

Université de Lille 2
Faculté Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)
Master Management sectoriel



CARPENTIER Amandine

Le devenir des EHPAD

Sous la direction de Mathieu SCHELL

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master
Année universitaire 2017-2018, Master Management sectoriel

Composition du jury :

- **Président de jury** : Stanislas WOCH, Maitre de conférences
- **1^{er} membre de jury** : Mathieu SCHELL, directeur d'EHPAD
- **2^{ème} membre de jury** : Marlène COURION, directrice d'une résidence autonomie

Date de la soutenance : 25 septembre 2018 à 10 heures

Faculté Ingénierie et Management de la Santé – ILIS
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS

REMERCIEMENT

Je souhaite ici exprimer ma gratitude et remercier très sincèrement toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de mon mémoire.

M. WOCH Stanislas, responsable du Master Management sectoriel à la Faculté Ingénierie et Management de la Santé, pour m'avoir permis de travailler sur ce sujet et pour ses conseils méthodologiques qui m'ont aidée à mener à bien la rédaction de ce mémoire de fin d'études.

M. SCHELL Mathieu, directeur de l'EHPAD Le Château à Ecaillon, mon directeur de mémoire, pour sa disponibilité, son écoute et ses conseils avisés. Je le remercie également au titre de stagiaire pour la confiance accordée, la transmission de ses connaissances mais également pour nos échanges très enrichissants et constructifs.

Mme COURION Marlène, directrice de la résidence autonomie Les Sapins Bleus à Pérenchies, pour avoir accepté de participer à la soutenance de mon mémoire.

Les professionnels interviewés, Mme LECOCQ, M. GUERIN, M.GUNST et M. ENNUYER mais également l'ensemble des participants ayant répondu à l'enquête en ligne, pour l'intérêt porté à mon travail, leur disponibilité, leur apport dans ma réflexion et la qualité de nos échanges.

Mme CHABERT Chantal, responsable du secteur ILIS au Learning Center Campus Santé, pour sa disponibilité, sa bienveillance et ses conseils dans mes recherches documentaires.

A ma maman qui m'a toujours épaulée et m'apporte sans cesse un soutien sans faille, pour l'immense patience qu'elle a eu à mon égard pendant la durée de mes études et l'élaboration de ce mémoire. A mon beau-père, pour sa relecture avisée. A mon petit ami, pour ses encouragements et sa compréhension en acceptant que ce travail se fasse parfois au détriment de notre temps partagé.

Introduction	4
Partie I. L'accueil des personnes fragiles, une mission historique en perpétuel remaniement	7
Chapitre 1. L'évolution du modèle et des missions des structures accueillant les personnes âgées.....	7
Chapitre 2. L'évolution de la population âgées et de la dépendance.....	13
Chapitre 3. Les principaux paradoxes en EHPAD.....	19
Partie II. L'EHPAD de demain, un format à questionner	23
Chapitre 1. Quels sont les principaux enjeux du nouveau modèle ?	24
Chapitre 2. Quels sont les principaux freins au développement du nouvel EHPAD.....	28
Chapitre 3. Les innovations et initiatives vers un nouveau modèle.....	32
Partie III. La transformation des EHPAD : du cercle vicieux au cercle vertueux	43
Chapitre 1. La méthodologie employée.....	44
Chapitre 2. L'analyse des résultats	48
Chapitre 3. L'EHPAD de demain : s'adapter ou disparaître ?	60
Conclusion	64

INTRODUCTION

« On reconnaît le degré de civilisation d'une société à la place qu'elle accorde à ses personnes âgées » [1] écrivait Simone de Beauvoir, tel est l'enjeu sous-jacent du devenir des EHPAD. En effet, de nos jours, le vieillissement de la population est de plus en plus lié au concept d'espérance de vie en bonne santé. Nous sommes dans une société où le jeunisme est mis en avant, nous avons ainsi deux France qui cohabitent mais qui ne coexistent plus. Paradoxalement, le vieillissement est un phénomène physiologique naturel, irréversible et universel. C'est sans doute pourquoi la mobilisation est si forte autour des EHPAD ces derniers temps. L'accompagnement du vieillissement et de la perte d'autonomie doit être un sujet majeur de société, le sujet traité s'inscrit dans ce contexte.

Ici, le devenir est employé au sens d'avenir, de futur de quelque chose. En l'occurrence, le futur des EHPAD. Il convient à présent de définir ce que sont les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Aujourd'hui, trois codes régissent les EHPAD en France. Il s'agit du Code de la Santé Publique (CSP), du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) et du Code de la Sécurité Sociale (CSS). Ces textes définissent et attribuent un statut aux établissements. Ils déterminent leurs missions, ils spécifient les prestations délivrées et le mode de tarification, enfin, ils fixent les conditions d'ouverture et de renouvellement des autorisations. Ces établissements relèvent du secteur médico-social [2]. Néanmoins, tous les établissements médico-sociaux ne sont pas des EHPAD. Le statut d'EHPAD est obtenu par la signature d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre le président du conseil Départemental, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) et le gestionnaire de l'établissement [3]. Pour être accueilli en EHPAD, il faut avoir au moins 60 ans et être dépendant ou en perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne pour des raisons physiques ou mentales. Cependant, à titre exceptionnel, des dérogations peuvent être accordées par le département pour l'admission de personnes de moins de 60 ans [4]. En tant qu'établissement médico-social, l'EHPAD doit assurer six missions définies à l'article L.311-1 du CASF : promouvoir l'autonomie, la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté mais il doit également prévenir les exclusions et en corriger les effets [5]. Les conditions d'ouverture des EHPAD et les modalités de renouvellement des autorisations sont définies dans le CASF [6]. La création des EHPAD fait l'objet d'une procédure d'appel à projets. Il faut répondre à un appel à

projets auquel est associé un cahier des charges réalisé par les autorités compétentes. Les projets sont ensuite soumis à une commission d'information et de sélection d'appel à projets social et médico-social qui rend son avis sous la forme d'un classement. L'autorisation d'ouverture est ensuite délivrée conjointement par le président de conseil départemental et le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Elle n'est valable que sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité et est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, de l'autorisation s'effectue au regard du résultat de l'évaluation externe.

Le modèle français d'accueil et d'accompagnement en institution des personnes âgées semble ne plus convenir à la société. L'objet de ce mémoire est de répondre aux questions que pose le sujet du devenir des EHPAD, notamment à savoir si le modèle actuel a encore un avenir à court terme et comment la population envisage le modèle de demain en fonction de ses attentes et ses besoins. En revanche, le financement et la tarification ne seront pas traités dans ce travail car comme le souligne la députée madame Monique IBORRA, « *le financement ne peut pas être au centre des discussions, il faut que cela s'accompagne d'un vrai projet avec un nouveau modèle qui tienne compte de la perte d'autonomie (...)* » [7]. En effet, on ne part pas d'un budget ou d'un tarif pour définir un modèle adapté, on part d'attentes et de besoins exprimés par les futurs résidents et seulement ensuite le prix et les moyens de financement peuvent être abordés. Par ailleurs, le terme résident sera ici employé au sens large. Il inclura l'ensemble de la population car tout le monde est ou sera confronté, de près ou de loin, à l'accueil en EHPAD, ne serait-ce que par la médiatisation de leur situation. De plus, nous verrons que l'EHPAD de demain pourra ou devra accueillir différents publics, par conséquent, chacun est un potentiel futur résident.

Mère Teresa a dit « *moi seule ne peux pas changer le monde, mais je peux jeter une pierre dans l'eau pour créer de nombreuses vagues* ». Ce mémoire n'a pas la prétention de donner l'unique réponse. L'objectif est plutôt de réfléchir et faire réfléchir sur la place qui est donnée et que nous souhaitons véritablement donner aux personnes âgées dans la société, d'interroger la population sur le modèle d'accueil et d'accompagnement qu'elle envisage pour demain et ainsi tenter de définir une offre de lieu de vie visant à dépasser cette dichotomie entre le tout domicile et le tout institution qui existe depuis la création du secteur médico-social. Car si le modèle actuel des EHPAD est en décalage avec les attentes des futurs résidents, se pose alors la question de la pérennité de ces structures ainsi que de l'évolution des métiers qu'elles proposent. L'objectif de ce mémoire de fin

d'études est de répondre à la problématique suivante : **Comment transformer les EHPAD pour répondre aux attentes et aux besoins des futurs résidents ?**

Pour savoir où l'on va, on doit savoir d'où l'on vient, la première partie de ce mémoire s'intéresse donc aux évolutions successives de la mission d'accueil des personnes fragiles et aux évolutions démographiques permettant de contextualiser le modèle actuel. La seconde partie, quant à elle, sur la base de mes recherches littéraires et de ma réflexion, amène à se questionner sur le développement d'un nouveau format d'EHPAD. Pour finir, la troisième partie présente la méthodologie employée pour répondre à la problématique et propose des recommandations afin qu'un nouveau modèle d'accueil et d'accompagnement réponde aux attentes et aux besoins des futurs résidents.

PARTIE I. L'ACCUEIL DES PERSONNES FRAGILES, UNE MISSION HISTORIQUE EN PERPETUEL REMANIEMENT

L'accueil des personnes fragiles s'affiche aujourd'hui comme une mission historique, mais il a subi pendant longtemps l'indifférence de la société et des pouvoirs publics. Au fil du temps, il a tout de même fait l'objet de remaniements, tant architecturaux que réglementaires, qui ont conduit, au modèle d'hébergement actuel (Chapitre 1). Ces changements ont été amenés par la prise de conscience du vieillissement de la société ; celui-ci explique l'évolution du type de population accueillie en EHPAD (Chapitre 2). Néanmoins, cette institution comporte des paradoxes avec lesquels résidents, familles et professionnels doivent composer au quotidien (Chapitre 3).

