*.

Nous avons 10 ans pour y parvenir à condition de sensibiliser l'ensemble des acteurs concernés, y compris les financeurs, aux enjeux écologiques. Un bâti basse consommation engendre par exemple un surcoût à la construction d'environ 15%. Ce surcoût doit être intégré et accepté par tous, y compris les financeurs. En créant par ailleurs un plan national *« ESMS Ecologie 2030 »*, le secteur sera en mesure d'accompagner les opérateurs dans cette transition en les transformant en véritables acteurs de cette révolution.





SYNTHÈSE

14 ORIENTATIONS ET/OU PROPOSITIONS

1. **Déterminer un nouveau Cahier des charges** (comme en 1999) permettant de définir avec plus de précision et d'exigence les pourtours de l'Ehpad de 2030 et surtout, permettant de conditionner l'usage du 1,5 milliard du plan de relance.
2. Demain, le « résident » devenant un « habitant », **la « chambre » devra devenir un « logement ».**
3. **Demain, le lit ne doit plus être visible au premier coup d'œil** quand on entre dans la chambre. Qu'il ne remplisse pas à ce point l'espace comme c'est le cas aujourd'hui.
4. **Pallier à la très faible « meublabilité » des espaces**, l'aménagement n'arrivant aujourd'hui qu'en bout de chaîne une fois toutes les contraintes prises en compte (place du lit, surface, prises, chauffage...).
5. **Permettre la location de logements entièrement vides** pour laisser la possibilité à chaque personne d'arriver avec plus qu'un simple « trousseau de linge » dans une valise.
6. **Les logements pourront avoir des tailles, des formes et donc des tarifs différents.**
7. Tout concourt à augmenter progressivement les surfaces privatives pour parvenir à **une surface minimale de 26m² avec un objectif de parvenir à 30m².**

8. Passer d'une chambre de 22m² à un logement de 26m² minimum impactera nécessairement **le tarif hébergement de l'Ehpad** ce qui posera avec plus d'acuité encore qu'aujourd'hui **la question de la couverture publique de ce tarif**.
9. **Mener le débat entre utilité et esthétique** alors qu'aujourd'hui l'aménagement de l'espace et le choix du mobilier sont complètement laissés de côté lors de la conception architecturale.
10. **Privilégier les parois amovibles** (pour garder la possibilité d'organiser quelques grands rassemblements) permettant de privilégier le semi collectif, essentiel demain pour que la vie en « grande » collectivité ne s'impose pas en continu à tout le monde.
11. Pour **sortir de la dynamique institutionnelle de l'unité, seront créés des quartiers**, pouvant fonctionner de façon autonome sur toutes les dimensions de l'accompagnement.
12. Pour distinguer clairement lieu de vie et lieu de soins, c'est **une véritable dissociation physique de la partie habitation et de la partie services** qu'il faut imaginer pour demain.
13. **Déterminer avec précision la destination et l'utilisation des 600 millions d'euros du plan numérique** en direction des Ehpad.
14. **En créant un plan national « ESMS Ecologie 2030 »**, le secteur sera en mesure d'**accompagner les opérateurs dans la transition écologique** en les transformant en véritables acteurs de cette révolution.



Chantier 3

RENDRE POSSIBLE L'EHPAD PLATEFORME

Ehpad plate-forme, Ehpad hors-les-murs, Ehpad à domicile, pôle de ressources gériatriques, pôle de services gérontologiques, plateforme ressources... les innovations sémantiques ont fleuri ces dernières années pour décrire ces formules de dépassement de l'Ehpad classique et de la dichotomie établissement-domicile. Et les innovations n'ont pas été que sémantiques puisqu'une série de dispositifs correspondant à ces concepts ont vu le jour, mais de façon dispersée, hétérogène et encore relativement marginale. Des dispositifs qui ont éclos sous des régimes juridiques et financiers dérogatoires, notamment celui de l'article 51 de la LFSS 2018. Mais bien au-delà de ces timides expérimentations, Matières Grises en appelle à un bouleversement radical en plaidant pour un Ehpad plateforme qui dépasse établissement et domicile.

POURQUOI VOULOIR RÉORIENTER L'OFFRE ACTUELLE ?

Ce chantier n°3 a pour objectif d'expliquer l'intérêt de l'Ehpad plateforme et d'en déterminer les conditions de développement. Il faut à cet effet partir des limites de l'offre actuelle au regard de l'évolution des besoins.

Ne pas « cornériser » l'Ehpad

Depuis 20 ans, le public accueilli en Ehpad est de plus en plus fragile. Il suffit, pour s'en convaincre, d'étudier l'évolution des GIR moyens pondérés (GMP) des établissements depuis 20 ans. A peine supérieur à 600 au début des années 2000, le GMP des Ehpad s'élevait à 680 en 2010 et à 726 en 2017. Quant aux résidents en GIR 1 à 4, ils représentent plus de 83% des personnes hébergées en Ehpad aujourd'hui, contre 57% en 1998.

Le GMP devrait continuer d'augmenter mécaniquement dans les prochaines années, au risque de transformer les Ehpad en unités de soins de longue durée hyper-médicalisées pour les personnes en toute fin de vie. Même s'il va de soi que les Ehpad

auront évidemment à assumer cette mission, ils craignent parallèlement d'être « cornérisés » alors qu'ils souhaitent en réalité s'ouvrir à un public plus large, en allant de la prévention à la fin de vie, puis de l'établissement au domicile. Ce positionnement suppose une capacité à accompagner les personnes âgées tout au long de leur parcours.

Utiliser l'Ehpad comme centre de ressources

Car l'Ehpad possède de nombreux atouts pour devenir un véritable centre de ressources territorial pour un public bien plus vaste que la centaine de résidents qu'il héberge en moyenne.

Un Ehpad, c'est d'abord un espace. Un espace qui peut accueillir des activités provenant de l'extérieur, qu'il s'agisse d'associations ou de partenaires de tous ordres qui ont besoin de se réunir ou d'activités en recherche de lieu de réalisation. **Un Ehpad, c'est aussi de la restauration,** des repas, des cuisiniers. Un Ehpad, c'est souvent de l'animation : des spectacles, des musiciens, de l'activité physique à visée préventive. Autant d'activités qui peuvent être ouvertes à une pluralité d'habitants au-delà même des personnes âgées ou en perte d'autonomie, même



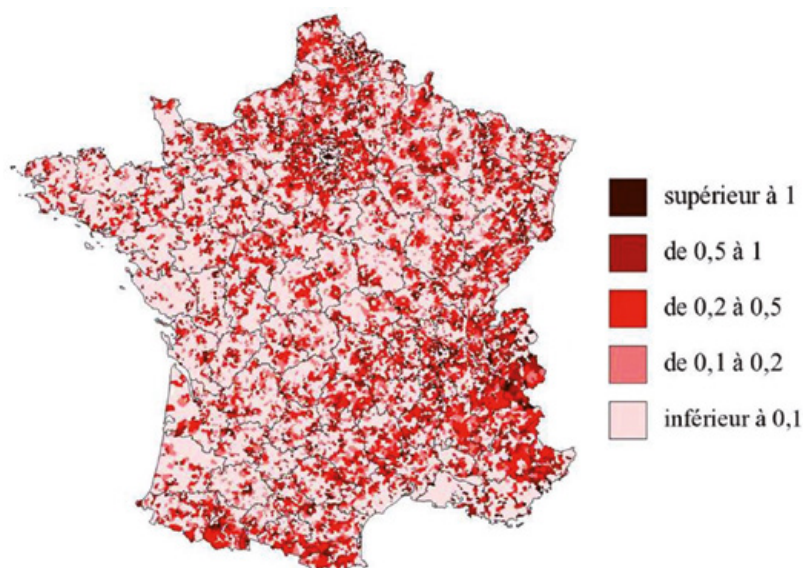
si nous nous concentrons volontairement dans ce rapport sur le public âgé. Un Ehpads enfin, ce sont des soins prodigués par des médecins gériatres, des infirmières, des aides-soignantes voire des kinésithérapeutes, psychologues, psychomotriciens, en somme tout un ensemble de professionnels médicaux et paramédicaux mobilisés pour répondre aux besoins des personnes vieillissantes.

Comment, dans un contexte de tension sur l'offre sanitaire et médico-sociale, sur les ressources humaines et sur le foncier disponible, ne pas vouloir optimiser ce que possède et propose un Ehpads en direction des personnes qui en auraient localement besoin, et qui vivent, chez elles, à proximité géographique de l'Ehpads ?

L'Ehpads : l'atout territorial

L'Ehpads possède un autre atout, celui d'être présent partout sur le territoire. **7.500 établissements maillent en effet le territoire national de manière plutôt harmonieuse** : si bien que 69% des Français vivent à moins de 5 km d'un Ehpads et 31% à moins de 2km.

Cet atout territorial a été jusqu'ici insuffisamment pris en compte, notamment dans la bataille contre les déserts médicaux. **Si la France doit se**



Source : Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine, présentée par Méline RAMOS-GORAND

doter de maisons de santé pluridisciplinaires, elle doit aussi pouvoir s'appuyer sur ce vaste réseau d'Ehpads qui peut, en milieu rural en particulier, servir d'appui à la dispensation de soins aux plus âgés, voire au-delà.

Domicile, Ehpads : des métiers largement identiques

Enfin, il serait temps, en préparant l'objectif 2030, de mettre fin à l'étanchéité absurde qui persiste depuis des décennies entre l'aide à domicile et les Ehpads. Conventions collectives dédiées, formations différentes, OPCO éclatés, modalités de tarification hétérogènes, fédérations professionnelles distinctes, le constat est sans appel : les acteurs professionnels eux-mêmes, par habitude, par conservatisme, voire par corporatisme, cultivent leurs logiques chacun de leur côté. Tous ont pourtant un objectif commun : prendre en charge des personnes âgées devenues fragiles, objectif commun qui doit passer après la distinction, somme toute secondaire, du lieu de vie.

Heureusement, certaines frontières commencent à se dissoudre progressivement. Des gestionnaires d'Ehpads publics, associatifs ou commerciaux ont désormais dans leur escarcelle une activité d'aide et/ou de soins à domicile. Une évolution particulièrement marquante ces dernières années : DomusVi a investi en propre dans l'aide et le soin à domicile, Colisée a développé sa branche domicile Onela via le rachat de réseaux existants, Orpea est présent sur le secteur du domicile à travers Adhapi et Domidom rachetés en 2016, Korian est devenu l'actionnaire majoritaire du réseau Petits-fils. Enfin, Arpavie vient de reprendre l'association francilienne Familia. Plusieurs fédérations professionnelles (FHF, Fehapi, Synerpa) traitent également des deux sujets. Toutefois, les deux secteurs demeurent toujours trop cloisonnés.

Domicile, Ehpads : un jeu gagnant-gagnant

L'Ehpads plateforme a justement pour objet de sortir de cette offre binaire et polarisée entre d'un côté un Ehpads trop autocentré et de l'autre un secteur de l'aide à domicile qui n'offre pas l'ensemble des prestations, ni le même niveau de sécurisation que l'établissement. Il a aussi pour principe de rompre