CHAPITRE 1. L'EVOLUTION DU MODELE ET DES MISSIONS DES STRUCTURES ACCUEILLANT LES PERSONNES AGEES

Les décisions de changement adviennent quand les symptômes de l'inadaptation se manifestent. C'est en ce sens que les modes d'accueil en institution des personnes fragiles n'ont de cesse d'évoluer faisant ainsi naître la gériatrie. Bien que ce ne fût pas la préoccupation première pendant des années, « *l'histoire des EHPAD s'inscrit dans un long processus de maturation des institutions d'hébergement, fondé sur l'intérêt porté par les pouvoirs publics à l'égard de ces mêmes établissements* » [8]. Tantôt organisé par l'église avec les hôtels-Dieu, tantôt organisé par l'Etat avec l'hôpital général, les hospices puis les maisons de retraite ; l'évolution de l'accueil des personnes âgées s'est notamment portée sur la nature de leurs missions. Trois périodes majeures accompagnent ces transformations. La première s'étend du milieu du XVIIème siècle jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale avec « l'âge d'Or des hospices » (A). Ensuite, l'ère des Trente Glorieuses couvre la seconde période dont les maîtres mots sont « humanisation » avec le rapport LAROQUE (1962) et « médicalisation » des établissements (B). Enfin, la troisième période concerne les années 2000 avec l'avènement et l'apogée des EHPAD au travers de la loi 2002-2 (C).

A. De l'hôtel-Dieu à l'âge d'Or des hospices en passant par l'Hôpital Général

Au Moyen-âge, les personnes âgées écoulaient leurs vieux jours au sein de leur famille. La solidarité familiale assurait la protection et la cohabitation entre générations. Pour ceux n'ayant pas cette chance, l'église donnait l'hospitalité. D'où le nom d'hôtel-Dieu donné à ces structures de secours et d'accueil au service des pauvres, des orphelins et des

nécessiteux. Souvent administrés par des Ordres religieux, leur seule ressource provenait de la charité des rois et des riches, sous forme de legs ou de dons. Les soins prodigués aux malades y étaient souvent limités à des plantes médicinales. En réalité, les soins s'adressaient davantage à « *l'âme qu'au corps* » [9].

Puis la pauvreté et la maladie sont devenues une menace sociale. Les hôtels-Dieu ont commencé à être critiqués et le pouvoir royal prit le dessus sur la communauté religieuse. Le 27 avril 1656, par édit royal, Louis XIV ordonna la création de l'hôpital général, destiné à loger et enfermer les mendiants et vagabonds. Mais très vite, faute de structures adaptées, l'hôpital général est devenu « *l'hôpital de charité* », reprenant ainsi sa mission première, à savoir, l'hébergement de personnes âgées sans ressource, d'indigents, de malades et d'infirmes. Cette politique globale d'enfermement qui constitua autant une maison de détention qu'un hospice de vieillards sera prescrite en 1767. L'ouverture de « *dépôts de mendicité à caractère pénitentiaire* » aboutira d'une part à l'institution de la prison, et d'autre part, à la médicalisation des établissements hospitaliers [10].

Au début du XVIIIème siècle, les hôpitaux généraux se sont transformés en hospices. Cependant, « *pendant longtemps on ne put distinguer les hospices des hôpitaux* » [11]. En effet, construits au bord des rivières et des montagnes, les hospices accueillait, de préférence, les pèlerins et les voyageurs, mais également les mendiants et les incurables. Par conséquent, les « *vieillards* » les plus démunis pouvaient également avoir recours à un hébergement au sein d'hospices. Les malades étaient quant à eux dirigés vers les hôpitaux, ce qui permit un début de spécialisation. Il a fallu attendre la circulaire du 31 janvier 1840 pour définir les modalités d'accueil suivantes « *l'hôpital reçoit les malades civils, hommes, femmes et enfants, atteints de maladies aiguës, ou blessés accidentellement ; les malades militaires ou marins ; les galeux ; les teigneux ; les vénériens ; les femmes enceintes [...]. L'hospice reçoit les vieillards indigents et valides des deux sexes ; les incurables indigents des deux sexes ; les orphelins pauvres ; les enfants trouvés et abandonnés ; des vieillards valides et incurables, à titre de pensionnaires* » [12]. Du fait de l'augmentation du nombre de personnes âgées et la nette évolution de l'espérance de vie, il s'imposait au sein des hospices une population de plus en plus vieillissante. De ce fait, pour les désigner, il était également employé le terme d' « *accueil des vieillards* ». De plus, « *les exigences d'un bon fonctionnement n'existaient pas. L'importance était accordée uniquement à l'hébergement qui permettait à ces personnes [...] de pouvoir disposer d'un moyen de subsistance adapté à l'époque* » [13]. C'est dans ces conditions que les hospices se sont forgés cette image contrastée : à la

fois lieu d'hospitalité mais également lieu d'exclusion. Paradoxalement, même s'il s'affichait une préférence pour le secours à domicile, le nombre d'établissements spécialisés dans d'hébergement et la prise en charge du vieillissement ne cessait de s'accroître, ce qui a valu au XIXème d'être renommé « l'âge d'or des hospices ». De plus, les conditions d'accueil complexes et déplorables dans ces établissements existants brillent par l'absence d'une véritable politique dédiée à la vieillesse. Cette situation a causé aux hospices d'être critiqués, stigmatisés et comparés à des mouroirs. En 1958, l'article L.678 du Code de la Santé Publique (CSP) donne une nouvelle définition du rôle des hospices : « *les hospices pourvoient à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables et leur assurent, le cas échéant, les soins nécessaires. Lorsqu'ils ne reçoivent que des vieillards, ces établissements sont dénommés maisons de retraite* » [14].

Il faudra attendre la fin du XVIIIème siècle et surtout le début du XIXème siècle pour que la société commence, progressivement, à se poser la question de l'accueil et l'accompagnement des plus âgés. En effet, l'ensemble du secteur social et médico-social s'est structuré dans la seconde moitié du XXème siècle.

B. L'humanisation et la médicalisation des structures accueillant des personnes âgées

Il a fallu attendre la seconde partie du XXème siècle avant d'avoir une véritable mobilisation citoyenne sur les sujets du vieillissement et des institutions médico-sociales. Par là même, sur fond de vieillissement démographique accéléré, les politiques vieillesse ont considérablement évolué avec comme point de départ, la publication du rapport LAROQUE (1962) constituant l'émergence d'une nouvelle réflexion sur la place des personnes âgées dans la société (1). En plus de ce souhait d'humanisation, la notion de médicalisation apparaît avec la loi sociale de 1975 (2).

1) La publication du rapport LAROQUE (1962) : le début d'une véritable politique dédiée à l'accueil et à l'accompagnement des personnes âgées

En 1962, Pierre LAROQUE remet son rapport qui constitua un tournant avéré dans la politique vieillesse. En effet, le rapport LAROQUE symbolise le début d'une véritable politique dédiée à l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées. Ce changement notoire sera le fondement des politiques relatives à la vieillesse et initiera une prise de conscience collective faisant comprendre que le grand âge n'est pas une maladie mais un processus physiologique normal et une manière de vivre différemment. Sa publication a véritablement marqué la lutte contre la vieillesse et la précarité mais a également pointé

du doigt la problématique de l'inclusion des personnes âgées dans la société [15]. De manière générale, le rapport préconisait la mise à disposition d'un « *ensemble coordonné de moyens et de services adaptés* » aux besoins des personnes âgées. Néanmoins, conscient de l'évolution démographique, les orientations de ce rapport apparaissent clairement : « *les indépendants valides se voient renvoyés à l'aide à domicile [...]. Les non-indépendants valides se voient quant à eux renvoyés aux établissements de stimulation morale* » [16]. Concernant l'accueil en institution, le rapport recommandait de différencier clairement les maisons de retraite des hôpitaux, mais également de transformer ou fermer les hospices. Et pour cause, la réputation de ces alternatives d'hébergement n'avait pas bonne presse car les conditions de vie y étaient jugées déplorables. Afin de respecter la dignité et le bien-être de la personne, le maître mot pour définir les conditions de prise en charge et d'hébergement des personnes âgées était désormais « humanisation ». C'est à cette période que se développent les logements-foyers accueillis comme de véritables domiciles et les maisons de retraite considérées comme des substituts de domicile.

Ce rapport intitulé « Politique de la vieillesse » aurait pu porter le nom de « Politique d'adaptation de la société au vieillissement » tant il traite l'ensemble des conséquences économiques, sociales et humaines du vieillissement démographique. Bien qu'il date de plus d'un demi-siècle, il reste le pilier des politiques sociales et gérontologiques en France. C'est également le point de vue que partage Gérard BRAMI, docteur en droit, directeur de maisons de retraite et auteur de nombreux ouvrages et articles gérontologiques, qui rappelle que « *depuis des décennies, la politique de la vieillesse qui prévaut est celle qui émane, depuis les années 60, du rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, dit « rapport (ou commission) LAROQUE* » » [17]. Cette évolution majeure a ensuite inspiré différentes lois dont la loi sociale de 1975.

2) La loi sociale de 1975 : le début de la médicalisation des maisons de retraite

Le 30 juin 1975, fut promulguée la loi n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales [18]. Le vote de cette loi va permettre un premier développement du secteur social et médico-social.

Dans un premier temps, l'article 1 de la loi sociale de 1975 définit comme étant des institutions sociales ou médico-sociales, tous les établissements publics ou privés qui « *à titre principal et d'une manière permanente [...] hébergent des personnes âgées* ». Ainsi, les logements-foyers et les maisons de retraite appartiennent désormais à cette catégorie

d'institutions. De 1958 à 1975, la priorité avait été donnée à l'humanisation des établissements. La loi sociale de 1975 s'inscrit dans cette continuité. Pour y parvenir, elle annonce que les établissements d'hébergement pour personnes âgées doivent être « *organisés en unités favorisant le confort et la qualité de vie des personnes accueillies* ». Dans un second temps, tout en poursuivant la politique d'humanisation, l'intérêt s'est porté sur la médicalisation des structures afin d'éviter les hospitalisations abusives des personnes âgées d'une part et de pouvoir apporter une réponse médicale et paramédicale aux résidents d'autre part. Cette médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées est instaurée par l'institution « *des sections de cure médicale* » [19].

Les années 1961 à 1980 ont participé à lutter contre la précarisation de la vieillesse et la pauvreté des seniors mais également à la médicalisation des établissements sociaux et médico-sociaux dans un contexte économique en forte croissance. En parallèle, au cours des années 1960, il a été observé une forme de désolidarisation familiale : l'hébergement des générations aînées au sein du foyer se pratique de moins en moins et tend à disparaître à la fin des années 1990. La prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue donc un enjeu majeur de notre société et de nos politiques depuis les années 60 et plus fortement depuis les années 90 [20]. C'est pourquoi, diverses politiques en faveur du secteur médico-social ont œuvré en ce sens.

C. De l'avènement à l'apogée des EHPAD

La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance [21], détermine que les établissements pour personnes âgées ne peuvent recevoir des personnes fortement dépendantes que s'ils ont signé une Convention Tripartite Pluriannuelle (CTP) avec le Conseil Général (aujourd'hui Conseil Départemental) et l'autorité compétente pour l'assurance maladie (qui est le préfet du département). Une nouvelle catégorie juridique d'établissement est alors créée, on parle pour la première fois d'Etablissement Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Dite loi 2002-2, la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 [22] a constitué une avancée majeure dans le secteur médico-social. Les articles de la loi 2002-2 reprennent des articles du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) [23]. La loi du 2 janvier 2002 en affirmant l'exercice des droits et des libertés individuelles des usagers, modifie considérablement le mode d'accompagnement et l'approche de la personne

hébergée en EHPAD et vise à une meilleure reconnaissance de la personne en la plaçant au cœur du dispositif rénové. Dorénavant, le législateur souhaite sortir du modèle d'assistance et ambitionne de permettre à l'usager passif de devenir un citoyen participatif. En revanche, cette loi ne modifie pas le modèle architectural. Par ailleurs, la loi du 2 janvier 2002 est la dernière loi majeure pour le secteur médico-social. Si en théorie elle constitue une avancée majeure prônant l'exercice des droits et des libertés individuelles de la personne âgée, on remarquera dans la suite du mémoire que l'application en pratique de cette loi est plus complexe. Cependant, avec le vieillissement de la population, le gouvernement a dû réagir, sa stratégie a été de mobiliser l'ensemble des politiques publiques et de changer le regard sur la vieillesse.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement, dite loi « ASV » [24] poursuit l'objectif désigné par Pierre LAROQUE. C'est la première fois qu'une loi appréhende le phénomène de façon globale, en mobilisant l'ensemble des politiques publiques : transports, aménagements urbains, logement... Cette réforme avait pour objectif de s'adapter aux nouveaux besoins de la population vieillissante. Bien que la loi ASV repose sur trois piliers : la prévention de la perte d'autonomie, l'adaptation globale de la société au vieillissement et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, elle fait cependant de l'accompagnement à domicile sa priorité. Les professionnels du secteur auraient pu penser que cette loi adapte véritablement la société au vieillissement ; cependant, elle ne remet pas en question le modèle d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes qui date de plus de 40 ans et ne prévoit pas de le faire évoluer. Par conséquent, cette loi n'adapte pas entièrement la société au vieillissement.

Comme le souligne Gérard BRAMI, ces textes, notamment ceux issus de l'après-guerre, ont constitué ce qu'il appelle le « *droit gérontologique institutionnel* ». Ils sont les principes fondateurs qui régissent actuellement les EHPAD [25]. Aujourd'hui, nous subissons une grande abondance de textes. En effet, les directeurs d'établissements doivent sans cesse manier la partie législative (énoncé général d'une disposition), la partie réglementaire (modalités d'application de la loi) et les différents codes juridiques régissant les EHPAD (lois ou de règles). Pour lui, « *cette abondance des textes et la permanence de cette évolution quantitative dévoilent (...) non pas une situation de plus grande clarification (...) mais plutôt l'expression d'une véritable difficulté de choix ministériels, difficulté qui déstabilise nos établissements* » [26]. Cela s'explique par le fait que le législateur ne respecte pas la logique d'amélioration continue qui consiste à Planifier, Développer, Contrôler et Ajuster, dite démarche « PDCA » symbolisée par la roue de Deming. Il est

plutôt sur une démarche PDA qui consiste à prévoir, mettre en œuvre et agir sans vérifier les effets de la précédente loi. Chacun veut amener sa pierre à l'édifice, il n'y a donc pas de véritable cohérence avec les politiques existantes ; une auto-évaluation de ces dispositifs serait nécessaire pour préciser les enjeux et la place de chacun. Toutefois, il est fait état que les dispositifs d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées ont évolué et se sont multipliés au gré des politiques vieillesse mais également en suivant les évolutions économiques, sociales, sociétales mais surtout démographiques du pays.

CHAPITRE 2. L'ÉVOLUTION DE LA POPULATION AGÉES ET DE LA DÉPENDANCE

Le vieillissement des populations est un phénomène mondial, il touche aussi bien les pays développés que les pays émergents. La population française vieillit du fait d'un double phénomène : la baisse de la fécondité d'un part et l'augmentation de l'espérance de vie d'autre part. Par ailleurs, comme le suggère Serge GUERIN, sociologue spécialiste des questions de vieillissement, « *il faut voir une vision cinématographique plus que photographique* » du vieillissement car en effet « *quelqu'un de 65 ans en 2018 ne ressemble pas du tout à une personne du même âge en 1948. Il a rajeuni de 5 à 20 ans et a devant lui plus d'années à venir* » [27]. Le vieillissement de la population est donc une conséquence de la transition démographique (A) et influence, avec les politiques en faveur du maintien à domicile, l'évolution de la population accueillie en EHPAD (B).

A. Etat des lieux et projections démographiques

Les démographes utilisent une représentation graphique afin d'obtenir une répartition rapide des hommes et des femmes de tous âges. Cet outil se nomme la pyramide des âges. Cependant, elle ne ressemble plus vraiment à une pyramide car nous sommes passés de niveaux élevés de natalité et mortalité à des niveaux plus faibles, ce qui nous conduit aujourd'hui non plus à une pyramide mais plutôt à un cylindre, voire dans les années à venir à une toupie.

Au 1^{er} janvier 2018, la France comptait approximativement 67,1 millions habitants contre 61,8 millions en 2002 [28], ce qui correspond à une augmentation du nombre d'habitant de 8,5%.

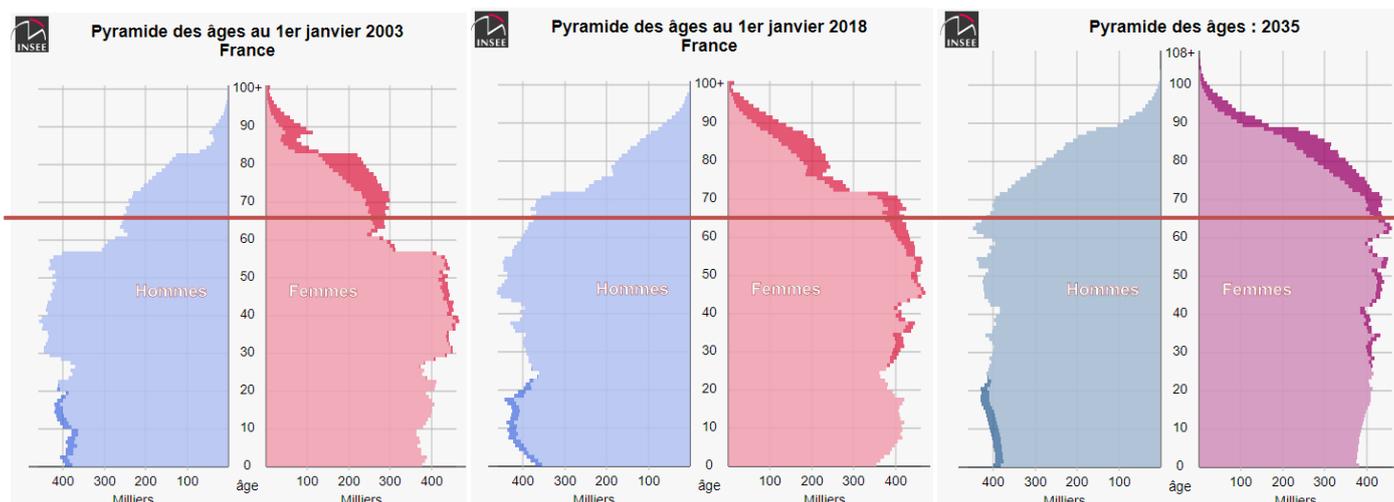


Figure 1 : Evolutions de la pyramide des âges de 2003 à 2018 et projection de la population pour 2035. France métropolitaine ; Source : Insee, estimations de la population.

La ligne rouge représente la population des personnes ayant 65 ans. Le cylindre a dépassé cette ligne à partir de l'année 2012. Sur la pyramide des âges au 1^{er} janvier 2018, la partie haute du cylindre (représentant les 40-70 ans) correspond aux générations issues du « baby-boom ». Ils sont aujourd'hui appelés les « Papy-boomers ». On constate donc que l'accroissement le plus fort du nombre de personnes de plus de 65 ans aura lieu entre 2012 et 2035, avec l'arrivée à ces âges des générations issues du baby-boom.

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 2002, les personnes de plus de 65 ans représentaient 16,1% de la population. Au 1^{er} janvier 2018, ils représentaient 19,6% de la population, il est estimé qu'en 2035, ils représentent 24,9% de la population [29]. La hausse de ces chiffres est justifiée par l'allongement considérable de l'espérance de vie d'une part, mais surtout par l'arrivée dans les âges de forte mortalité des baby-boomers d'autre part, ce qui crée une nouvelle donne démographique et économique [30].

L'INSEE stipule que l'espérance de vie à 60 ans correspond au nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge, dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée [31].

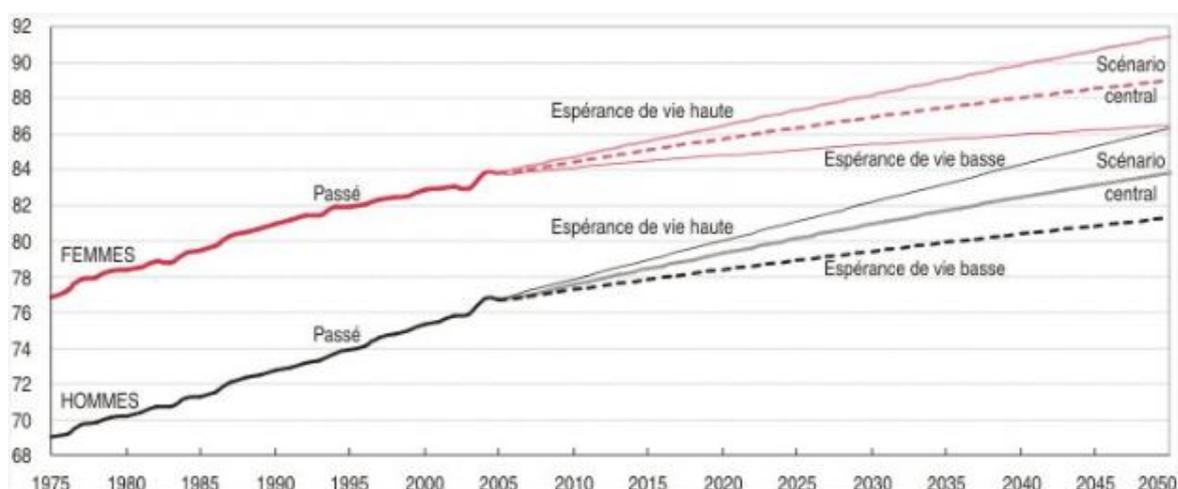


Figure 2 : Evolutions passée et future de l'espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes entre 2005 et 2050, selon trois hypothèses retenues. France métropolitaine ; Source : Insee, projections de population 2005-2050.