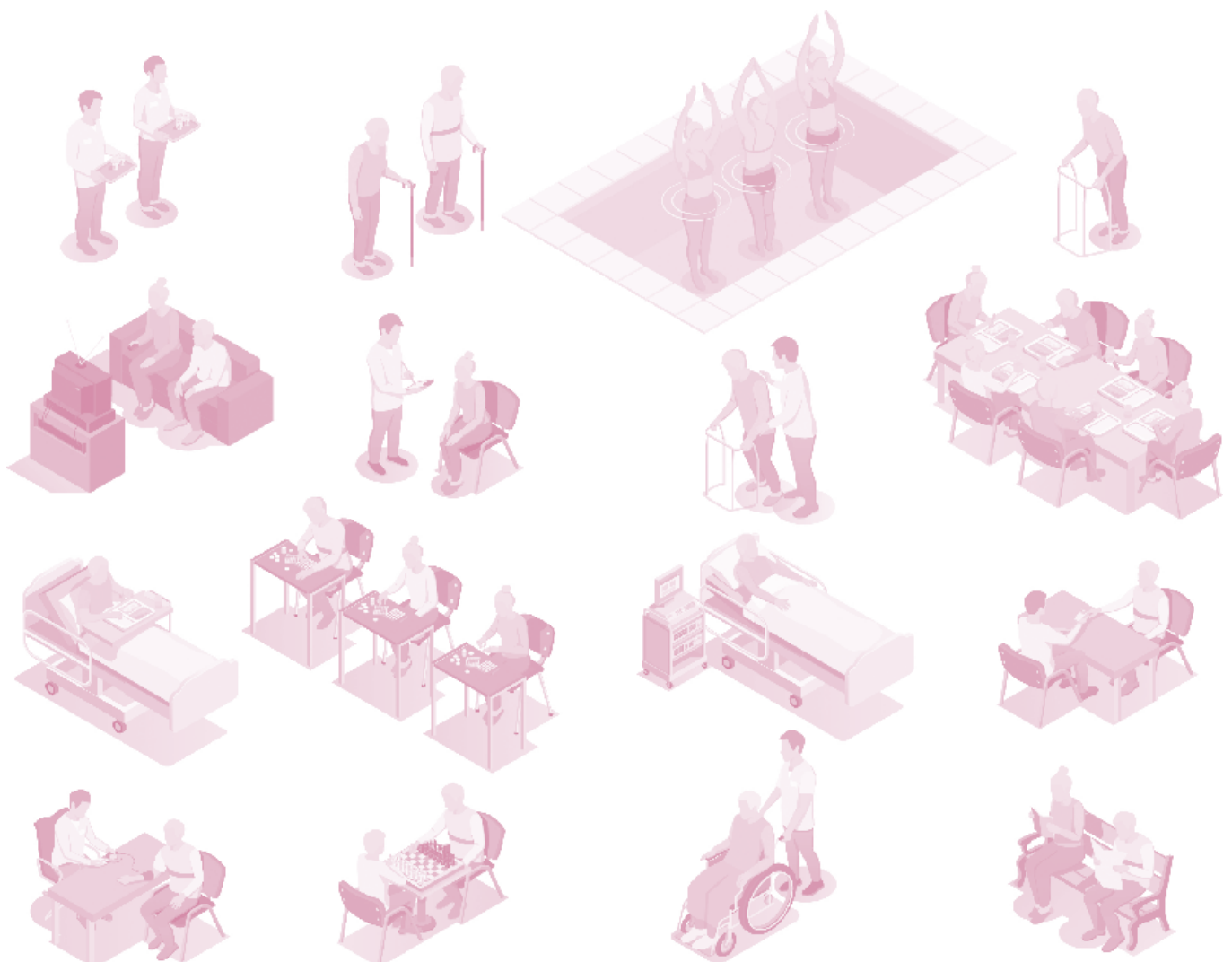
avec une offre médico-sociale composée d'une série d'établissements et de services fonctionnant en autant de tuyaux d'orgues : Ehpad, accueil de jour, hébergement temporaire, PASA, UHR, Saad, Ssiad, Had.

Pour corriger cela, deux pistes sont possibles :

- la coordination de services qui permet à des entités de travailler ensemble et de s'articuler de façon complémentaire, cohérente et innovante
- l'intégration de services où une personne morale propose et réalise directement toute une palette de services.

L'Ehpad plateforme emprunte aux deux, en coordonnant des services existants mais aussi et surtout en portant un vaste bouquet de services relevant du soin, de l'aide, de l'accompagnement, de la nutrition, de la prévention et de la mobilité, et qui serait accessible aussi bien aux personnes âgées vivant en établissement qu'à celles demeurant à domicile.

“Il serait temps, en préparant l'objectif 2030, de mettre fin à l'étanchéité absurde qui persiste depuis des décennies entre l'aide à domicile et les Ehpad.”







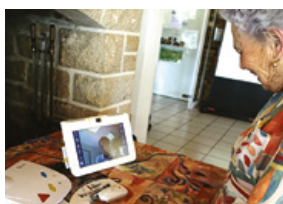
S'APPUYER SUR LES EXPÉRIENCES EN COURS

Le concept d'Ehpad « hors-les-murs » ou d'Ehpad « à domicile » n'est pas totalement nouveau. Les premières initiatives réellement innovantes datent d'il y a 7-8 ans avant un développement plus important au cours des 3-4 dernières années. Ces expérimentations répondent assez bien aux constats dressés plus haut, consistant à faire évoluer l'offre vers plus d'ouverture, de coordination, de polyvalence et vers une gamme plus large de services. Pour autant, elles restent encore embryonnaires et un bouleversement institutionnel et réglementaire sera nécessaire pour que ces premiers essais prennent à terme une autre dimension.

En analysant les principaux points caractéristiques de plusieurs expérimentations en cours, souvent emblématiques de l'Ehpad plateforme ou à domicile, il est possible de tirer plusieurs enseignements utiles. De rapides fiches de synthèse sont présentées ci-après pour décrire six expérimentations. Nous avons auditionné lors de nos groupes de travail plusieurs porteurs de dispositifs. S'il n'y a pas de modèle unique, cinq caractéristiques fondamentales peuvent être relevées et cinq enseignements principaux peuvent être tirés.

Maison de retraite à domicile (M@do) Fondation Partage et vie

- Créé en 2013 à Naves (Corrèze)
- **Porteurs** : Fondation Partage et vie, partenaires clés : Plateforme Corrèze Téléassistance, équipe mobile de gériatrie du Centre Hospitalier de Tulle
- **Principe** : Accompagner de façon évolutive et personnalisée des personnes âgées et/ou en situation de handicap souhaitant demeurer chez elles, avec les mêmes services que dans une structure médicalisée
- **Services proposés** : services ménagers, aide à la vie quotidienne, repas, toilettes, téléassistance, installation de matériels domotiques au domicile, soins médicaux, matériel médical, accueil d'urgence (une chambre réservée à l'année dans un Ehpad)
- **Nombre de bénéficiaires** : 40
- **Financement** : ARS
- **Spécificités** : pionnier en la matière, ouvert aux PA et PH, l'aspect médicalisé est la particularité et le point fort à la fois, via le partenariat avec le CHU



Seniors connect – Groupe SOS

- Créé en 2016 à Metz (Moselle), puis essaimage à Epinal (Vosges), Aulnais-sous-bois (Seine-Saint-Denis), Créhange et Yutz (Moselle)
- **Porteurs** : Groupe SOS, partenaires clés : Malakoff Humanis, Conseil départemental de Moselle, Carsat, CNAV
- **Principe** : point d'entrée pour personnes âgées, accompagnement de proximité, coordination vers un ensemble de services, adossement à l'Ehpad local du Groupe SOS seniors
- **Services proposés** : information, présence, aide administrative, mise en relation avec un ensemble de professionnels, soins à domicile, portage de repas, animations et repas au sein de l'Ehpad, accès aux professionnels de santé de l'Ehpad, offre technologique (téléassistance, domotique, objets connectés) à la carte
- **Nombre de bénéficiaires** : Une trentaine par site en moyenne, 200 environ au total
- **Financement** : abonnement des usagers, conférence des financeurs, Malakoff Humanis, droit commun lors de l'entrée dans un dispositif (Ssiad par exemple)
- **Spécificités** : se présente comme un hub reliant les seniors à domicile à certains services de l'Ehpad et à ceux d'une pluralité d'acteurs publics et privés, selon les besoins et via un coordinateur dédié – référent unique





Vivre@lamaison La Croix Rouge Française

- Expérimentation à Sartrouville de 2017 à 2020, 7 territoires : Marseille, Aillant sur Tholon, Carignan, Nîmes, Rochechouart, Rouillac
- **Porteurs** : La Croix Rouge à travers ses ESSMS (Ehpad + Saad + Ssiad)
- **Principe** : assurer 24h/24 et 7 j/7 à des personnes âgées en perte d'autonomie des prestations similaires à celles proposées à des résidents hébergés en Ehpad
- **Services proposés à domicile** : Saad, Ssiad, téléassistance, astreinte de nuit, transport accompagné, petits travaux et réaménagement, coordination des intervenants, coordination aidés/aidants
- **Services proposés au sein de l'Ehpad** : hébergement d'urgence pour 72h, restaurant, salon de coiffure, kinésithérapeute, podologue, psychomotricien, psychologue, ateliers de prévention, animations, esthétique et bien-être, Halte répit-détente Alzheimer (Hrda)
- **Nombre de bénéficiaires** : 25 par site
- **Financement** : Croix Rouge Française, article 51
- **Spécificités** : services intégrés au sein du même opérateur, combinaison du IN (services accessibles au sein de l'Ehpad) et du OUT (services déployés à domicile), limité à une commune



Diapason 92 Fondation Aulagnier

- Créé en 2018 à Asnières sur Seine (Hauts-de-Seine)
- **Porteurs** : Fondation Aulagnier (Ehpad public : hébergement permanent, UHR, unité de vie protégée), plusieurs Saad et Ssiad (dont celui de la Fondation Aulagnier), partenariat avec Bluelinea
- **Principe** : Maison de retraite à domicile, éviter l'entrée en Ehpad, coordonner les professionnels, fluidifier les parcours, apporter un répit aux aidants
- **Services proposés** : soins infirmiers, auxiliaire de vie sociale, téléassistance, repas, transport, garde itinérante de nuit, adaptations du logement, ateliers thérapeutiques, animations à domicile, coiffure, socio-esthétique (offre par paniers), plateforme de répit pour les aidants
- **Nombre de bénéficiaires** : 30 (sur 4 communes)
- **Financement** : ARS et CD (Appel à projet)
- **Spécificités** : offre complète, y compris à domicile, par combinaison de services intégrés au sein de la fondation Aulagnier et de partenariats avec des opérateurs extérieurs



Ehpad hors les murs de l'Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve - HSTV

- Créé en 2019 à Rennes (Ille-et-Vilaine)
- **Porteurs** : HSTV avec l'Ehpad Saint-Louis à Rennes et partenaires : acteurs du soutien à domicile de l'agglomération rennaise (Ccas de la Ville de Rennes, Fédération ADMR d'Ille-et-Vilaine).
- **Principe** : Proposer une prise en charge complète, coordonnée et sécurisée à domicile afin d'éviter ou de retarder l'entrée en institution
- **Services proposés** : coordination des intervenants, accompagnement gérontologique via l'EHPAD, ateliers d'activités cognitives et physiques, adaptation du domicile avec un ergothérapeute, sécurisation 24h/24h grâce aux objets connectés
- **Nombre de bénéficiaires** : 25 (40 prévus en 2021)
- **Financement** : Forfait ARS (appel à candidature)
- **Spécificités** : grande ville couverte (215 000 habitants), partenariats intéressants avec Ccas et Saad associatifs, s'appelle « hors les murs » mais comprend réellement du domicile



Village santé autonomie - Centre Saint-Vincent Lannouchen

- Créé en 2019 à Landivisiau (Finistère)
- **Porteurs** : Fondation Ildys, Ehpad Saint Vincent, Résidence Ker Anna
- **Principe** : Plateforme permettant un parcours complet et gradué dans l'accompagnement de la personne
- **Services proposés** : Ehpad, Résidence pour personnes âgées autonomes, hébergement temporaire, programme de prévention de la perte d'autonomie, portage de repas, maison de l'aidant, relayage, pôle social
- **Nombre de bénéficiaires** : 30 en hébergement temporaire
- **Financement** : droit commun, fonds propres de la fondation
- **Spécificités** : Il s'agit d'un Ehpad plateforme et non d'un Ehpad à domicile, seul le portage de repas se fait aussi à domicile, le rayonnement et l'ancrage territoriaux se font à partir de la notion de « village »



5 LEÇONS DES EXPÉRIMENTATIONS

Les noms sont différents, les partenariats aussi, l'ampleur des territoires couverts est hétérogène, les services et le mode opératoire peuvent varier d'une expérimentation à une autre, parfois significativement. Alors, au fond, quelles sont les grandes caractéristiques communes à ces différentes initiatives qui permettent de les ranger dans la même catégorie ? On en retrouve cinq qui pourraient constituer les fondements de l'Ehpad plateforme.

Premièrement, les services dépassent largement le cadre traditionnel de l'Ehpad. Il ne s'agit pas de petits services supplémentaires proposés aux résidents mais bien de réelles innovations de services : « assurer 24h/24 et 7j/7 à domicile des prestations similaires à celles proposées en Ehpad » chez Ehpadadom, « adaptation du domicile avec un ergothérapeute et sécurisation 24h/24 grâce aux objets connectés » chez HSTV, « installation de matériels domotiques et soins médicaux au domicile » dans M@do, « accompagnement personnalisé et hub vers un ensemble de services aux personnes âgées » via Seniors connect, « maison de l'aidant et relayage » au Village santé autonomie ou encore « garde itinérante de nuit, adaptations du logement et plateforme de répit pour les aidants » chez Diapason 92 de la Fondation Aulagnier. Autant d'éléments qui, associés à des services plus classiques, sont constitutifs d'une offre réellement nouvelle.