En France, en 2017, l'espérance de vie à 60 ans pour les femmes était, en moyenne, de 27,5 ans et de 23,2 ans pour les hommes. En vingt ans, l'espérance de vie à 60 ans a progressé de 2,3 ans pour les femmes et de 3,3 ans pour les hommes [32]. Le XXIème siècle pourrait être renommé le « siècle du vieillissement » [33]. Au 1^{er} janvier 2018, la France compte 433 milliers de personnes de 60 ans et 204 milliers personnes de 80 ans. Pour la première fois, deux générations coexistent dans le champ de l'âge, chacun avec ses défis propres.

L'INSEE définit l'espérance de vie en retraite sans incapacité comme étant le nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut s'attendre à vivre à la retraite. Une bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités (dans les gestes de la vie quotidienne) et d'incapacités. Ceci étant, sa durée dépend des conditions de mortalité après 50 ans, de la survenue des incapacités et enfin de l'âge de départ à la retraite. Elle est donc appelée « l'espérance de vie à 50 ans en retraite sans incapacité sévère » [34].

	Hommes			Femmes		
	Génération			Génération		
	1960	1975	1990	1960	1975	1990
Espérance de vie à 50 ans (1)+(2)+(3)+(4)	32,6	34,6	36,5	38,6	40,1	41,3
Espérance de vie à 50 ans avant retraite sans incapacité (1)	10,8	12,6	12,7	11,0	12,1	12,5
Espérance de vie à 50 ans avant retraite avec incapacité (2)	0,7	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8
Espérance de vie à 50 ans en retraite sans incapacité (3)	17,2	17,1	18,4	21,2	21,0	21,3
Espérance de vie à 50 ans en retraite avec incapacité (4)	3,9	4,1	4,6	5,7	6,2	6,7
Espérance de vie à 50 ans en retraite (3)+(4)	21,1	21,2	23,0	26,9	27,2	28,0
Espérance de vie à 50 ans sans incapacité (1)+(3)	28,0	29,7	31,1	32,2	33,1	33,8

Figure 3 : Décomposition de l'espérance de vie en année à 50 ans suivant le statut vis-à-vis de la retraite et de l'incapacité. France métropolitaine, personnes actives à 50 ans ; Source : Insee, modèle Destinie.

On constate qu'entre les générations de 1975 et de 1990, les hommes gagnent 1,8 année d'espérance de vie à 50 ans en retraite contre 0.8 année pour les femmes. Et sur leur 1,8 année gagnée, les hommes vivront 1,3 année sans incapacité et 0.5 année en incapacité contre respectivement 0.3 année et 0.5 année pour les femmes. Les hommes gagnent donc plus d'espérance de vie à 50 ans en retraite que les femmes, mais au total, les femmes ont une plus grande espérance de vie à 50 ans en retraite que les hommes.

	en %	
	Hommes	Femmes
Décèdent avant la liquidation de toutes leurs pensions	8	4
Durée de vie en retraite sans incapacité		
Entre 0 et 5 ans	6	4
Entre 6 et 10 ans	9	5
Entre 11 et 15 ans	15	10
Entre 16 et 20 ans	22	18
Entre 21 et 25 ans	23	26
Entre 26 et 30 ans	13	20
Plus de 30 ans	4	13

Figure 4 : Proportion d'hommes et de femmes selon la durée de vie en retraite sans incapacité pour la génération née en 1975. France métropolitaine, personnes actives à 50 ans ; Source : Insee, modèle Destinie.

Cet autre tableau nous montre que 8 % des hommes nés en 1975 décéderont avant de pouvoir prétendre partir à la retraite. Ce chiffre est diminué de moitié pour les femmes. Cependant, pour cette même génération, si l'on prend les pourcentages les plus élevés, 23% des hommes et 26% des femmes vivront entre 21 et 25 ans sans incapacité en retraite. Selon la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV), l'âge moyen de départ à la retraite (sans départs anticipés) en 2017 était de 63,3 ans [35]. Si nous reprenons les chiffres, un quart des personnes nées en 1975, vivront entre 84,3 ans et 88,3 ans sans incapacité. Cela explique en partie l'évolution de la population accueillie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

B. Evolution de la population accueillie en EHPAD

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) a publié une étude réalisée en 2015 sur le profil des résidents en établissement. L'étude rapporte que 585 560 personnes étaient accueillies en EHPAD au 31 décembre 2015, soit 38 540 personnes de plus (+ 7%) qu'en 2011 [36]. Selon la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), près de 6 900 EHPAD accueillait environ 728 000 personnes âgées au 31 décembre 2016, soit 142 400 personnes de plus qu'en 2015 [37].

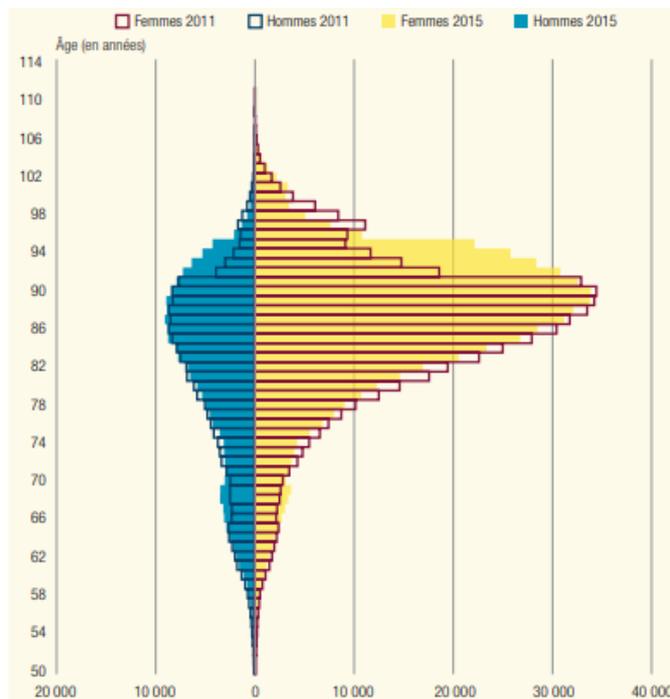


Figure 5 : Structure par âge et par sexe des résidents accueillis en 2011 et en 2015. France, établissements d'hébergement pour personnes âgées ; Source : DRESS, enquêtes EHPA 2015 et EHPA 2011.

On constate que peu de personnes entrent en établissement à 60 ans, âge minimum pour être accueilli en EHPAD (sans dérogation). En effet, les personnes les plus représentées ont entre 85 et 95 ans [38]. En 2015, l'âge moyen à l'entrée en EHPAD était de 85,2 ans, soit une augmentation de plus de 2 ans depuis 2007, pour une durée moyenne de séjour de 2,4 ans [39]. Les résidents sont donc de plus en plus âgés, on peut noter l'avancée en âge de la population entre 2011 et 2015 : en quatre ans, la proportion de personnes âgées de 90 ans ou plus parmi les résidents est ainsi passée de 29 à 35%. Gérard Bami rappelle que « pour mieux comprendre la problématique institutionnelle que nous connaissons aujourd'hui, il est bon de rappeler qu'en 1952, l'âge moyen dans les maisons de retraite était de 65 ans. Il est aujourd'hui très proche des 90 ans » [40].

Selon une autre étude menée récemment par le cabinet KPMG, les personnes âgées entrent en EHPAD à des âges plus élevés qu'auparavant, mais sont également plus dépendants. Elle relate que « cette évolution s'est faite progressivement sans rupture et tout indique qu'elle va continuer » [41]. Le niveau de dépendance d'une personne est évalué à l'aide d'outils comme la grille Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources (AGGIR)¹. Elle permet de classer les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie, appelés Groupes Iso-Ressources (GIR), selon dix activités

¹ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229> : Grille nationale permettant de mesurer le degré de perte d'autonomie d'une personne et de lui attribuer le niveau d'aides dont il a besoin.

discriminantes (activités ou gestes essentiels de la vie quotidienne) accomplies ou non par la personne. Le GIR 1 correspond au degré de dépendance le plus élevé et le GIR 6 aux personnes encore autonomes pour les actes essentiels de la vie courante. Chaque GIR est valorisé par un nombre de point. La moyenne des points de l'ensemble des GIR d'un établissement détermine le GIR Moyen Pondéré (GMP). L'INSEE rejoint entièrement l'étude KPMG, affirmant que « *les personnes accueillies en 2015 sont plus dépendantes qu'en 2011* » avec un nombre de personnes âgées très dépendantes, classées en GIR 1 ou 2, qui augmente régulièrement [42]. La CNSA affirme qu'en moyenne, 55% des résidents des EHPAD sont classés en GIR 1-2, 37% sont en GIR 3-4 et que seulement 8% des personnes sont en GIR 5-6 [43].

Outre le niveau de dépendance élevé des résidents des EHPAD, il est nécessaire de déterminer leur besoin en soins. L'outil PATHOS permet d'évaluer la mobilisation sanitaire requise en fonction des pathologies. Selon le même principe que précédemment, le niveau moyen de besoins en soins de la structure est définie par le Pathos Moyen Pondéré (PMP) [44].