Deuxièmement, le dispositif est bien ancré sur son territoire. Qu'il s'agisse d'une commune, de plusieurs villes limitrophes ou d'une agglomération, la zone couverte est toujours clairement définie et le projet s'inscrit dans une dynamique territoriale en lien avec les pouvoirs publics et les partenaires associés. En termes opérationnels, le lien avec la population du territoire se fait de deux façons : en « in » quand les personnes âgées de la zone définie peuvent venir bénéficier des services à l'intérieur de l'Ehpad, en « out » quand les services de l'Ehpad se déploient hors les murs, parfois jusqu'au domicile. Un même dispositif peut emprunter aux deux modalités de déploiement. M@do est une plateforme out, Village santé autonomie, à l'exception du portage de repas, relève du in (conformément à l'idée d'un village), les quatre autres expériences combinent les deux, avec une dominante out chez Diapason 92. Nous précisons le contenu que peuvent prendre ces deux modalités in et out dans la partie suivante.

Troisièmement, la plateforme se construit autour d'un porteur et de partenaires, avec une fonction majeure : la coordination. La Croix Rouge, le Groupe SOS, l'Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve, la Fondation Partage et Vie, le Centre Saint Vincent et la Fondation Aulagnier sont les porteurs des six projets en question. Tous disposent d'un Ehpad sur le territoire concerné, sauf M@Do où il s'agit, dans la logique out, d'équipes mobiles d'aide et de soins qui se déplacent au domicile, même si la Fondation Partage et Vie est par ailleurs gestionnaire de nombreux Ehpad. L'Ehpad est donc bien le plus souvent, et même au-delà de ces cinq exemples, la pierre angulaire du dispositif autour de laquelle viennent se construire des partenariats opérationnels des secteurs de l'aide et des soins à domicile, de la santé et du numérique. Ces partenariats sont fondamentaux, aucun des porteurs n'étant en mesure de réaliser l'ensemble des services lui-même. La fonction de coordination est essentielle entre le porteur et les partenaires pour le bon fonctionnement du dispositif en général et pour l'articulation opérationnelle des services auprès du bénéficiaire via un référent de parcours ou un gestionnaire de cas en particulier.

Quatrièmement, le nombre de bénéficiaires est déterminé. De 25 à 40 selon les projets, donc une fourchette somme toute assez ténue et un nombre

L'Ehpad est la pierre angulaire autour de laquelle vienne se construire des partenariats opérationnels

restreint de bénéficiaires lié au caractère expérimental des dispositifs et à leur montée en charge progressive, y compris d'un point de vue financier. Le nombre bien défini de personnes âgées pouvant bénéficier des services montre aussi qu'il s'agit de dispositifs précis, cadrés et contractuels. En d'autres termes, l'Ehpad plateforme n'est pas un concept flou ou un effet de communication pour un établissement qui accueillerait quelques personnes du territoire lors d'une animation ou qui réaliserait à la marge une ou deux actions hors les murs.

Cinquièmement, le cœur de cible se constitue de personnes âgées qui pourraient rentrer dans l'Ehpad classique mais que l'on peut maintenir à domicile si l'on y renforce l'offre. Le public est variable d'un dispositif à l'autre, mais il s'agit globalement de bénéficiaires classés en GIR 2 à 5, avec un focus sur les GIR 3-4. Un public dont la perte d'autonomie avance et pour lequel la question de l'entrée en Ehpad se pose. C'est ce qui ressort des différentes expérimentations et qui permet de préciser à qui s'adresse prioritairement l'Ehpad plateforme et de mieux penser, en vue de sa généralisation, la place exacte qui pourrait être la sienne dans le parcours de la personne âgée.

Ces cinq caractéristiques permettent de définir ce qu'est un Ehpad plateforme. Au-delà de cette étape d'analyse descriptive, quels enseignements principaux pouvons-nous tirer de ces expériences pour alimenter une réflexion plus prospective sur les conditions de développement du dispositif à plus grande échelle ?



LES 5 PRINCIPES À SUIVRE

PRINCIPE N°1

PERMETTRE À UNE PLURALITÉ D'ACTEURS D'INTERVENIR À DOMICILE

Qui est légitime pour fournir des services à domicile ? Le scénario où l'Ehpad déploie ses propres services vers le domicile ne fait pas nécessairement consensus chez les fédérations professionnelles de l'aide à domicile. Vincent Vincentelli, responsable réglementation à l'UNA expliquait ainsi dans nos groupes de travail : *« je ne suis pas nécessairement d'accord avec l'idée selon laquelle ce serait à l'Ehpad de se projeter vers le domicile ; qu'il soit un appui, un soutien, qu'il permette de faire le lien via le médecin coordonnateur, oui, mais qu'il fasse à la place des 7000 Saad, ce ne va pas de soi »*.

Les expérimentations nous apprennent que le système d'Ehpad à domicile fonctionne systématiquement avec des partenariats avec des Saad ou Ssiad existants, parfois portés par le même opérateur que l'Ehpad, ce qui est un avantage

(La Croix Rouge, Fondation Aulagnier en partie), parfois portés par d'autres (HSTV avec le Ccas de Rennes et la fédération ADMR d'Ille-et-Vilaine notamment). Dans la construction de l'Ehpad plateforme, il est donc pertinent de s'appuyer sur les expertises, au demeurant conséquentes, des services d'aide et de soins à domicile existants et de travailler en partenariat avec eux. **Toutefois, au moment où on appelle les Ehpad à se déployer au-delà de leurs murs, leur interdire de réaliser directement leurs services au domicile des particuliers serait particulièrement contradictoire.**

Alors comment faire ? Probablement en ouvrant les deux options : celle des partenariats avec des Saad/Ssiad existants, mais celle aussi d'une intervention directe des Ehpad au domicile, car elle est, ou sera à un moment ou un autre, facilitatrice du déploiement de l'Ehpad à domicile. D'où l'idée, sur laquelle nous reviendrons dans les préconisations de ce rapport, d'accorder une autorisation globale à un établissement pour qu'il puisse intervenir non seulement à l'intérieur de ses murs mais aussi au domicile des particuliers.

PRINCIPE N°2 :

LA TECHNOLOGIE COMME CLÉ DE VOUTE

Tous les Ehpad plateformes comportent une dimension technologique. Bluelinea est partenaire d'Ehpadadom et de la Fondation Aulagnier depuis le démarrage des projets. M@Do s'appuie sur la plateforme de téléassistance de Corrèze et son système de géolocalisation. L'Ehpad hors les murs HSTV propose une sécurisation 24h/24h grâce aux objets connectés.

La technologie est indispensable au système à deux niveaux. D'abord pour permettre le déploie-

ment des services de la plateforme sur l'ensemble du territoire concerné, car la digitalisation amène de la proximité en rendant possible la réalisation des services à distance. Un constat particulièrement vrai sur les questions de sécurisation du domicile, fondamentales puisque nombre de personnes âgées rentrent en Ehpad justement parce qu'elles ne peuvent plus vivre en sécurité chez elles. **La mise en connexion du domicile est donc une des conditions du développement de l'Ehpad plateforme.** Elle concerne aussi bien le suivi de la santé (surveillance de la prise de médicaments, détection de chutes, géolocalisation, télémedecine, connexion avec des intervenants de l'Ehpad) que le renforcement des liens sociaux (communication avec la famille et les aidants).



Le numérique est également essentiel en termes de coordination des équipes de la plateforme, fonction d'autant plus importante que ces équipes sont pluridisciplinaires et souvent issues de plusieurs entités différentes. L'intégration de services abordée plus haut nécessite la construction de liens opérationnels entre les différents services et une circulation de l'information fluide et sécurisée sur les données relatives à la personne âgée. A cet égard, la mise en place d'un véritable dossier médical partagé numérique est un outil indispensable.

Or, le retard français en la matière est patent. Le

rapport publié par Matières Grises et Cap Gemini Invent¹ l'explique clairement : les progrès à réaliser sont considérables tant en matière de système d'information, de numérique dédié à la coordination territoriale ou de nouveaux services digitaux. Si cette problématique dépasse à l'évidence le sujet de l'Ehpad plateforme, elle s'y pose de façon plus importante. La montée en régime d'un tel dispositif innovant et sa généralisation sur l'ensemble du territoire national ne pourront se faire sans être soutenues par une nouvelle donne numérique.

1. « Grand âge et numérique : objectif 2030, rattraper le retard français », Matières Grises et Cap Gemini Invent, Les études de Matières Grises, #3, septembre 2019

Unités de soins de longue durée et EHPAD.

25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie

Dans un rapport de 2009 remis à Nora Berra, Secrétaire d'Etat aux aînés intitulé **13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en Ehpad**, Claude Jeandel concluait en ces termes : « Ainsi, l'évolution de la typologie des résidents pourrait se caractériser dans un avenir proche par une co morbidité et une dépendance, aussi bien psychique que physique, encore accrues. Dans cette hypothèse hautement probable, il n'est pas certain que le modèle actuel de fonctionnement de l'EHPAD demeure compatible avec les exigences de qualité des soins, de bonne gestion des risques, de continuité et de permanence des soins ». Il s'interrogeait enfin en ces termes : « Ne peut on envisager que l'EHPAD ne soit plus le substitut du domicile, sans pour autant devenir un établissement sanitaire mais rester un établissement médico social ? » Cette interrogation posée en 2009 prend d'autant plus de relief tandis que nous venons d'affronter une pandémie et une crise sanitaires inédites.

Plus de 10 ans plus tard, dans le rapport qu'il doit remettre en juin 2021 au Ministre Claude Jeandel émet, avec son collègue Olivier Guérin, **25 recommandations pour permettre à l'EHPAD de demeurer un lieu de vie tout en disposant des conditions et moyens indispensables devant être réunies pour prodiguer le bon et juste soin aux résidents**. Ces recommandations s'appuient sur l'analyse précise des besoins des résidents tenant compte à la fois de leurs états pathologiques et de leurs profils de soins requis. Cette étude rend compte d'une évolution très significative au cours des 10 dernières années de la typologie des résidents, ces derniers se

caractérisant par des profils médicaux plus nombreux et plus sévères, et corrélativement par une perte d'indépendance plus marquée. L'enjeu assorti à ces recommandations est de procéder aux adaptations nécessaires afin que tout résident puisse bénéficier, en lieu et place ou non, des réponses médicales et soignantes à la fois les plus personnalisées, les plus efficaces et les plus complètes : suivi et l'équilibrage des pathologies chroniques stabilisées, suivi rapproché des défaillances d'organe, gestion des situations d'urgence et prise en charge des affections aiguës prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie et gestion des risques, soins palliatifs et de fin de vie.

Pour Claude Jeandel, la déclinaison de ces recommandations en mesures et actions concrètes effectives dans les délais les plus proches est la condition première à remplir pour assurer la pérennité d'un modèle d'hébergement collectif offrant les garanties d'un accueil, d'un accompagnement et d'un soin de qualité auxquels à droit tout citoyen et auxquels devront avoir droit les « boomers » qui, à moins d'un traitement efficace des maladies neuro-évolutives accessible à ces échéances, ne pourront tous bénéficier des mesures déployées pour promouvoir le virage domiciliaire. Claude Jeandel propose de relever ce défi par l'application rapide de ces 25 recommandations.

Claude Jeandel

PRINCIPE N°3 : LE « PLUS » SANITAIRE

Associer l'hôpital est nécessairement une plus-value, comme c'est le cas en particulier dans l'initiative M@do avec le centre hospitalier de Tulle. Et, la dimension sanitaire est plus généralement présente dans les différentes expérimentations. Séniors connect propose une mise en relation avec un ensemble de professionnels, y compris de santé. Dans toutes les autres initiatives, le fait de s'appuyer sur les ressources de l'Ehpad porteur a aussi pour objectif de faire bénéficier les personnes accompagnées des interventions

des professionnels médicaux et paramédicaux de l'Ehpad. L'accès à la télémedecine fait également partie des services proposés en distanciel par plusieurs Ehpad plateformes.

La double évolution de l'Ehpad vers davantage de médicalisation et vers une plus grande ouverture sur son territoire le place comme un acteur clé du décroisement entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Et c'est précisément sa transformation en plateforme qui doit être l'occasion de concrétiser ce nouveau positionnement. La dimension sanitaire est donc à intégrer dans l'Ehpad plateforme.

PRINCIPE N°4 : LES LIMITES DE L'EXPÉRIMENTAL

Les différentes expérimentations ont des résultats positifs. A titre d'exemple, une étude de mesure d'impact social menée sur Séniors connect en mars 2020 conclut que le dispositif « *réduit significativement le sentiment d'isolement des seniors à domicile, renforce leur autonomie, leur connaissance des aides et services activables et leur capacité à mener à bien des démarches administratives* ». Aucun dispositif n'a périclité et le succès de certains les amène à essaimer sur de nouveaux territoires, La Croix Rouge et HSTV notamment. Plusieurs limites apparaissent toutefois. Deux principalement, soulignées en outre par l'étude confiée fin 2018 par La Mutualité Française aux cabinets Generacio et Mixing generations concernant les Ehpad hors les murs et le domicile connecté².