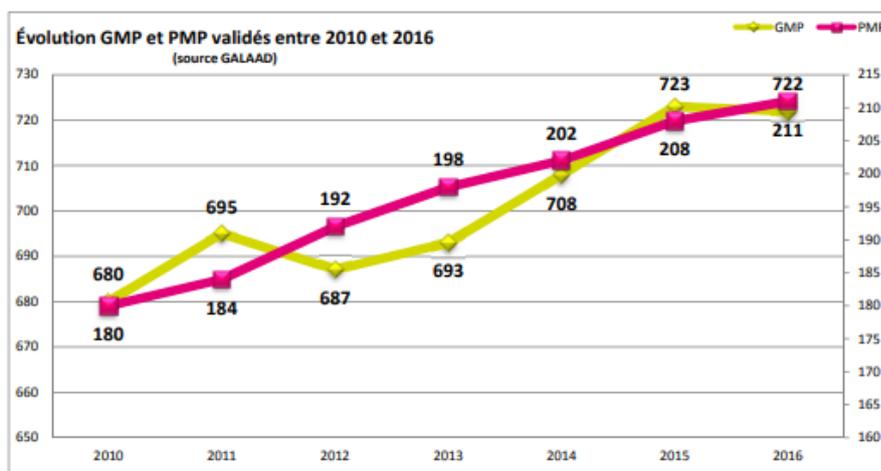


Figure 6 : Evolution pluriannuelle du GMP et PMP moyen national. France, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; Source : CNSA, La situation des EHPAD en 2016.

On constate que les valeurs de GMP et PMP sont en hausse depuis plusieurs années, ce qui signifie que le niveau de dépendance ainsi que le besoin en soins des résidents sont de plus en plus importants. La dépendance en établissement a progressé de 6% entre 2010 et 2016. Quant à la prise en charge médicale, elle a augmenté de 17% sur la même période. Il est très important de noter que les résidents accueillis en EHPAD ont

davantage un profil type Unités de Soins de Longue Durée (USLD) ou avec des pathologies psychiatriques, qu'un profil type EHPAD [45].

« Parmi les résidents, près de 260 000 souffrent d'une maladie neuro-dégénérative, 49% des résidents souffriraient de syndromes démentiels, pour beaucoup liés à la maladie d'Alzheimer, et 35% présenteraient des « troubles chroniques du comportement » » [46]. Néanmoins, l'ampleur de ce phénomène est difficile à quantifier car les outils d'évaluation AGGIR et PATHOS ne prennent pas suffisamment en compte ces pathologies. D'après la DRESS, à partir de 2025, l'augmentation du nombre des personnes fortement dépendantes (GIR 1 et 2) serait plus nette [47]. Dans les années à venir, les EHPAD accueilleront donc des résidents toujours plus âgés, plus dépendants et verront progresser leurs niveaux de GMP et de PMP.

L'évolution de la population en EHPAD est corrélée aux flux démographiques, aux choix des politiques publiques qui soutiennent le maintien à domicile et à la diminution du nombre de place en USDL. Devant la croissance de la dépendance et le besoin exponentiel en soins, nous oublions peu à peu que l'EHPAD est un lieu de vie, certes médicalisé, mais non un lieu d'hospitalisation. Aujourd'hui, trois cultures sont présentes dans nos établissements [48]. La culture hospitalière due à notre très grande proximité avec l'hôpital, se caractérisant par la médicalisation des EHPAD et l'élaboration des projets de soins. La culture hôtelière, issue de la naissance des établissements d'hébergement à caractère privé se définissant leur humanisation. Enfin, la culture du domicile affirmant les droits des usagers, notamment au travers la loi 2002-2 qui se singularise par l'élaboration des projets de vie individualisés. Toutes les trois ont leur validité, cependant, « la liberté de fonctionnement des établissements, affirmé progressivement comme une notion essentielle à la bonne gestion, n'en est pas moins contrebalancée par des contraintes de plus en plus nombreuses qui empêchent les responsables d'établissements et de services de pouvoir s'exprimer dans le cadre d'un véritable management maîtrisé » [49]. D'année en année, les contraintes et obligations, progressivement imposées, ont créé divers paradoxes en institution.

CHAPITRE 3. LES PRINCIPAUX PARADOXES EN EHPAD

Le paradoxe est le lieu de rencontre entre deux idées présentant des aspects contradictoires. Ce chapitre pourrait, à lui seul, faire l'objet d'un mémoire tellement le modèle actuel de l'EHPAD regorge de paradoxes dus à l'inflation de la réglementation. Néanmoins, pour définir le modèle de l'EHPAD de demain il m'a paru indispensable

d'évoquer les principales situations paradoxales que peuvent rencontrer les résidents. Cette liste ne sera néanmoins pas exhaustive, je ne m'intéresserai uniquement qu'au périmètre de mon mémoire. Plusieurs principes de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1798 et de la loi de 2002-2 ne sont pas respectés, portant ainsi atteinte aux droits et aux libertés de la personne accueillie ; sous prétexte de « sécurité » (A), on laisse l'institution prévaloir sur l'individu (B) oubliant souvent qu'il n'est pas un patient (C).

A. Entre droits, liberté et sécurité

La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1798 [50] expose les droits naturels, inaliénables et sacrés de l'Homme. Il y est développé que la liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale avait notamment pour objectif de développer les droits et libertés des usagers. Elle énonce que « *l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. [...] lui sont assurés : le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement* » [51]. De plus, un des sept outils de la loi 2002-2 est la charte des droits et libertés de la personne accueillie [52]. Son article 8 intitulé « Droit à l'autonomie » fait référence à la possibilité de circuler librement. Ces trois textes prônent le droit et la liberté d'aller et venir comme étant l'une des composantes de la liberté individuelle ; il est donc paradoxal de constater que les unités pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés soient pourvues d'un digicode alors que d'autres moyens pourraient être mis en place. Avec de plus en plus de réglementations strictes, la maxime « comme à la maison » sonne comme une utopie. En effet, prenons l'exemple des tâches ménagères. Les résidents sont dans leur lieu d'habitation, cependant, pour des questions d'hygiène et de sécurité les cuisines et la lingerie sont interdites à toute personne n'étant pas du personnel [53], on retire donc aux résidents le souhaitant, le droit de réaliser les tâches culinaires et ménagères comme ils l'ont fait toute leur vie. Ainsi, trop de réglementations conduit à des privations évitables dans la vie quotidienne des personnes âgées en EHPAD. A chaque droit correspond un devoir, il faut simplement se poser la question de la priorité. Le fait de ne pas vouloir se laver constitue un droit pour la personne. Le devoir du soignant est de proposer à cette personne de se laver ; en cas de refus du résident, elle doit lui expliquer et motiver les bénéfices de cette action ; néanmoins, si la réponse est toujours négative, il doit respecter la décision du résident, car son travail n'est pas de laver absolument la personne mais d'encourager la personne à le faire. Sans qu'il y ait dérive, le professionnel

doit se dire « je n'ai pas lavé le résident car il ne voulait pas mais mon travail est fait correctement car j'ai respecté son droit ».

Ainsi, en voulant « trop » sécuriser, se génèrent des situations paradoxales. Celles-ci nous amènent à nous interroger sur le fait qu'il soit possible ou non de concilier droits, libertés et sécurité ? Nous parlerons du droit aux risques un peu plus loin dans le mémoire. Selon Gérard BRAMI, la liberté et plus généralement « *les droits des résidents relèvent d'une problématique particulière, car ils représentent des droits liés à une situation d'institutionnalisation* ». Il met en exergue qu'« *un principe de base semble être posé, selon lequel l'entrée en institution réduit naturellement les droits de la personne accueillie* » [54]. Il faut alors trouver un équilibre entre les droits et les libertés des personnes et les obligations de l'établissement ; mais généralement, l'institution s'impose au détriment des droits et des libertés de l'individu. « *La particularité des institutions gérontologiques, est qu'elles font coïncider dans un même espace un lieu de vie et un lieu de travail* » [55].

B. Quand l'institution s'impose aux résidents

Entrer en EHPAD c'est bénéficier de services collectifs mais il faut également pouvoir conserver ses droits, sa liberté et son autonomie. Toutefois, il faut que cela soit compatible avec les règles de la vie communautaire car en structure collective, la liberté des uns s'arrête là où celle des autres commence. Après des années à vivre « chez soi », en entrant en établissement, les résidents découvrent une vie en collectivité, passant d'un « chez moi » à un « chez moi dans un chez nous ». La vie en EHPAD est celle d'une microsociété dans laquelle s'entremêlent les relations entre le résident et sa famille, le résident et le personnel, les résidents entre eux et les familles entre elles. Ainsi, les règles de l'institution rappellent à l'individu qu'il n'est pas dans une habitation mais bien dans une institution médico-sociale, voire même hospitalière. Par exemple, les bâtiments devraient être pensés « usagers » et non « professionnels ». Autre exemple, la blouse ne peut-elle pas être utilisée uniquement durant les soins et l'entretien des logements ? Inspirons nous des pratiques qui se font à domicile puisque l'EHPAD est considéré comme le nouveau domicile du résident. De même, les points forts de la journée du résident et de celle du professionnel sont les mêmes mais ne sont pas vécues selon le même rythme ; il existe donc un véritable décalage de rythme car la personne âgée est dans son lieu de vie tandis que le professionnel est dans son lieu de travail. Les deux se côtoient sans jamais vraiment se rencontrer. Cependant pour les deux parties, il faut se conformer à une organisation institutionnelle. En outre, la législation des EHPAD s'impose également aux

résidents ; un exemple : un couple de personnes âgées voulant entrer en EHPAD ne le pourra que si les deux personnes sont dépendantes ; de ce fait, le couple sera séparé.

Les situations évoquées ci-dessus constituent donc des paradoxes. L'institution s'imposant au résident, ce qui aurait dû être le nouveau « chez soi » dans lequel vient travailler un personnel, n'est qu'un lieu de travail dans lequel viennent vivre des résidents. Dans l'institution, n'oublions donc pas de considérer le résident dans sa globalité.

C. Le résident : une personne âgée et non un malade

Comme le définit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » [56]. Ainsi, prendre soin d'une personne, ce n'est pas uniquement la soigner médicalement, c'est également prendre en compte son environnement proche et son rythme de vie. Il ne faut donc pas résumer la personne accueillie à un plan de soins, il faut la considérer dans sa globalité, priorisant ainsi sa personne, ses droits, ses libertés et ses envies. Le côté social n'est donc pas à minimiser, d'autant plus que le vieillissement ne se soigne pas. On ne doit donc pas voir chez la personne âgée dépendante uniquement son corps malade mais l'être qui l'habite. Pour accompagner dignement une personne âgée, la respecter et la considérer en tant que citoyen, il faudrait repenser le langage employé.