1) Le nombre de bénéficiaires est limité. 40 maximum par dispositif, souvent aux alentours de 30. Ce qui signifie qu'en France quelques centaines de personnes, un millier tout au plus, bénéficient de ce type de plateformes. Du qualitatif donc, mais pas du quantitatif après 7-8 ans d'expérimentations. La non existence de ce type de dispositif dans le droit

commun et par conséquent l'absence de financements qui y sont associés sont de puissants freins au développement. Mais d'autres complexités existent.

2) Les temps d'ingénierie et de montage sont conséquents. Il faut concevoir, former, spécialiser, définir l'organisation *ad hoc* et les outils associés, notamment digitaux dont l'interopérabilité reste très largement à construire. Il faut coordonner des acteurs qui n'ont pas nécessairement l'habitude de travailler ensemble de façon opérationnelle et qui peuvent de surcroît avoir des intérêts divergents. Il faut également, en amont, monter des dossiers conséquents pour aller chercher des financements et en aval, faire connaître le dispositif. Des complexités comparables à celles des Spasad qui, au bout de 10 ans d'existence juridique, étaient moins de 100 en comparaison des 2300 Ssiad qui comptent le territoire national. Une faible montée en puissance très partiellement comblée par la loi ASV et ses Spasad intégrés au succès mitigé.

Ces deux limites ne sont pas insurmontables mais elles démontrent d'une part le besoin de modéliser l'Ehpad plateforme pour en faciliter le déploiement plutôt que de reprendre l'ingénierie à zéro à chaque nouvelle initiative, et d'autre part l'indispensable impulsion que doivent donner les pouvoirs publics en créant un cadre juridique national à ces plateformes avec un financement dédié.

2. Les enjeux du vieillissement de la population, Ehpad hors les murs et domicile connecté, La Mutualité Française, Generacio-Mixing generations, novembre 2018



PRINCIPE N°5 :

PÉRÉNNISER LES FINANCEMENTS : DE L'EXCEPTION AU DROIT COMMUN

A dispositif expérimental, financement expérimental. La Croix Rouge a investi sur ses fonds propres, comme la fondation Ildys pour le Village santé autonomie. Trois autres plateformes ont répondu à des appels à projets émanant de l'ARS ou conjointement de l'ARS et du Conseil départemental, comme ce fut le cas pour Diapason 92 dans les Hauts-de-Seine. Puis certaines expérimentations ont trouvé comme relais de financement l'article 51 de la LFSS 2018.

C'est le cas notable de La Croix Rouge et HSTV qui, forts chacun de leurs expériences réciproques et rejoints par la Mutualité Française, ont décidé d'unir leurs compétences et ont obtenu en septembre 2020, un financement de 20 millions d'euros sur 3 ans pour conduire dans 10 régions, 23 projets concernant 580 bénéficiaires. Ce « *dispositif de soutien renforcé à domicile des personnes âgées* » bénéficie d'un financement dans le cadre d'une « *expérimentation, préfiguratrice d'une offre repensée* », ce qui appelle au moins deux remarques. 1) Concernant le coût du dispositif, il est dans ce cadre de 11 500 € par personne et par an en moyenne, et ainsi conforme aux différentes expérimentations existantes comparables dont le coût annuel par place est compris entre 10 et 12 000 € quand le financement comprend des services d'aide et de soins à domicile, autrement il est d'environ 2 000 € par an et par place quand il s'agit de financer uniquement la coordination, comme dans l'exemple de Séniors connect. 2) Il s'agit du projet de ce type le plus ambitieux et globalement le mieux financé mais il reste, pour encore trois ans, sous forme expérimentale. N'y a-t-il pas moyen de rentrer plus tôt dans le droit commun ?

Les effets de l'article 51 de la LFSS 2018 sont de ce point de vue intéressants à analyser. Trois ans après son entrée en vigueur, il continue de faire naître des projets innovants, y compris d'établissements correspondant plus ou moins bien au concept que nous analysons ici, au-delà du grand projet Croix Rouge - HSTV - Mutualité française.

Il est temps que le droit commun se mette lui aussi à rendre l'innovation possible, avec trois mots d'ordre : clarifier, consolider et faciliter.

Rappelons que cet article vise à favoriser l'innovation en permettant de déroger au cadre réglementaire et tarifaire. Son succès pour développer des établissements plateformes, sous différentes appellations, est un double révélateur. D'une part, il montre l'appétence des opérateurs pour ce type de dispositif, ce qui constitue une opportunité sur laquelle il faut s'appuyer, d'autre part, il témoigne d'un dysfonctionnement institutionnel qui revient à ériger l'innovation en exception. Via cet article 51, la norme réglementaire actuelle filtre dans un goulot d'étranglement les opérateurs qui souhaitent innover. Il est donc temps que le droit commun se mette lui aussi à rendre l'innovation possible, avec trois mots d'ordre : clarifier, consolider et faciliter. Il ne s'agira donc ni de rajouter des strates d'établissements supplémentaires, ni de continuer l'éparpillement des financements, mais au contraire de créer les conditions les plus lisibles permettant de construire cette offre nouvelle, en en précisant les services constitutifs et en en définissant les modalités de financement.



VERS QUELLE OFFRE TENDRE ?

Les expérimentations passées en revue ont permis de montrer que l'Ehpad plateforme avait deux façons de se déployer : la logique in et la logique out, et qu'il était possible de combiner les deux. Cette distinction mérite d'être explicitée pour ensuite servir de grille de présentation des principaux services qu'un Ehpad plateforme est à même de proposer.

PLATEFORME IN ET PLATEFORME OUT

La plateforme IN

La logique « in » consiste à transformer l'Ehpad en « pôle ressources » pour les personnes âgées du territoire qui convergeraient vers ce lieu.

Elle est définie dans la contribution du groupe Arpavie à ce rapport comme le schéma de réponse où « l'Ehpad constitue le cœur d'un dispositif qui réunit en un lieu unique un ensemble de professionnels de l'accompagnement de la personne âgée, au domicile et en institution. Les expertises rassemblées permettent de penser le parcours de la personne âgée non comme une succession de cases destinées à l'accueillir mais comme une multiplicité de services destinés à l'accompagner ».

Dans cette logique, l'Ehpad a en résumé deux fonctions : il est physiquement le lieu où se déroulent l'essentiel des services, services qui sont accessibles aux habitants du territoire au-delà des résidents, et il est l'institution à partir de laquelle se pensent les parcours des personnes âgées. Mais les services de l'Ehpad plateforme ne s'exportent pas en dehors des murs et ne vont donc pas au domicile des bénéficiaires. A titre d'exemple, il peut inclure une maison des aidants mais pas d'offre de relaiage à domicile, qui relèverait elle d'une logique out.

La plateforme OUT

La logique « out » vise à capitaliser sur l'expertise de l'Ehpad pour déployer ses services sur le territoire au-delà de ses murs et d'aller ainsi jusqu'aux domiciles des personnes âgées qui ont besoin d'être accompagnées chez elles. Elle est

définie dans la contribution d'Arpavie comme le schéma de réponse où « l'Ehpad forme le centre d'un dispositif à partir duquel se projettent des services d'accompagnement au domicile des personnes âgées. L'objectif simple consiste à réduire la dichotomie Institution / Domicile et à soulager les aidants. Cette démarche constitue une approche de l'habitat inclusif différente mais sans doute pertinente. En intégrant une personne âgée dans un réseau mutualisé de services à partir de l'Ehpad, on lui permet de conserver « son » habitat et ses repères ».

L'Ehpad projette donc son offre jusqu'aux domiciles des personnes âgées et assure la coordination des parcours d'aide et de soins au-delà des frontières établissement - domicile. En revanche, il n'inclut pas de services au sein de l'Ehpad destinés aux non-résidents. Pour cela, il faudrait combiner la logique in et out. Il peut ainsi inclure une offre de relaiage à domicile mais pas une maison des aidants, qui relèverait elle d'une logique in.

LES SERVICES D'UN EHPAD PLATEFORME SELON LA LOGIQUE IN ET OUT

En croisant les différentes expérimentations, les propositions issues de nos auditions et des contributions qui nous sont parvenues, une liste de services assez complète, sans prétendre à l'exhaustivité, peut être établie et présentée selon les logiques in et out. Il ne s'agit pas de définir un modèle type mais de montrer l'éventail des services à partir duquel chaque plateforme va composer son offre globale en fonction de sa logique de déploiement : in, out ou les deux à la fois.



**EHPAD
DU FUTUR**

Chantier n°3 : rendre possible l'ehpad plateforme



Usage des outils numériques

IN : Accès depuis l'Ehpad à une gamme complète de produits et de services digitaux visant la prévention, la sécurité et la facilitation de la vie sociale, ateliers d'accompagnement des personnes âgées à l'usage de ces technologies

OUT : Offre à domicile d'une gamme complète de produits et de services digitaux visant la prévention, la sécurité et la facilitation de la vie sociale, accompagnement à domicile des personnes âgées à l'usage de ces technologies



Hébergement temporaire

IN : Dans l'Ehpad, en cas d'urgence, de fin de vie ou de besoin de répit de l'aidant



Repas, nutrition

IN : Ateliers de prévention de la dénutrition, prise de repas au sein de l'Ehpad

OUT : Aide à la prise de repas, livraison de repas, prévention de la dénutrition à domicile



Sécurisation

IN : Ateliers de prévention des risques de chute au sein de l'Ehpad, point d'information et de mise en relation sur l'offre de sécurisation, y compris technologique

OUT : Aménagement du domicile, lit médicalisé, domotique, objets connectés, téléassistance, 24h/24, 7j/7



Télémédecine

IN : Accessible au sein de l'Ehpad pour les personnes âgées du territoire

OUT : Accès à la télémédecine pour les personnes âgées du territoire depuis leur domicile



Soutien aux proches aidants

IN : Plateforme de répit, accompagnement, ateliers, entretiens psychologiques

OUT : Relayage, garde itinérante de nuit

Accès aux intervenants tiers de l'Ehpad

IN : Kinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute, laboratoire, pharmacie au sein de l'Ehpad

OUT : Kinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute, livraison de médicaments à domicile



Vie sociale et lutte contre l'isolement

IN : Activités culturelles et de loisirs au sein de l'Ehpad

OUT : Activités culturelles et de loisirs hors de l'Ehpad



Blanchisserie

IN : Accessible au sein de l'Ehpad pour les personnes âgées du territoire

OUT : Collecte et livraison à domicile de linge blanchi et repassé



Aide à domicile

OUT : Service d'auxiliaire de vie, entretien du domicile, du linge et de l'environnement de la personne âgée



Soins à domicile

OUT : Intervention hors les murs et jusqu'au domicile du médecin coordonnateur, de l'infirmière coordinatrice et des aides-soignantes, actes de soins infirmiers, toilette médicalisée



Centre d'information et d'orientation des personnes âgées

IN : Au sein de l'Ehpad, accessible physiquement et à distance pour les personnes âgées du territoire et leurs familles



Mobilité

IN : Service de transport adapté accessible depuis l'Ehpad

OUT : Service de transport adapté accessible depuis le domicile



Prévention des fragilités

IN : Ateliers de prévention, activité physique adaptée au sein de l'Ehpad

OUT : Adaptation de l'habitat, activité physique adaptée à domicile

EHPAD
plateforme



QUELS SERVICES DÉVELOPPER PRIORITAIREMENT ?

La présentation précédente n'épuise pas le champ des possibles. Et comme le principe c'est l'innovation, les opérateurs doivent pouvoir rivaliser d'innovativité pour proposer de nouveaux services. Dans le même temps, quelques priorités peuvent être établies. Nous l'avons fait en interrogeant directement des directeurs d'Ehpad (voir encadré). Il en ressort principalement trois éléments.

1) Les directeurs sont prêts à étoffer leur offre dans un esprit d'Ehpad plateforme. Et ce tant dans une logique in : 100% des répondants sont prêts à

accueillir des riverains âgés pour déjeuner ou pour assister à des activités à l'intérieur de l'Ehpad, que dans une logique out : 95% des directeurs seraient prêts à livrer des repas à domicile.

2) Les activités qui arrivent en tête des souhaits des directeurs sont les suivantes :

1. Prévention des fragilités
2. Actes de soins avec continuum 24h/24, 7j/7
3. Restauration
4. Centre d'information et d'orientation pour usagers
5. Plateforme de répit pour proches aidants

Soins et fragilités, les priorités sont mises sur le cœur des métiers des Ehpad, qui gagneraient donc



Ce qu'en disent les directeurs

(Résultat du questionnaire en ligne)

Imaginez-vous votre Ehpad préparer des repas livrés à domicile ?

Pour 95% des répondants : la réponse est OUI.

Votre Ehpad pourrait-il être un lieu d'accueil où les riverains âgés viendraient régulièrement pour déjeuner, assister aux animations culturelles et/ou physiques ?

Pour 100% des répondants : la réponse est OUI.

Oui bien sûr, et pourquoi pas imaginer que des leçons de musique ou des répétitions du conservatoire se tiennent au sein d'un espace disponible de l'EHPAD ?

Un grand oui, en veillant à ce que les échanges entre résidents et personnes extérieures aient bien lieu.

Les espaces fonciers permettent de tout envisager sur le site pour y construire l'EHPAD du futur. Pourquoi pas avec une école des métiers des EHPAD du futur ?

Si demain, était ouverte la possibilité que vous puissiez déployer de telles activités annexes, quels types de prestations voudriez-vous privilégier ? (Top 5 retenu)

Pour 100% des répondants : la réponse est OUI.

- Prévention des fragilités
- Continuum 24h/24 /7j/7 - Actes de soins
- Restauration
- Centre d'information et d'orientation pour les usagers
- Plateforme de répit pour les proches aidants (détente, partage, information, formation, mise en réseaux, évaluation charge psychologique et soutien,...)

à toucher un public plus large. La fonction restauration a vocation aussi à devenir un service socle de l'Ehpad plateforme. Et la présence territoriale s'étendrait en amont des prestations, via l'information et l'orientation des usagers, et au-delà du public âgé en soutenant également les aidants.

3) Les directeurs pensent spontanément à des services bénéficiant à un large public : cours de musique, répétitions du conservatoire, formations aux métiers du grand âge... ce qui montre que l'Ehpad plateforme ne doit pas être un concept figé mais évolutif incluant cette possibilité de s'adresser à une grande pluralité d'acteurs du territoire et non seulement au secteur sanitaire ou médico-social.

Un équilibre est à trouver entre la libre initiative locale qui permet d'innover en permanence et le socle de services obligatoires permettant de rentrer dans un dispositif un tant soit peu homogène au niveau national et juridiquement cadré comme tel. Un point de vue que Séverine Laboue, directrice de l'hôpital de Loos-Haubourdin, membre du bureau de la FHF, résumait ainsi dans un des groupes de travail préparatoires au présent rapport « *ces projets sont très territoire dépendants car nous n'avons pas partout les mêmes acteurs, il faut donc être ouverts sur le fondement de la plateforme ; en revanche du point de vue des usagers, les différences entre les territoires dans la lisibilité et l'accès aux droits ne seraient pas compréhensibles* ».

QUEL IMPACT SUR L'ORGANISATION ?

La capacité à construire une telle offre repose sur des évolutions organisationnelles notables. Chaque projet étant sensiblement différent, il n'est pas possible de présenter une organisation type. Toutefois, plusieurs fonctions ou points clés présents dans les différents dispositifs peuvent être mis en évidence.

Premier constat général, la fonction coordination et les temps qui sont associés sont des éléments particulièrement forts. Ils sont à prendre en compte comme investissements, dans le coût du dispositif, mais ils constituent aussi, et les deux sont liés, un élément important de la plus-value amenée par

l'Ehpad plateforme. Une fonction de coordination qui doit aussi être soutenue par des outils numériques performants.

Le poste de gestionnaire de cas ou de référent de parcours est consubstantiel à l'Ehpad plateforme, dont le principe est de partir d'une situation individuelle et de construire une offre composite répondant à des besoins particuliers. Le référent de parcours est donc l'interlocuteur privilégié de la personne accompagnée. Après avoir analysé sa situation singulière et construit son projet personnalisé, il compose le bouquet d'offre correspondant, s'assure de la mise en place effective des prestations, de leur bonne articulation et de leur suivi.

Les professionnels de santé intervenant en Ehpad, notamment le médecin coordonnateur, verront leurs missions étendues aux bénéficiaires non-résidents. Leurs services pourront être accessibles au sein de l'Ehpad (version in), au domicile des particuliers (version out) ou via des téléconsultations. La montée en puissance des plateformes impliquera une augmentation du temps de travail de ces professionnels de santé, confirmant le développement de la médicalisation des accompagnements.

La coordination générale et systémique entre les établissements et services revient à la direction de l'établissement, qui sera garante de la qualité des partenariats et coopérations avec les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire, du bon fonctionnement de la plateforme, de sa montée en puissance. Des fonctions qui relèvent déjà de leurs attributions mais qui ont vocation à occuper une plus grande partie de leur temps de travail.



QUEL CADRE JURIDIQUE POUR GÉNÉRALISER CE MODÈLE ?

Afin de pouvoir se généraliser, l'Ehpad plateforme doit rentrer dans le droit commun et non plus relever d'exceptions et d'expérimentations. Il faut donc en définir le cadre réglementaire avec un double objectif : créer un ensemble de règles suffisamment claires et incitatives pour permettre le développement à grande échelle, sans pour autant standardiser l'offre afin de ne pas freiner l'innovation ni l'adaptation aux besoins locaux. Ce cadre règlementaire peut s'appuyer sur cinq principes fondamentaux.

PRINCIPE N°1 :

PERMETTRE À UNE PLURALITÉ D'ESSMS DE DEVENIR PLATEFORME

Qui peut juridiquement devenir une plateforme ? Les Ehpad à l'évidence, mais faut-il leur réserver cette possibilité de façon exclusive ? A priori, rien ne le justifierait, l'objectif étant de faciliter l'avènement du dispositif et non de le restreindre. Le droit doit donc permettre à un ensemble d'ESSMS relevant de l'aide et du soin aux personnes âgées de fonctionner en mode plateforme. Le principe serait de partir des ESSMS existants et non de créer une nouvelle catégorie d'ESSMS. Cela clarifierait le fait que la plateforme n'est pas un établissement ou service en soi, mais une nouvelle façon de fonctionner, un nouveau mode opératoire. On évite ainsi de rajouter une nouvelle strate administrative d'ESSMS tout en affirmant la philosophie de la plateforme.

Cette idée est conforme avec les orientations émanant de nos groupes de travail. Elle ne rejoint toutefois pas la proposition n° 46 du rapport Libault selon laquelle il faudrait « créer un nouveau type d'établissement social et médico-social baptisé établissement territorial ». En revanche, le reste de cette proposition du rapport de la Concertation grand âge et autonomie, notamment le fait de délivrer à ce type d'établissement « une autorisation et un financement global pour délivrer une palette de services et constituer ainsi des centres de ressources du grand âge », correspond tout à fait à ce que nous développons ici.

Nous pouvons également rajouter l'option où plusieurs ESSMS décident ensemble de créer une plateforme, qui aurait donc plusieurs porteurs. Pour rester dans la logique précédente, ils n'auraient toujours pas besoin de créer un nouvel établissement mais une simple unité de gestion pour porter administrativement la plateforme. Juridiquement, il faut inscrire la possibilité au CASF qu'un ou plusieurs ESSMS puissent se constituer en plateforme, en précisant les ESSMS éligibles et les services qu'il est possible de réaliser dans ce cadre. Cela nécessite aussi une réflexion sur une nouvelle forme d'autorisation à leur accorder.

PRINCIPE N°2 :

OPTER POUR UNE AUTORISATION UNIQUE MULTI-MODALE

Quel est le bon système de fonctionnement d'une plateforme ? Le « multi-modal » paraît être le plus adapté. De quoi s'agit-il ? C'est un fonctionnement qui permet à un seul établissement d'utiliser plusieurs modalités pour réaliser ses services. C'est-à-dire qu'un ESSMS pourrait effectuer des prestations de services relevant de différents modes : hébergement, soins ou services à domicile sans avoir à demander plusieurs autorisations.

Et il se trouve que ce système dispose déjà d'une première traduction législative. Il s'agit de l'article 91 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de « modernisation de notre système de santé ». Cet article concerne le champ du handicap, plus précisément les ITEP (instituts thérapeutiques éduca-

tifs et pédagogiques). Ils peuvent fonctionner en « multi-modal » également appelé « dispositif intégré ». Concrètement, pour chaque enfant pris en charge, il est possible de mobiliser des modalités d'accompagnement diverses, en établissement ou à domicile, proposées par une seule structure ou par des structures distinctes, relevant d'un même gestionnaire ou de gestionnaires différents. De nombreuses possibilités ouvertes pour une seule finalité : proposer un accompagnement global à l'utilisateur à partir d'un référent unique. Le fonctionnement de ce dispositif, fixé par le décret du 24 avril 2017, repose ainsi sur le suivi de chaque bénéficiaire par un référent de parcours. Ce fonctionnement, quand il repose sur plusieurs établissements ou services, requiert la mise en place d'une unité de gestion permettant le versement d'une dotation commune fixée dans le cadre d'un CPOM.

Un tel système demande donc une réforme du système actuel d'autorisation où chaque catégorie de service doit disposer de son autorisation, pour passer à une autorisation unique permettant de mobiliser différentes modalités d'accompagnement de la personne âgée.

PRINCIPE N°3 : DISPENSER DE LA PROCÉDURE D'APPEL À PROJET

La procédure d'appel à projets est limitative. Elle correspond à une régulation administrative et descendante alors qu'il faut favoriser la prise d'initiative, faciliter l'innovation et donner aux opérateurs la possibilité d'être force de propositions pour construire l'offre de demain sur leur territoire.

D'un point de vue législatif, un premier pas a été franchi avec la loi « Ma Santé 2022 » du 24 juillet 2019. En effet, son article 61 prévoit d'exonérer de la procédure d'appel à projet ceux qui concernent des transformations d'établissements ou services ne comportant pas de modification de la catégorie des bénéficiaires, ainsi que ceux comportant une modification de la catégorie des bénéficiaires si l'établissement ou service conclut un CPOM. Nous reviendrons sur la pertinence de l'outil CPOM, mais la logique est bien celle que nous souhaitons

donner à l'Ehpad plateforme. Celui-ci se constituerait en effet par transformation d'un ESSMS existant, sans modification de la catégorie de bénéficiaires, et solliciterait une autorisation globale pour exercer en multi-modal, sans passer par la case appel à projet. Une telle démarche n'empêchera pas le contrôle réglementaire puisqu'il y aura bien une autorisation, ni la maîtrise budgétaire globale et par territoire à travers la définition d'enveloppes nationales et régionales.

Jean-Christophe Sovrano, directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie à la FEHAP, expliquait ainsi dans nos groupes de travail « *il faut dépasser la notion d'autorisation, l'assouplir, comme il y a eu des assouplissements dans le cadre de l'urgence sanitaire, il faut restaurer un climat de confiance quitte à ne plus raisonner par type d'ESSMS, comme le fait le CASF* ». C'est également le sens de la contribution écrite de la FEHAP, que nous reprenons volontiers, et qui propose que l'autorisation soit une autorisation unique pour l'ensemble des services de la plateforme et fonctionne en file active.

PRINCIPE N°4 : RAISONNER EN FILE ACTIVE

Dès lors que l'autorisation est unique et multi-modale, il faut raisonner en nombre de personnes bénéficiant globalement de l'Ehpad plateforme sous une modalité ou sous une autre. Il devient impossible de mesurer un taux d'occupation, puisque certaines personnes bénéficieront d'hébergement, par exemple, et d'autres d'accompagnement à domicile. C'est la raison pour laquelle il faut raisonner en file active, c'est-à-dire en nombre de personnes pouvant être accueillies en même temps dans le dispositif quelle que soit la modalité d'accompagnement. Si la plateforme compte 30 places par exemple, les 30 personnes dans la file active peuvent non seulement être accueillies sous différentes modalités, mais également passer d'une modalité à une autre. C'est tout l'intérêt du dispositif de fonctionner de façon souple et fluide, avec des prestations modulables en fonction de chaque plateforme, de chaque territoire et de chaque projet de vie des personnes accompagnées.



PRINCIPE N°5 :

CONSTRUIRE UN SYSTÈME DE TARIFICATION GLOBALE ADAPTÉE

A innovation de services, innovation tarifaire. A partir du moment où l'accompagnement est proposé de façon globale et multi-modale, il est difficile d'imaginer une tarification à l'heure ou à l'acte. La tarification globale apparaît donc indispensable et doit correspondre à un montant annuel par place en file active. C'est d'ailleurs ainsi que sont financées la plupart des expérimentations.