D. Un vocabulaire à adapter

L'âge fait partie des vingt critères de discriminations interdits par la loi [57]. De façon paradoxale, pour évoquer les personnes âgées et les EHPAD, nous employons souvent des qualificatifs stigmatisants ou en lien avec le secteur hospitalier plutôt que domestique. Par exemple, l'espace privatif du résident est communément appelé « la chambre », comme à l'hôpital ; il serait préférable de privilégier le terme « logement » qui renvoie plus une habitation. Tout comme les espaces de circulation nommés « couloirs », peut-être pourrions-nous utiliser le terme « rue » afin de donner une véritable adresse aux résidents ? C'est d'ailleurs ce qu'a commencé à faire la loi ASV de 2015 en retirant certains mots du texte : le mot « dépendant » est remplacé par « perte d'autonomie ». Ce changement permet d'apporter une plus grande importance à la notion d'autonomie ; par conséquent, la personne est définie positivement par ses capacités plutôt que par ses déficits. Tous ces mots courants discriminants et stigmatisants contribuent à maintenir des idées reçues sur les résidents en EHPAD. Un effort de terminologie ne peut que favoriser

un état d'esprit plus humain et plus respectueux. Il serait donc judicieux de repenser le langage adopté concernant les personnes vieillissantes et leur environnement.

Le fait que le résident puisse personnaliser son espace privatif ne suffit pas à ce qu'il se sente chez lui ; il faudrait apporter de la flexibilité dans les textes juridiques et dans les pratiques professionnelles. Ces divers paradoxes nous incitent à nous questionner : le « chez soi » en EHPAD en est-il vraiment un ? Qui est véritablement protégé par toutes ces réglementations (les résidents ou l'institution) ? Qu'est ce qui nous autorise à décider du rythme de vie du résident ?

En conclusion de cette première partie, l'accueil et l'accompagnement en institution sont un modèle historique qui a connu plusieurs réformes. Deux lois régissent actuellement les EHPAD, la dernière date de 2015 avec la loi ASV, cependant, la véritable réforme concernant l'accueil et l'accompagnement des résidents en EHPAD remonte à 2002 avec la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette dernière constitue depuis plus de 15 ans la référence dans l'organisation et l'évaluation des établissements qui y sont soumis ; elle ambitionnait de remettre l'utilisateur au cœur de l'accompagnement, garantissant à toute personne accueillie l'exercice de ses droits et ses libertés individuelles. Sur le papier, elle semblait apporter une avancée importante, mais dans la réalité, les résultats attendus ne sont pas ceux escomptés. Depuis plus de 40 ans, l'EHPAD s'impose comme le modèle commun ; cependant aujourd'hui, au regard des évolutions démographiques, des prévisions statistiques et des caractéristiques du public accueilli en EHPAD, on ne peut pas réaliser le même accompagnement en 2002 qu'en 2018. Les questions concernant notre modèle d'EHPAD et celles concernant la pertinence de la loi 2002-2 (et par conséquent du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)) sont posées. Ils ne sont plus du tout adaptés à la situation actuelle, il faudrait envisager de les réactualiser. Ainsi, il apparaît que le modèle d'EHPAD, tel qu'il a été conçu, n'est plus le modèle adapté à l'accompagnement des personnes âgées de manière efficiente. Il faut une véritable rupture conceptuelle ; le nouveau modèle devra s'adapter aux générations futures.

PARTIE II. L'EHPAD DE DEMAIN, UN FORMAT A QUESTIONNER

Le secteur des EHPAD est traversé par de multiples tensions qui ne font que s'accroître. Néanmoins, il sera toujours nécessaire d'avoir des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes pour lesquelles l'aide à domicile est insuffisante. L'objet de cette partie est donc de se questionner sur les enjeux du nouveau modèle (Chapitre 1),

sur les freins inhérents à son développement (Chapitre 2) mais également de relever les initiatives déjà prises pour le faire évoluer (Chapitre 3).

CHAPITRE 1. QUELS SONT LES PRINCIPAUX ENJEUX DU NOUVEAU MODELE ?

Avant de définir le nouveau modèle de l'EHPAD, il faut déterminer et réfléchir aux différents enjeux que comporte ce changement (seuls les enjeux entrant dans le périmètre de mon mémoire seront développés). Le nouveau format de l'EHPAD devra permettre de revaloriser l'image des EHPAD (A) et ainsi de changer le regard que la société porte sur la personne âgée (B). De plus, le nouveau modèle de l'EHPAD devra faire en sorte de répondre aux attentes et besoins des futurs résidents (C) afin que l'entrée en établissement soit un choix souhaité (D). Enfin, il participera à l'inclusion de l'établissement dans la vie du territoire (E) et répondra à un enjeu sociétal et économique (F).

A. Revaloriser l'image de l'EHPAD pour palier au manque d'attractivité

La principale critique qui est adressée aux EHPAD est qu'ils ressemblent à des mouirois. Faute d'avoir pu se défaire de cette image qui lui colle à la peau, l'EHPAD a mauvaise presse en France. Aujourd'hui, il faut se tourner vers des réflexions positives de manière à faire disparaître la mauvaise image des EHPAD et ainsi permettre de les faire percevoir comme des lieux de vie, de partage, de joie et de « chez soi ». De ce fait, les seniors pourraient s'y investir sans attendre la perte d'autonomie. Pour y parvenir, il faut gommer l'aspect médico-social et ne plus se trouver piégé dans une identité institutionnelle, voire hospitalière. Selon Colette EYNARD, consultante en gérontologie, la médicalisation des EHPAD, est « *complètement antinomique avec la notion d'habitat* » [58]. Il faut rechercher ce qui fait sens pour les gens afin de retrouver une véritable identité de lieu de vie et d'habitation. Cette revalorisation passe également par le nom qui est donné à ces établissements. L'acronyme EHPAD a un caractère stigmatisant et dévalorisant pour les personnes accueillies ; il faudrait envisager une nouvelle appellation. Cependant, nous ne pouvons pas revaloriser entièrement l'image des EHPAD si la société ne change pas le regard qu'elle porte sur la personne âgée, car si elle en a une image négative, comment avoir une image positive des lieux qui les regroupent ? Le nouveau modèle devra donc amener la société à changer le regard qu'elle porte sur les personnes âgées.

B. Changer les regards sur les personnes âgées

Autrefois considérés comme des sages qui veillent sur les autres et sur qui nous devons veiller en retour, la société traitait leurs anciens avec respect [59]. Avec le temps, cette vision de la personne âgée n'a pas perduré. En effet, nous avons assisté à une forme de désacralisation de la personne âgée. « *De manière paradoxale, on exalte les vertus d'une certaine longévité, au moment même où l'on destitue de sa place et de sa fonction sociale la personne considérée incompatible avec les modèles sociaux qui s'imposent... [...] nos rejets, nos indignités, contribuent à évincer de notre histoire les personnes qui y ont contribué* » [60]. Pourtant, nous deviendrons tous âgés un jour. Selon Serge GUERIN, sociologue spécialiste du vieillissement, il est « *difficile de se projeter, de s'imaginer en position de faiblesse* » et malheureusement, « *il faut souvent la survenance d'un événement fâcheux* » pour prendre conscience de la situation [61]. Aujourd'hui, changer le regard de la population sur le vieillissement constitue un enjeu de taille car les représentations sont fortes et bien ancrées dans les esprits. Celles-ci ont été renforcées par les politiques lorsque la question de la prise en charge de la dépendance s'est substituée à celle de l'intégration sociale des personnes âgées. Il faut les dépasser et promouvoir une vision positive de l'âge. Il faut continuer à combattre cette stigmatisation et les discriminations dont sont victimes les personnes âgées. Pour y parvenir, il faut renforcer le rapport avec les séniors et sensibiliser à la notion de solidarité dans l'éducation des enfants afin de développer une culture d'assistance et d'entraide intergénérationnelles. Il faut également renforcer les droits et les libertés des personnes âgées pour qu'ils ne soient pas ignorés. Il est indispensable de se questionner sur la place que nous souhaitons donner aux personnes âgées dans la société. Les personnes âgées sont confrontées au regard négatif porté sur la vieillesse, « *on ne parle de vieillesse, dans notre société, que pour en évoquer les inconvénients. [...] Tout être humain a besoin des autres pour vivre, la dépendance n'est donc pas spécifique de l'âge. Mais, lorsque l'on parle de personne âgée dépendante, on donne à ce mot un sens négatif* » [62]. S'il est important de changer le regard de la société sur le vieillissement et sur la personne âgée, il est également incontournable de donner une image d'utilité à la personne âgée elle-même. Il faut voir les personnes âgées, non pas comme des personnes dépendantes ayant des incapacités, mais plutôt s'attarder sur les capacités des personnes âgées et les valoriser. Il faut prendre conscience que le vieillissement est un processus naturel et inhérent à la vie. S'il peut parfois aller de pair avec une perte d'autonomie ou une déficience cognitive, en aucun cas le vieillissement ne doit l'être avec une perte d'identité. Il faut dépasser certaines réticences liées au contact d'un public inconnu. En plus de

changer le regard porté aux seniors par la société, l'un des autres changements, et donc enjeu du nouveau modèle, sera d'adapter l'accueil et l'accompagnement des résidents à l'évolution de leurs profils.

C. Répondre aux attentes et aux besoins des futurs résidents

Comme nous l'avons vu précédemment, le profil des résidents a évolué. Aujourd'hui, ils restent à domicile le plus longtemps possible et entrent en EHPAD le plus tard possible. Ces entrées de plus en plus tardives ont pour conséquence une élévation du niveau de dépendance et une augmentation du pourcentage de résidents accueillis souffrant de la maladie d'Alzheimer. Il est considéré à tort que le senior n'est pas adapté à l'EHPAD alors qu'en réalité, c'est le modèle actuel de celui-ci qui est inadapté. L'un des enjeux du nouveau modèle de l'EHPAD sera donc d'adapter son offre à l'évolution des profils des résidents. « *L'actuelle génération des « très vieux » s'est faite surprendre par le phénomène de massification du grand âge de la fin du XXème siècle* ». Cette génération d'ainés n'avait ni anticipé, ni prévu l'amélioration des conditions de vie et de soin et donc l'augmentation de l'espérance de vie. Par conséquent, elle n'avait pas préparé sa vieillesse. Les politiques quant à eux, « *si face à la massification des étudiants (ils ont) créé des universités, face à la massification du vieillissement, (ils ont créé)... des maisons de retraite* » [63]. La nouvelle génération des seniors aura été pour sa part confrontée aux problématiques rencontrées actuellement, elle sera donc avertie et anticipera. « *Progressivement, l'institution a mesuré qu'un nouveau type de clientèle apparaissait, notamment par l'expression de besoins particulièrement individualisés* » [64]. Les résidents ne sont donc plus les mêmes qu'il y a 40 ans, de ce fait, les attentes et les besoins ont évolué. Pour proposer une réponse adaptée à la demande, « *le citoyen doit être réintégré dans la boucle de façon décisive ; la société civile doit être beaucoup plus reconnue et associée aux prises de décision* » [65]. Cela permettra d'honorer leurs attentes légitimes. Cette génération à venir, élevée dans le consumérisme post 68 sera beaucoup plus exigeante et soucieuse de ses droits et de son bien-être. Elle n'ira plus en EHPAD uniquement par contrainte mais sera le véritable acteur de son vieillissement.

D. Faire de l'entrée en EHPAD un choix souhaité

Il y a plus de 20 ans, les personnes choisissaient de s'installer en maison de retraite pour y demeurer plusieurs années [66]. Aujourd'hui comme l'exprime Gisèle BESSAC, consultante dans le secteur médico-social, « *quitter son domicile est un vrai deuil, traumatisant selon les circonstances. Cet événement nécessite de construire de nouveaux*

repères et une nouvelle intimité. Ce qui est d'autant plus difficile en une période de grande fragilité et de désorientation » [67]. Le motif économique ne justifie pas à lui seul ce choix de maintien à domicile. En effet, comme l'observe Anne SEMARD, ancienne directrice d'Agevie « *quelles que soient les difficultés vécues à domicile, le souhait de la quasi-totalité des personnes âgées est de vivre le plus longtemps possible chez elles, ou, si cela n'est plus possible, de vivre à proximité immédiate de leur domicile initial dans un environnement qui leur permet de conserver leurs habitudes » [68].* Cependant, malgré les nombreux services existants, le maintien à domicile devient parfois impossible. Quitter son « chez soi », est alors vécu comme la perte du dernier symbole d'autonomie, cet acte représente bien souvent un renoncement douloureux. « *C'est la perte d'autonomie (physique et/ou cognitive) qui motive le plus souvent l'institutionnalisation, à laquelle s'ajoutent parfois d'autres pertes (celle d'un proche, un éloignement familial) » [69].* Cela explique que la décision d'entrée en établissement est envisagée au dernier moment, voire même dans l'urgence, lorsque toutes les alternatives ont été épuisées. Voilà un des enjeux majeurs du nouveau modèle de l'EHPAD : ne plus associer l'entrée en institution à une fatalité mais à une opportunité de pouvoir continuer à vivre dans de meilleures conditions de vie. La finalité est que l'entrée en établissement doit être un choix souhaité et non contraint ; pour y parvenir « *il faut faire en sorte que l'entrée en institution ne constitue pas une réelle rupture avec la citoyenneté antérieure de la personne âgée, mais soit une véritable continuité de celle-ci » [70].*

E. Inclure activement l'EHPAD dans la vie du territoire

Pour que l'établissement ne soit pas synonyme de rupture de citoyenneté et de lien social, il faut l'inclure activement au sein du territoire en mettant en place une véritable politique d'ouverture vers l'extérieur. En effet, un EHPAD n'a aucun intérêt à cloisonner son activité. Cet ancrage territorial passe par une ouverture géographique et sociale mais nécessite aussi la signature de divers partenariats. Il faut également créer une dynamique intergénérationnelle jusqu'à la fin de la vie afin de changer les regards portés sur la personne âgée car face à la « seniorisation » de la société, il existe également un enjeu pour celle-ci.

F. Enjeu sociétal

L'allongement de la vie doit être perçu comme une opportunité pour la société ; de ce fait, « bien vieillir longtemps » devient un défi à relever ensemble. Quelle société souhaitons-nous ? Une société libérale et individualiste ou une société inclusive qui accompagne

jeunes d'aujourd'hui et vieux de demain ? Selon Claude JARRY, Président de la Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Établissements et services pour Personnes Âgées (FNADEPA), « *cette question de société inclusive est une question de dignité. Il faut faciliter une forme de normalité qui fait de la personne âgée un concitoyen avec des singularités, mais qui reste un homme debout. Quand on n'organise pas le lien social naturel, cela se paie : on fait venir l'infirmier et le médecin plus que de raison, pour garder une relation à l'autre. Or, le soin ne doit pas être la porte d'entrée de la sociabilité* » [71]. De cet enjeu sociétal en découle donc un enjeu économique.

Aujourd'hui, le modèle actuel de l'EHPAD ne convient plus à la société. L'objectif en créant un nouveau modèle est donc de répondre à une demande sociale. Si l'EHPAD de demain soulève de nombreux enjeux, il faut également s'interroger sur les freins qui s'opposent à la conception de ce nouveau format.

CHAPITRE 2. QUELS SONT LES PRINCIPAUX FREINS AU DEVELOPPEMENT DU NOUVEL EHPAD

Tout projet comporte des freins qu'il est primordial d'identifier initialement afin de mener à bien la réalisation de celui-ci. L'EHPAD de demain ne déroge pas à cette règle, il existe des freins politiques (A), juridiques (B), normatifs (C), sociétaux (D) et des freins liés au diktat du risque zéro (E). Il existe également des freins tarifaires, budgétaires et financiers mais ils sortent du périmètre du mémoire. Tous les freins devront être levés afin de permettre le développement d'un nouveau format d'EHPAD.

A. Les freins politiques

Le gouvernement change de membres tous les cinq ans sans qu'il n'y ait de véritable continuité dans les actions concernant la politique dédiée à l'accueil et l'accompagnement en institution des personnes âgées. Cette continuité supposerait « *de tolérer plus encore : le retour critique sur les procédures engagées* » [72]. De plus, année après année, les politiques publiques se sont clairement orientées en faveur du maintien à domicile, mettant ainsi au second plan l'accueil et l'accompagnement en EHPAD des personnes âgées. Il en résulte que, depuis la loi sociale de 1975, le modèle architectural et les prestations proposées, sont restés inchangés. Il faudrait donc que les politiques publiques reconsidèrent l'EHPAD comme étant un véritable dispositif d'accueil et d'accompagnement. Si le modèle de l'EHPAD n'évolue pas, en revanche, sa législation évolue et est devenue de plus en plus contraignante.

B. Les freins juridiques

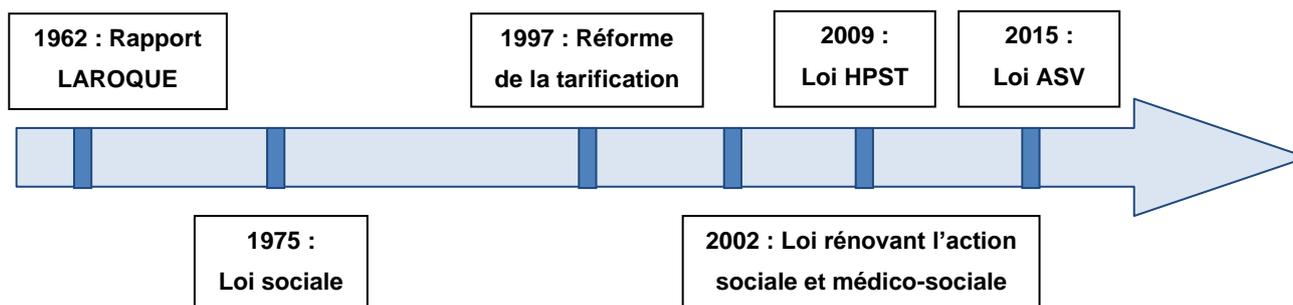


Figure 7 : Evolution chronologique des interventions des politiques publiques en EHPAD.

Il découle des choix politiques que, malgré que la dernière loi régissant les EHPAD date de 2015, la véritable loi s'intéressant aux droits et aux libertés des résidents date de 2002. De plus, la loi sociale de 1975 et toutes celles qui ont suivi, ont généré des contraintes excessives [73]. Gérard BRAMI fait le constat qu'il existe « *un véritable excès de textes [...] qui rend moins compréhensibles le problème et les solutions qui lui sont apportées [...] laissant ainsi se creuser un fossé entre les créateurs de droit et les praticiens* » [74]. En outre, depuis la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » de 2009, les initiatives ne peuvent trouver les moyens de se concrétiser que dans le cadre d'appels à projet de l'ARS avec des cahiers des charges très précis. Le fait que le législateur ne s'interroge pas régulièrement, les empilements de lois et les conditions d'ouverture des EHPAD constituent donc des freins au changement empêchant ainsi le modèle d'évoluer. En plus d'être régis par des textes nombreux et contraignants, les EHPAD doivent également obéir à des normes qui paralysent un peu plus les innovations et réduisent les droits et libertés des personnes accueillies.

C. Les freins normatifs

Les EHPAD doivent satisfaire à un certain nombre de normes relatives aux établissements médico-sociaux et aux établissements recevant du public (ERP) ; celles-ci sont plus strictes que les normes appliquées aux domiciles ordinaires. Elles sont diverses et variées : architecturales, hygiéniques, sécuritaires, hôtelières, environnementales... L'enquête « Normes et moyens en EHPAD » [75] qui avait pour objectif d'étudier l'impact des normes sur le fonctionnement des EHPAD met en exergue que celles-ci sont bien appliquées par les professionnels mais qu'il existe une réelle « pression normative » due à leur nombre et leur évolution rapide. Cette étude témoigne également que le cumul des normes et leur trop grande précision les rendent inadaptées dans certaines situations. Si quelques-unes sont perçues comme bénéfiques comme la norme relative à l'accessibilité,

d'autres en revanche, comme les obligations de traçabilité, sont considérées comme contraignantes et souffrent d'un rapport coût/bénéfice défavorable. De plus, il n'est pas nécessaire de rechercher le perfectionnisme normatif immobilier, hôtelier ou encore sécuritaire ; il faut laisser un peu plus de liberté à la personne de façon à ce qu'elle puisse s'organiser comme elle le souhaite. Les normes sont importantes mais elles sont cependant considérées comme oppressantes ; de ce fait, elles rendent les actions trop structurées et trop contraignantes sans aucune marge de manœuvre. Outre les freins dits « administratifs », il existe également des freins liés à la société.