Doit-il s'agir de financements entièrement nouveaux ou de financements intégrant ceux dont bénéficient déjà les établissements et services constitutifs de la plateforme ? Cela dépend de ce que l'on souhaite financer. Pour un accompagnement global, les montants annuels par place vont de 10.000 à 12.000 €, montants qui peuvent être modulés en fonction du niveau d'accompagnement et du bouquet de services consommé. S'il s'agit de financer la coordination et le référent de parcours, nous sommes plutôt dans l'ordre de 2.000 € par an. Dans tous les cas de figure, l'idéal est d'avoir une seule dotation versée à l'établissement porteur, charge à lui de répartir cette dotation entre les différents établissements et services contributeurs de la plateforme.

***A partir du moment
où l'accompagnement
est proposé de façon
globale et multi-
modale, il est difficile
d'imaginer une
tarification à l'heure
ou à l'acte.***

L'outil CPOM peut s'avérer pertinent pour fixer les objectifs et les moyens assignés à la plateforme, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation du dispositif. Mais il reste un outil de contractualisation très dépendant de la volonté politique des pouvoirs publics territoriaux. Chaque ARS et chaque Conseil départemental doivent non seulement décider de le mettre en œuvre sur un dispositif type plateforme, mais également de coopérer entre eux pour signer un CPOM multi-partites correspondant aux différentes activités de la plateforme. Une complexité de plus alors que l'on recherche la simplification. Un risque d'hétérogénéité territorial majeur alors que l'on détermine les conditions facilitant un déploiement national relativement homogène. Sans écarter l'outil CPOM, qui peut donc avoir son utilité dans le financement de l'Ehpad plateforme, il ne paraît pas pertinent de miser sur lui comme levier majeur de développement et encore moins de le rendre obligatoire pour ce nouveau dispositif.

I L'INSCRIPTION AU CASF

Sur la base de ces principes, un article nouveau du CASF peut être proposé. Il devra :

- Définir et cadrer la possibilité pour des ESSMS existants de se constituer en plateforme sans passer par un appel à projet
- Expliciter l'autorisation unique multi-modale avec un nombre de bénéficiaires en file active
- Sanctuariser la tarification globale, avec CPOM possible mais facultatif

L'article renverrait à un cahier des charges, défini par décret, qui préciserait la liste de services permettant d'être considéré comme une plateforme et comporterait certaines exigences sur le niveau de qualification, d'organisation et d'encadrement attendu.

A partir d'une proposition de Jean-Pierre Hardy, directeur à la stratégie et aux finances chez France Horizon, qui y a inclus le champ du handicap, et après l'avoir retravaillée pour y insérer les éléments ci-dessus, l'article pourrait être rédigé comme suit.

Il est inséré après l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, une section I bis ainsi rédigée :

« Section I bis : Plateformes territorialisées de services pour les adultes en situation de handicap et les personnes âgées en perte d'autonomie

Article L. 312-1-1

I- Un ou plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du 6°, 7° et 11° du I de l'article L. 312-1, des centres de répit mentionnés au VI dudit article L.312-1, des dispositifs mentionnés aux articles L.312-7-1 [RAPT- réponses accompagnées pour tous], L.313-3 [MAIA], L.314-1-1 à L.114-3 [GEM], L.281-1[« Habitat inclusif »], des résidences sociales, des résidences services et des formules d'hébergement et de logement relevant du code de la construction et de l'habitat peuvent se transformer ou se regrouper en plateformes de services, soit pour des adultes en situation de handicap, soit pour des personnes âgées en perte d'autonomie, ou encore pour les deux publics susmentionnés.

Ces plateformes coopératives de services visent prioritairement à assurer la cohérence et la continuité des parcours de soins et des parcours résidentiels dans le cadre des parcours de vie.

Les créations, les extensions, les transformations de ces plateformes de services ne sont pas soumises à la procédure d'appels à projets prévue à l'article L. 313-1-1.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant des 6° et 7° de l'article L. 312-1 qui intègrent la plateforme de services, restent autorisés pour la durée prévue à l'article L. 313-1.

II. La délimitation, l'organisation et le financement de ces plateformes coopératives de services font l'objet d'une autorisation valant mandatement, unique pour l'ensemble des services réalisés, comportant un nombre maximum de bénéficiaires en file active.

Le financement a lieu par tarification globale annuelle par place en file active après dialogue de gestion entre les services constitutifs de la plateforme et la ou les autorités de tarification.

L'autorisation précise les actions de coopération nécessaires, notamment les actions relatives à la prévention de l'isolement social et à l'aggravation de la perte d'autonomie, qui seront menées par la plateforme ou en partenariat avec d'autres organismes.

L'évaluation prévue à l'article L. 312-8 est commune à l'ensemble de la plateforme de services.

Ces éléments peuvent être contractualisés sous forme de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens [CPOM].

III. Un décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement pris en application du II de l'article L. 312-1 précise la liste des prestations pouvant être réalisées dans ce cadre, les droits et obligations des différents établissements et services composant la plateforme, notamment en matière de droits des personnes et de sécurité, relevant du présent code et ceux relevant du code de la construction et de l'habitation et du code de la consommation.



SYNTHÈSE

3 ORIENTATIONS ET/OU PROPOSITIONS

1. **Amender dès le projet de loi Grand Âge ou le PLFSS pour 2022 l'article L. 312-1-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles pour rendre possible l'Ehpad plateforme**

Cet amendement permet qu'un Ehpad plateforme soit soumis à une seule autorisation et non pas comme aujourd'hui à autant d'autorisations que de types de service.

2. **Supprimer les appels à projets pour les projets d'Ehpad plateforme**

L'appel à projet est incompatible avec l'Ehpad plateforme puisque dans un tel scénario le périmètre d'action est déterminé par l'opérateur et non par la puissance publique

3. **Réformer le système de tarification pour rendre effectif l'Ehpad plateforme**

Un tel système ne peut évidemment être financé dans le cadre des règles actuelles (tarification horaire pour les Saad, tarification ternaire pour la partie Ehpad, tarification à l'acte pour les consultations gériatriques vers l'extérieur etc...). Il faut donc mettre en place une tarification globale via un CPOM qui prenne en compte l'ensemble des activités proposées par l'Ehpad plateforme.



ANNEXE 1

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Auditions transversales (individuelles ou groupées)

- **Florence ARNAIZ MAUME**, déléguée générale du SYNERPA
- **Marc BOURQUIN**, conseiller stratégie de la FHF
- **Benoit CALMELS**, délégué général de l'UNCCAS
- **Stéphane CORBIN**, directeur adjoint de la CNSA
- **Gaël HILLERET**, directeur des ESMS à la CNSA
- **Didier SAPY**, directeur de la FNAQPA
- **Jean-Christian SOVRANO**, directeur de l'autonomie de la FEHAP
- **Anabelle VEQUES**, directrice de la FNADEPA

Chantier 1 / Faire des « résidents accueillis » d'hier les « habitants acteurs » de demain

- Audition individuelle de **Fabrice GZIL**, chercheur au sein de l'Espace éthique d'Ile-de-France

Rythme de vie et intimité : Comment mettre enfin l'organisation au service de la personne ?

- **Sabrina ALBAYRAK**, CEO d'Arbitryum
- **Vivianne CHABBERT**, déléguée générale et **Marie-Cécile BRIDIER**, secrétaire générale, MBV
- **Alice CASAGRANDE**, directrice formation, innovation et vie associative, FEHAP
- **Marie-Françoise FUCHS**, présidente d'honneur de l'association Old'up
- **Jean-Marie GOMAS**, gériatre
- **Bernard HERVY**, président du Groupement des animateurs en Gériatologie
- **Isabelle HOULES**, responsable qualité médico-social, ORPEA
- **Christiane JEAN-BART**, cheffe du service recommandations à la HAS
- **Karine LEFEUVRE**, vice-présidente du CCNE
- **Anne-Laure LE PAGE**, chef de service parcours et transformation de l'offre, CD de la Manche
- **Florence MATHIEU**, fondatrice d'AINA
- **Gilles SPANIER**, directeur des opérations, Maisons de Famille
- **Mathilde TRO**, directrice des accompagnements non médicamenteux, Korian
- **Annie DE VIVIE**, responsable formations Humanitude

Participation démocratique et consentement : faut-il tout révolutionner pour avancer ?

- **Alain BERARD**, DGA et **Christine TABUENCA**, DG de la Fondation Médéric Alzheimer
- **Kevin CHARRAS**, directeur du Living Lab Vieillissement et Vulnérabilités
- **Sylvie DUPONT**, conseillère technique soins handicap dépendance, Fondation Armée du Salut
- **Colette EYNARD**, consultante en gérontologie
- **Jean-Marie GOMAS**, gériatre
- **Eric KARIGER**, directeur Médical, Gériatre Maisons de Famille France
- **Séverine LABOUE**, directrice du Groupe hospitalier Loos Haubourdin
- **Cécile LAGARDE**, chef de projet scientifique, HAS
- **Aude LETTY**, déléguée générale de la Fondation Korian
- **Catherine OLLIVET**, présidente du Conseil d'Orientation de l'Espace de réflexion éthique IDF
- **Bernard PRADINES**, gériatre
- **Armelle SALPIN**, proche d'un résident, présidente d'un CVS
- **Mathilde TRO**, directrice des accompagnements non médicamenteux, Korian

Chantier 2 / Repenser l'architecture et les espaces des Ehpad

Comment optimiser le process de conception pour repenser les espaces ?

- **Fany CÉRÈSE**, architecte - Atelier AA
- **Régine CHARVET PELLO**, experte en design sensoriel, DG de RCP et Certesens
- **Gilbert CLUSE**, directeur travaux ORPEA France
- **Laetitia GIUBBI**, pour DLM Créations
- **Florence MATHIEU**, experte en design thinking, fondatrice d'AINA
- **Isabelle MENDEZ**, directrice de développement, Maisons de Famille
- **Jean-Philippe SABATHER**, ergonomiste, spécialiste Prévention des Risques Professionnels
- **Didier SALON**, architecte - DSA

Quel bâti pour accueillir la personne âgée chez elle ?

- **Fany CÉRÈSE**, architecte - Atelier AA
- **Didier CORNILLIAT**, architecte et responsable Conseil & Etudes chez Gerontim
- **Laetitia GIUBBI**, pour DLM Création
- **Florence MATHIEU**, experte en design thinking, fondatrice d'AINA
- **Isabelle MENDEZ**, directrice de développement, Maisons de Famille
- **Pascale RICHTER**, architecte, Richter Architectes et associés

Focus sur l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés

- **Didier CORNILLIAT**, architecte et responsable Conseil & Etudes chez Gerontim
- **Françoise GAUCHARD ROBIN**, directrice territoriale Nord-Ouest, Fondation Partage et Vie
- **Pascale RICHTER**, architecte, Richter Architectes et associés
- **Virginie SABIN**, architecte, Nomades architectes
- **Anne-Sophie SAINTE CLUQUE**, directrice des Opérations, Maisons de Famille
- **Gilles SPANIER**, directeur des opérations, Groupe SOS Seniors
- **Mathilde TRO**, directrice des accompagnements non médicamenteux, Korian

Bâti et numérique : quelles opportunités à saisir et quels pièges à éviter ?

- **Cécile DOLBEAU-BANDIN**, enseignante chercheuse, membre de l'IERHR
- **Nicolas MENET**, directeur général de Silver Valley
- **Florence MATHIEU**, experte en design et fondatrice d'AINA
- **Bertrand RUAUD**, ingénieur maintenance et travaux au Resah
- **Cyril MOUTON**, directeur Finance – SI Maisons de Famille France
- **Louise WOLF**, directrice adjointe des opérations, SOS Seniors

L'Ehpad vert : c'est pour aujourd'hui ou pour demain ?

- **Elodie LLOBET**, directrice du cabinet d'études Generacio
- **Aurélien AULAGNON**, consultante en gérontologie
- **Didier SALON**, architecte, DSA
- **Morgane LE BAIL**, en charge des sujets RSE au Resah
- **Annabelle BILLY**, direction de l'immobilier, Korian
- **Anne-Sophie SAINTE CLUQUE**, directrice des Opérations, Maisons de Famille
- **Louise WOLF**, directrice adjointe des opérations, SOS Seniors

Chantier 3 / Rendre l'Ehpad plateforme possible

- Audition individuelle de **Christian KULIBANOV**, responsable du département de l'offre médico-sociale au sein de la Mutualité Sociale Agricole (MSA)

Quels retours d'expériences des projets existants ?

- **Audrey BOUCHAUD**, pour La Croix Rouge Française (Ehpadadom)
- **Edward DE GOURSAC, Remi LOCQUET, Anne-Sophie LOPEZ et Maurice MATHIAS**, pour HSTV
- **Romain DEL GROSSO**, pour SOS Seniors (Projet senior Connect)
- **Thierry HAAS, Nabila MHAOUNE et Véronique VINCONNEAU** pour ORPEA
- **Claude JEANDEL**, pour la Fondation Partage et Vie (M@do)
- **Kristell MOLINA**, DRH Maisons de Famille France

Quelles nouvelles offres créer ? Et quelle organisation mettre en place pour y parvenir ?

- **Elodie ALBEROLA**, directrice d'études et de recherche au CREDOC
- **Guilhem BIANCARELLI**, directeur du développement au RESAH
- **Johan GIRARD**, délégué national aux personnes âgées, Croix-Rouge française
- **Ludovic GUILLAUME**, directeur du développement, **Nathalie KLEIMANN**, directrice Offre Client, et **Veronique VINCONNEAU**, responsable du Département Relations ESMS, ORPEA
- **Jean-Pierre HARDY**, directeur stratégie France Horizon
- **Séverine LABOUE**, directrice du GHLH
- **Cédric LACRESSE**, directeur, Groupe SOS Seniors
- **Cécile LAGARDE et Aissatou SOW**, cheffes de projet scientifique HAS
- **Nzathe MAAZOUZ**, conseillère domicile PA, FEHAP
- **Delphine MAINGUY**, directeur Général Maisons de Famille France
- **Laure MERLY**, directrice des Affaires Publiques, Korian
- **Claude MONTUY**, directeur filière médico-sociale, Aesio Santé
- **Vincent VINCENTELLI**, responsable réglementation sectorielle, UNA

Quelles évolutions réglementaires et tarifaires prévoir pour sauter le pas ?

- **Ludovic GUILLAUME**, directeur du développement, et **Véronique VINCONNEAU**, responsable du Département Relations ESMS, ORPEA
- **Séverine LABOUE**, directrice du Groupe hospitalier Loos Haubourdin
- **Anne-Laure LE PAGE**, responsable service transformation de l'offre, CD de la Manche.
- **Laure MERLY**, directrice des Affaires Publiques, Korian
- **Cyril MOUTON**, directrice Finance/SI, Maisons de Famille
- **Jean-Christian SOVRANO**, directeur de l'autonomie de la FEHAP
- **Vincent VINCENNELI**, responsable réglementation sectorielle, UNA

ANNEXE 2

CONTRIBUTIONS LIBRES



- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Arpavie – Caisse des Dépôts • Aurélien AULAGNON, consultante en gérontologie • Franck BOCOIGNANO, directeur de la résidence les Jardins de Flore • Sylvie BOUDOT, directrice générale de Onze Plus • Muriel BRAJON, directrice de l'Ehpad Yves Couzy • Alain BRUNEL, ingénieur conseil CARSAT Sud-Est, référent «Aide et Soins à la personne» • Solenne BRUGERE, avocate, b Ethics • Lise BURGADE, experte en stratégie d'innovation et de transformation par le design dans le secteur santé social, Directrice Open Communities • Fanny CERESSE & Colette EYNARD, respectivement consultante en gérontologie sociale et architecte • Thierry DEMAY, directeur d'Ehpad • Frédéric DIB et Cécilia MALDONADO, respectivement Président et consultante en affaires publiques et communication d'influence, Mozaic Asset Management • Sylvie DUPONT, directrice adjointe de programmes Jeunesse-Handicap-Dépendance à la Fondation de l'Armée du Salut • Roland FARDEL, médecin généraliste en retraite | <ul style="list-style-type: none"> • France Alzheimer • Gilbert FRANGEUL, directeur d'Ehpad, évaluateur externe, Vice-président de l'association des directeurs d'établissements privés non lucratifs d'Ille-et-Vilaine. • Jean-Pierre HARDY, directeur de la stratégie et aux finances, France Horizon • Arnaud LAFRAGETTE, résidence du Pays Capdenacois • Joëlle LE GALL, présidente de la fédération bretonne BVE.BZH • Jean-Pierre OGUS, président de Simplifions services • Bernard PRADINES, gériatre • Didier SALON, architecte • Dominique THIERRY, président d'ADELIS • Jean-Marie VETEL, gérontologue • Annie DE VIVIE, gérontologue, fondatrice d'Agevillage.com et directrice des formations Humanitude • Charles-Edouard WATINE, business developer chez Cutii |
|---|--|

ANNEXE 3

CONTRIBUTIONS PAR QUESTIONNAIRES

Tout au long de la mission « Ehpap du futur », tous ceux qui le souhaitent avaient l'opportunité de répondre aux questionnaires en ligne lancés sur les trois chantiers.



Chantier 1

- **AG&D Montessori Lifestyle**
- **Isabelle ANACHE**, gériatre, médecin coordonnateur
- **Catherine AUBERTOT**, directrice d'Ehpap
- **Jacques BARDIOT**, médecin coordonnateur, conseiller municipal et responsable de la démarche RFVAA dans sa commune
- **Franck BOCOgnANO**, gérant des Jardins de Flore
- **Laurence BRAY**, directrice Ehpap et SSIAD
- **Sylvie BRETON**, directrice association accueil personnes âgées
- **Rosalie BRIEF**, ergothérapeute à l'association Clairefontaine
- **Sophia BROUDISCOU**, directrice d'Ehpap par intérim
- **Sylvie BUTON**, directrice de l'Ehpap Résidence la Grand Pré, Groupe ACPPA
- **Richard CLAVERIE**, président du groupe MONTANA
- **Sébastien CORBEAU**, secrétaire général de Simplifions Services
- **Isabelle COULOMB**, directrice de l'Ehpap Les Parentèles de Reims
- **Edward DE GOURSAC**, directeur stratégie et relation usager, HSTV
- **Mickaël DEMAISON**, directeur d'Ehpap
- **Fabienne DEPLANTE**, directrice d'Ehpap, Mutualité Française d'Isère
- **Françoise DESIMPEL**, directrice de l'Ehpap public Résidence du Parc (51)
- **Directeur** (anonyme)
- **Arnaud DUPUIS**, directeur de l'Ehpap de Charly dur Marne
- **Yannick EON**, docteur, conseiller médical à la CNSA
- **Roland FARDEL**, médecin généraliste en retraite
- **Ana GERALDES**, directrice de l'Ehpap Saint Joseph
- **Pascal GIRARDET**, directeur de l'Ehpap MFC 25000
- **Béatrice GOURDOU-BOUE**, directrice générale EHPAS Sainte Marie
- **Stéphanie GUILLEMIN**, directrice d'Ehpap
- **Patrice GUIRA**, médecin coordonnateur
- **Béatrice HEMON**, Directrice d'association SAD AADPR
- **Catherine JACQUEMOUD**, directrice de l'Ehpap Le Grand Chêne
- **Suzette KANOR**, cadre de santé, responsable de l'Ehpap du Centre Hospitalier du Marin
- **Marie-Laure LACAZE**, directrice de l'Ehpap Osteys, Association Saint Joseph Seniors
- **Arnaud LAFRAGETTE**, directeur adjoint de l'Ehpap Résidence du Pays Capdenacois

- **Rachel LE BORGNE**, directrice d'Ehpad
- **Laura LE NEURES**, psychologue à l'Ehpad Ster Glas
- **Stéphane LEPLAND**, directeur d'Ehpad
- **Marie-Françoise LHOTELLIER**, cadre supérieur de santé, évaluatrice externe ESSMS
- **Evelyne MARION**
- **Nadine MARTINEAU**, à la direction Recherche, Innovation, Transformation de l'offre
- **Anne MAURICE**
- **Véronique MIGEON BONNAUD**, directrice de l'Ehpad Maison de la Sainte Famille, Association Bois et Brière
- **Fabienne NOE**, Directrice de l'Ehpad Le Berceau
- **Elisabeth PAGIN**, directrice d'Ehpad, Orpéa
- **Annie PARENT**, médecin coordonnateur

Chantier 2

- **Michel AGAËSSE**, retraité
- **Isabelle ANACHE**, gériatre
- **Gilles BARTHES**, médecin coordonnateur à l'Ehpad de Maiche
- **Natacha BAVIERA**, directrice ESMS
- **Adam BEN BRAHIM**, gérant de Harmony Domicile
- **Valerie BIDENNE**, directrice d'Ehpad
- **Fanny BIHOREAU**, directrice d'Ehpad, La Croix Rouge Russe
- **Florence BOUCHER**, infirmière coordinatrice en Ehpad
- **Anne-Astrid BRASSEUR**, médecin coordonnateur à l'Ehpad Les Iliade
- **Sylvie BUTON**, directrice de la Résidence Le Grand Pré, Groupe ACPA
- **Gaël CAMBIS**, directeur de l'Ehpad Villa Tchanquée, Logea Arcachon
- **Luciana CASTRO**, enseignant-chercheur en innovation à ESIEE Paris, Université Gustave Eiffel

- **Yves PEYRON**, de l'Association Temps de Vie
- **Christine RAMPILLON**, élue municipale et vice-présidente de CCAS
- **Jacques RASTOUL**, du réseau inter-CVS 91
- **Yann REBOULLEAU**, président du Groupe Philogeris
- **Antoine RENAUDIN**, directeur de la maison de retraite Saint Joseph
- **Frédéric SANANES**, directeur d'Ehpad
- **Caroline SEMPE**, directrice de l'Ehpad Les Balcons du Lac
- **Sandie SOCKEEL-LAGARDE**, directrice d'Ehpad, Association d'Entraide Saint Paul
- **Gilles SPANIER**, directeur des opérations du Groupe SOS Seniors
- **Karine TAREAU**, directrice de l'Ehpad Marie-Olga Ancet de la Fondation Partage et Vie
- **Florence VICHY**, directrice d'Ehpad
- **Daniel WALTHER**, chef de marchés médicaux-sociaux

- **Beatrice CHAMBON**, gérante OMR
- **Jean-Marie CLOVIS**, directeur, ASAMAD
- **Laetitia COLOM**, responsable de l'Ehpad Larrazkena
- **Xavier CORMARY**, orthophoniste expert des troubles de la déglutition
- **Hervé COULOMBEL**, gérant de Sonar Architectes
- **Thierry DEMAY**, ex-directeur d'Ehpad, cabinet TE'Eval
- **Stéphane DENIE-GABILLLOT**, directeur des Arcades
- **Elsa DESFEMMES**, psychomotricienne à l'ESA Richard Garnier et à l'Ehpad Léopold Bellan
- **Françoise DESIMPEL**, directrice de l'Ehpad public Résidence du Parc à Saint Germain La Ville
- **Marie-Françoise DOUCE**, directrice de l'Ehpad Les Jardins Médicis SAS Le Manoir, Groupe Domusvi
- **EHPAD Du Haut Bois**
- **Roland FARDEL**, médecin généraliste en retraite
- **Agnès FIRMIN-LE BODO**, députée
- **Françoise GAUCHARD-ROBIN**, directrice territoriale de la Fondation Partage et Vie

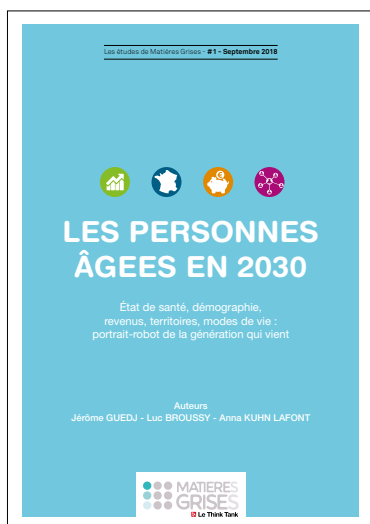
- **Ana GERALDES**, directrice d'Ehpad
- **Florence GERARD-BEDJAOU**, ergothérapeute
- **Beatrice GOURDOUE-BOUE**, directrice de la maison de retraite Sainte Marie
- **Patrice GUIRA**, médecin coordonnateur
- **Jean-Michel HUBERT**, directeur immobilier entreprise, Domidep
- **Joel ICHANSON**, directeur général de l'Ehpad Viasenior
- **Catherine JACQUEMOUD**, directrice de l'Ehpad Le Grand Chêne
- **Marie-Françoise LHOTELLIER**, cadre supérieur de santé, évaluatrice externe ESSMS
- **Yves MALAURIE**, président de CVS, pôle Ehpad-USLD, **Frédéric WONE**, médecin coordonnateur au pôle Ehpad **Corinne RONGIERAS**, coordinatrice territoriale au centre ressources de l'Ehpad de Dordogne. Centre Hospitalier de Périgueux
- **Karine MARQUES**, cadre de santé à l'Ehpad Villa Danielle Torelli
- **Bruno MARQUET**, président de l'Association Dethel
- **Julien MOREAU**, directeur général adjoint, Mutuelle du Bien Vieillir
- **Fabienne NOE**, directrice de l'Ehpad Le Berceau
- **Elisabeth PAGIN**, directrice d'Ehpad, Orpéa
- **Frédéric PAYAN**, directeur de l'Ehpad Maria Consolata et Merici
- **Christophe PLANCHON**, gérant d'une entreprise privée
- **Emmanuel POUGETOUX**, directeur d'Ehpad
- **Antoine RENAUDIN**, directeur d'Ehpad
- **Jean-Marie ROBINE**, directeur de recherche à l'INSERM
- **Guy VALENSI**, directeur d'Ehpad et directeur des soins
- **Florence VICHY**, directrice de l'Ehpad la Maison d'Annie (42)
- **Natacha ZANATTA**, chef de projet exploitation et développement

Chantier 3

- **Jamil ADJALI**, directeur de l'Ehpad SEGA
- **Catherine AUBERTOT**, directrice d'Ehpad
- **Anissa BENSOUSSA**, directrice de la Résidence Alquier Debrousse, CASVP
- **Franck BOCOgnANO**, gérant des Jardins de Flore
- **Marie-Claire BOUGAREL**, directrice des Ehpad St Gerand le Puy et Le Donjon
- **Anne-Astrid BRASSEUR**, médecin coordonnateur les Iliade
- **Ginette BRINON**, directrice d'Ehpad, association AMAPA du Groupe AVEC
- **Véronique BROUSSAINGARAY**, cadre de santé à l'Ehpad Adarpea (64)
- **Sophie BRUEL**, responsable d'Ehpad, VYV3 Pays de la Loire
- **Sylvie BUTON**, directrice de la résidence Le Grand Pré, Groupe ACPPA
- **David CAUSSE**, directeur pédagogique associé du MBA directeur de structures de santé et de solidarités de l'Institut Léonard de Vinci (92)
- **Yannick CHABROL**, directeur d'Ehpad
- **Fabienne CHARDIN**, directrice de l'Ehpad Maison St Jean Baptiste (63)
- **Marie-Aude CLAIRAND**, directrice d'Ehpad
- **Thierry DEMAY**, ex-directeur d'Ehpad, cabinet TE'Eval
- **Sylvain DENIS**, président de la FNAR
- **Fabienne DEPLANTE**, directrice d'Ehpad, Mutualité Française de l'Isère
- **Claude DOROTHEE**, directrice d'Ehpad du CASVP

- **Marie-Françoise DOUCE**, directrice d'Ehpad
- **Gilles DUPONT**, directeur d'Ehpad du CASVP
- **Sylvie DUPONT**, directrice adjointe de Programmes, Fondation de l'Armée du Salut
- **Gilles DUTHIL**, magistrat à la Cour des Comptes et à la Chambre Régionale d'Ile-de-France
- **Nghiem DUY**, médecin expert personnes âgées, CNSA
- **Yannick EON**, médecin à l'ARS Bretagne et la CNSA
- **Guillaume EVE**, directrice de l'Ehpad public Lumières d'Automne
- **Roland FARDEL**, médecin généraliste en retraite
- **Christophe FAVRELIERE**, directeur de l'Ehpad Foyer Notre Dame de Puyraveau
- **Mathilde FLORENT**, adjointe de direction à l'accueil en résidence du CCAS de Chambéry
- **Fabienne GOULVEN**, directrice d'Ehpad
- **Stéphanie GUILLEMIN**, directrice du Centre Michel Philibert
- **Jean-Pierre HARDY**, directeur à la stratégie et aux finances chez France Horizons
- **Catherine HERMANT**, directrice de l'Ehpad La Chézalière
- **Céline HERVE**, médecin coordonnateur
- **Denis HUOT**, vice-président de l'ADMR
- **Catherine JACQUEMOUD**, directrice de l'Ehpad Le Grand Chêne
- **Samira JIBRIL**, directrice d'Ehpad multisites, groupe ACPPA
- **Suzette KANOR**, cadre de santé, responsable d'un Ehpad public
- **Adrian KLAPOUSZCZAK**, gériatre et médecin coordonnateur en Ehpad
- **Emilie-Julie LAUTARD**, directrice d'Ehpad
- **Sophie LEMAITRE**
- **Sylvie LIBOIS**, cadre supérieur de santé au CH de Verneuil et communauté d'établissements Verneuil/Breteuil/Rugles
- **Laura LIMA**, directrice de l'Ehpad Le Parc de Diane, LNA Santé
- **Pascal LOUBET**, directeur d'Ehpad
- **Corinne MARAIS**, directrice d'Ehpad
- **Fabienne NOE**, directrice de l'Ehpad Le Berceau
- **Jean-Pierre OGUS**, président de Simplifions.Services
- **Irene PAROS**, directrice de l'Ehpad Village 3ème âge (97)
- **Philippe PERRIN**, directeur financier en Ehpad
- **Elisabeth POCHON**, ancienne députée, conseillère municipale de Villemomble
- **Emmanuel POUGETOUX**, directeur d'Ehpad
- **Antoine RENAUDIN**, directeur d'Ehpad et de Résidences services
- **Maryline REVEL**, directrice de l'Ehpad Home Arménien
- **Stephane ROBERT**, directeur d'Ehpad
- **Dr ROUX**, gériatre en centre hospitalier
- **Maryvonne LE ROUX**, directrice de l'Ehpad Notre Dame, Association de Kergus
- **Laurence SALIOU**, directrice d'Ehpad
- **Pierre SALLES**, directeur de l'Ehpad Pierre Laroque (66)
- **Frédéric SANANES**, directeur de l'Ehpad du Haut Bois Fleac
- **Gwenaëlle SIMON**, directrice de l'Ehpad Les Babelottes
- **Jean-François SOULIER**, responsable de développement, Association Hospitalière Sainte-Marie
- **Martial TAURINES**, directeur général, ASAD
- **Jean-Marie VETEL**, gériatre
- **Florence VICHY**, directrice de l'Ehpad La Maison d'Annie
- **Laurence VILLENEUVE-BERZIN**, directrice d'Ehpad
- **Vincent WERBROUCK**, directeur de l'Ehpad Herold et Sarah Weill-Raynal
- **Serge WSEVOLOJSKY**, directeur d'Ehpad, Association Le Moulin Vert
- **Thierry ZUCCO**, en charge du développement, Adef Résidences

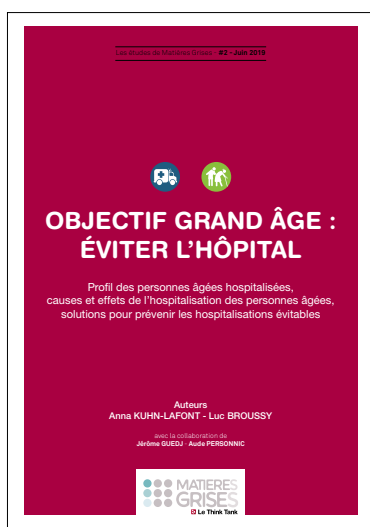
NOS AUTRES PUBLICATIONS



ÉTUDE N°1

LES PERSONNES ÂGÉES EN 2030

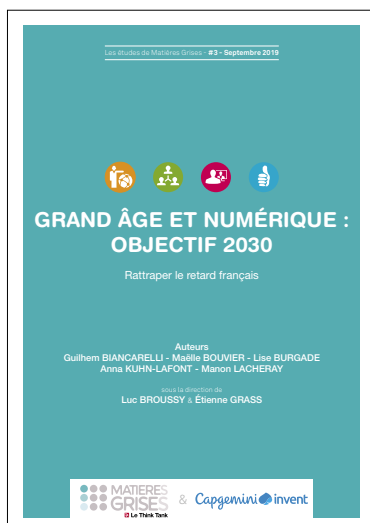
A travers sa première étude, Matières Grises a voulu se concentrer sur ce que sera, demain, la nature des besoins de la population âgée. Un état des lieux indispensable au moment où s'ouvre un nouveau grand débat public sur le financement de la perte d'autonomie.



ÉTUDE N°2

OBJECTIF GRAND ÂGE : ÉVITER L'HÔPITAL

Dans cette étude, Matières Grises se concentre sur le profil des personnes âgées hospitalisées, les causes et effets de l'hospitalisation des personnes âgées et les solutions à disposition des acteurs du grand âge pour prévenir les hospitalisations évitables. Un état des lieux utile dans un contexte marqué par la crise des services d'urgence des hôpitaux, le mouvement d'Ehpad Bashing que connaît le secteur depuis plusieurs mois et enfin la réforme qu'induit la future Loi Grand Âge et Autonomie.



ÉTUDE N°3

GRAND ÂGE ET NUMÉRIQUE : OBJECTIF 2030

Dans cette troisième étude, Matières Grises, en collaboration avec Capgemini Invent, propose une lecture des enjeux de la transformation numérique du secteur du Grand âge.

Entre opportunités et retards, ce rapport livre plusieurs pistes de ce que pourrait être une transformation numérique réussie du secteur, à l'aune de la future Loi « Grand âge et Autonomie ».



NOTE TERRITOIRES ET VIEILLESSE : OÙ VIEILLIRA-T-ON DEMAIN ?

Cette première note fait suite à un petit-déjeuner de travail organisé à Paris le 25 avril 2018 autour de la problématique Territoires & Vieillesse en présence du Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET), du Pr Gérard-François Dumont mais aussi des députées Agnès Firmin Le Bodo et Charlotte Lecocq. Elle reprend largement les données produites par le CGET ou par la DREES.



NOTE DÉCENNIE 2020-2030 : L'EXPLOSION DES 75-85 ANS

Cette note a pour objet de mesurer les évolutions respectives des 75-85 ans d'une part et des « 85 ans et plus » d'autre part afin de montrer notamment que sous le vocable de « vieillissement », se cachent des réalités bien différentes.



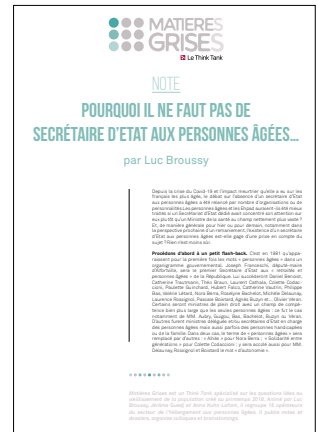
NOTE CECI EST-IL UN 5ÈME RISQUE ?

Le Ministre de la Santé et des Solidarités, Olivier Véran, a relancé le vieux débat du « 5ème risque ». Une formule qui nécessite d'être mieux cernée tant elle a été utilisée à tort et à travers, au point parfois d'être totalement dévoyée. L'objectif de cette note est donc de comprendre (ou essayer de comprendre) ce que souhaite le Gouvernement lorsqu'il évoque un 5ème risque ou une 5ème branche.



NOTE 2021 : L'ANNÉE DU VIRAGE DE LA TÉLÉMÉDECINE EN EHPAD

Cette idée trouve sa genèse d'abord dans le projet de créer un Laboratoire de l'Ehpad du futur lancé par Agnès Buzyn fin 2019 puis dans la nécessité de prendre nous-même les rênes du débat plutôt qu'il nous soit imposé de l'extérieur.



NOTE POURQUOI IL NE FAUT PAS DE SECRÉTAIRE D'ÉTAT AUX PERSONNES ÂGÉES...

À l'heure d'un possible remaniement du gouvernement à l'été 2020, faut-il un Secrétaire d'État aux personnes âgées ? Le Think Tank Matières Grises a étudié la question et penche plutôt pour le non.



NOTE FINANCEMENT DE L'AIDE À DOMICILE : UNE CONTRIBUTION AU DÉBAT

Depuis sa création en 2018, jamais Matières Grises n'avait abordé la question du financement de l'aide à domicile. Voilà qui est désormais chose faite à travers cette contribution de l'économiste Patrick Haddad qui fait un point utile sur l'état des réflexions au moment où les fédérations elles-mêmes sortent du bois avec des propositions précises.

À télécharger sur www.matières-grises.fr

A propos du Think Tank Matières Grises

Créé au printemps 2018, le Think Tank Matières Grises réunit les principaux acteurs de la filière d'accueil et de prise en charge de la personne âgée afin de réfléchir ensemble et être force de proposition sur les grands sujets liés au vieillissement. Initié par Luc Broussy, Jérôme Guedj, Edouard de Hennezel et Anna Kuhn-Lafont, ce Think Tank est composé de 18 groupes opérateurs du secteur du Grand Âge qui ont fait le choix d'y adhérer :

- ACPPA
- Adef Résidences
- Arpavie
- Colisee
- Croix Rouge Française
- Domidep
- Domitys
- DomusVi
- Emera
- Fondation Partage & Vie
- Groupe Aesio
- Groupe SOS Seniors
- Korian
- Maisons de Famille
- Montana
- Orpéa
- Sénioriales
- Steva

Les écrits produits par le Think Tank ne les engagent pas individuellement.

www.matières-grises.fr