D. Les freins sociétaux

L'image qu'a la société de la personne âgée et des EHPAD dépend de plusieurs facteurs que sont l'histoire de vie, la culture, l'éducation, les médias et les politiques dédiées aux personnes âgées. Le regard porté sur les personnes âgées doit changer car si on a une image négative de celles-ci, comment avoir une image positive des lieux les regroupant ? Pourquoi la dépendance d'un bébé est-elle attachante, quand celle d'une personne âgée est stigmatisante ? Il faut donc que la population s'interroge sur la société qu'elle souhaite pour ses aînés et la place qu'elle veut leur donner. Malgré les évolutions et les améliorations en termes d'accueil et d'accompagnement des seniors, la société voit toujours les EHPAD comme des hospices « *dont on retient surtout [...] l'image asilaire, voire totalitaire, à l'opposé des valeurs actuelles d'autonomie et d'indépendance. [...] C'est ce modèle des hospices qui reste ancré dans les esprits, mêmes si les apparences se sont complètement transformées* » [76]. Par conséquent, elle représente un frein à l'évolution du modèle de l'EHPAD car on ne peut pas changer fondamentalement le modèle si la vision de la société reste ancrée dans ses préjugés sur l'âge et l'institution. Implicitement lié à la société, un autre frein nuit également à la conception d'un nouveau modèle de l'EHPAD, il s'agit du diktat du risque zéro.

E. Le diktat du risque zéro

« *Instruite par les drames humanitaires du XXème siècle, ébranlée par une série d'événements graves (de Bhopal à Tchernobyl, du sang contaminé à la vache folle), confrontée au spectre d'avenirs bien difficiles à déchiffrer, l'opinion occidentale s'est comme repliée cette dernière décennie dans cette « niche » bien en retrait : celle du risque zéro* » [77]. Le risque est défini comme le fait de s'engager dans une action qui pourrait apporter un avantage, mais qui comporte l'éventualité d'un danger [78]. Le risque zéro est donc l'absence totale de risque. L'obsession de la sécurité absolue deviendrait au

final un obstacle à la qualité de vie des résidents ; or, on ne peut pas vivre librement en n'ayant aucun risque. Le modèle actuel de l'EHPAD souhaiterait atteindre le risque zéro, mais souhaitons-nous véritablement vivre dans une société totalement maîtrisée ? J.F Kennedy a dit « *n'ayons peur de rien d'autre que de la peur elle-même* » [79]. Par conséquent, le pire des risques est de ne pas en prendre. Empêche-t-on les enfants d'apprendre à marcher en les contentionnant ? Par conséquent, préférerait-on continuer à faire ce que l'on aime (marcher, coudre, tondre...) ou se le voir interdire car cette activité comporte un risque pour nous-mêmes ? C'est là qu'intervient la notion de risque acceptable. Cependant, pour qui le risque doit-il être acceptable ? Pour le résident, sa famille ou l'institution ? Comme le dit Colette EYNARD, consultante en gérontologie, « *si un résident aime se promener, même s'il court le risque de chuter, il [...] semble normal de continuer à lui donner la possibilité de faire ce qu'il aime, en acceptant de prendre ce risque collectivement* » [80]. En France, nous n'avons pas un ratio de personnel de un pour un, il est donc impossible de rester 24h/24 avec chaque résident et même si ce ratio le permettait, cela n'empêcherait pas les incidents. Il faut accepter les risques. « *C'est là désormais notre défi, et il commence d'abord par l'acceptation du fait que le « risque zéro n'existe plus* ». [...] *On ne peut plus tricher avec la réalité. La fin du risque nul, c'est le début d'une nouvelle responsabilité* » [81]. Nous abordons les innovations depuis un registre défensif, nous commençons par mesurer les risques et par instaurer des réglementations supposées garantir une « maîtrise totale » de nos environnements. « *La prétention du zéro défaut, zéro mort, risque zéro a fini par nous couper du monde réel. Pourtant, il est possible de s'inscrire dans un registre opposé, résolument positif et volontaire* » [82]. Admettons définitivement que le risque zéro n'existe pas et abordons le changement de manière offensive. « *Il faut simplement savoir se mettre en condition de réussite pour entrer dans le domaine de façon créative* » [83]. Les familles transfèrent leur responsabilité sur l'institution se déchargeant ainsi de tout problème avec leur proche. Les institutions quant à elles, pour se prémunir de tout risque de contentieux, se sont vues instaurer un certain nombre de réglementations leur permettant de se dégager de toute responsabilité à leur tour. Or, cela s'oppose à la vie en institution et réduit considérablement les droits et les libertés des résidents. C'est alors que devrait intervenir la notion de responsabilité partagée ; cela passe par le fait que les familles prennent la responsabilité de laisser leur parent vivre jusqu'au bout de leur vie, avec tous les risques que cela comporte et que de son côté, l'institution fasse le tri entre les textes utiles et ceux paralysants. « *Il convient d'aller de l'avant* » et de « *prendre le risque de la vie* » [84]. C'est là qu'intervient la notion de droit aux risques. Ces principes de sur-sécurité

conduisant à l'infantilisation des résidents mais aussi des directeurs d'établissement, constituent donc un frein à une nouvelle conception du modèle de l'EHPAD. Si le modèle architectural évolue mais que le droit aux risques n'est pas reconnu, seule l'enveloppe aura changé ; le frein n'ayant toujours pas été supprimé, il continuera à mettre en péril la bonne réalisation du nouveau modèle.

« *Les contenus (connaissances, normes, règles, etc.) restent importants si l'on ne veut pas sombrer dans les rêves ou les cauchemars* » [85]. En revanche, nous sommes aujourd'hui dans un cadre institutionnel qui ne se montre pas toujours à la hauteur ; il nous éloigne, des habitudes de vie des résidents et du respect de leurs droits. En effet, les réformes du secteur consistent souvent à ajouter des contraintes alors qu'il faudrait plutôt simplifier les lois et assouplir les normes. « *C'est dans notre tradition française, qui caresse toujours l'espoir de trouver la règle idéale, l'organisation idéale, à imposer à l'Hexagone, sinon à la planète entière [...] mais soyons plus modestes, plus réalistes – et plus démocrates. Et sachons penser des réponses et des modes d'organisation légers, efficaces, évolutifs, plutôt qu'une perfection inatteignable et bloquant rapidement toute initiative* » [86]. Sans la levée de ces différents blocages auxquels sont confrontés les gestionnaires d'institutions, nul doute que le changement sera difficile. Cependant, face aux paradoxes en institution, aux enjeux et aux freins mais surtout face à l'inertie des politiques publiques, est observé un phénomène d'innovation sociale dans le monde entier. En effet, la société, lasse de ces constats, fait preuve d'un esprit d'initiative et d'innovation, créant ainsi des alternatives répondant à ses attentes et ses besoins [87]. Cela concerne bien des domaines, et notamment celui des EHPAD. Qu'en est-il des innovations dans ce domaine ?

CHAPITRE 3. LES INNOVATIONS ET INITIATIVES VERS UN NOUVEAU MODELE

Comme nous avons pu le voir précédemment, le système institutionnel français ne facilite pas les initiatives et le changement. Néanmoins, un esprit d'innovation existe. Aujourd'hui, certains acteurs du secteur ont fait le pari de l'EHPAD hors les murs afin de le concevoir comme un outil au service du domicile (A). D'autres développent des offres d'habitats multiformes dont le but est d'offrir un véritable domicile où l'individu possède son « chez soi » dans une petite collectivité qui rassure et assure des services ; ce sont des habitats regroupés (B) ou des habitats intergénérationnels (C). L'intergénérationnel étant en vogue depuis quelques années, certains EHPAD ont quant à eux choisi d'installer une crèche en leur sein (D). On voit également émerger de nouvelles formes d'accompagnement grâce

aux « gérontechnologies » (E) et à l'apparition des mini-villages (F) ; ces derniers permettent aux résidents de vivre normalement, avec plus de droits et de libertés, dans un lieu protégé. Cependant, la France s'inspire des modèles qui se développent à l'étranger en effectuant une veille concurrentielle des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des pays voisins (G). Toutes ces initiatives ont des points communs, elles visent à promouvoir l'autonomie des seniors, leur bien-être, la vie en société et à rompre la solitude.

A. L'EHPAD hors les murs, une plateforme de services pour le maintien à domicile

Le maintien à domicile est une demande sociale ; de ce fait, le recours à l'EHPAD en tant qu'institution ne sera peut-être plus systématique dans les années à venir. Il y a quelques années, la maison de retraite hors les murs était un projet innovant. Depuis, plusieurs acteurs du secteur se sont lancés dans ce créneau. En effet, en 2012, le conseil départemental de l'Oise, partant du postulat que les EHPAD seraient amenés à évoluer et qu'il fallait à présent se positionner comme des « *initiateurs des filières de soins gériatriques* » [88] a lancé un appel à projet relatif à la création d'un EHPAD hors les murs [89]. L'objectif principal était d'assurer une prise en charge complète, continue et coordonnée à domicile et d'introduire une solution alternative à l'hospitalisation. En Corrèze, depuis 2012, le concept M@do de la Fondation Partage & Vie [90] s'adresse aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap qui souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible. En s'appuyant sur une plateforme de téléassistance, son objectif premier est de garantir un accompagnement à domicile en continu en proposant des services divers et adaptés 24h/24 et 7j/7, tels que l'aide à domicile, le portage de repas, la téléassistance, des animations, la coordination des soins... L'objectif secondaire est d'intervenir en amont dans l'accompagnement afin de repérer les situations de fragilité et les premiers signes de risque de perte d'autonomie. Paradoxalement, les EHPAD pourraient se transformer en plateforme de services au service du maintien à domicile, mais n'est-ce pas là la fonction des services d'aide à domicile ? Si la question de la place de l'EHPAD dans le parcours de vie de la personne âgée est essentielle, le fait de s'interroger sur le format proposé aujourd'hui est primordial. C'est le cas de certains acteurs du secteur qui ont préféré laisser à l'EHPAD sa fonction première, soit l'hébergement, mais en la renouvelant.

B. Les habitats regroupés, une réponse à la solitude et à l'individualité

Né du constat que les personnes âgées souhaitent vieillir chez elles, mais refusent la perspective de vieillir seules, les habitats regroupés ont vu le jour. Ces habitats, dits intermédiaires ou alternatifs, accueillent des personnes aux profils divers, mais dont une des caractéristiques communes est l'âge avancé. Ce sont souvent des entités de petite taille qui tendent à répondre aux souhaits des personnes âgées de rester vivre dans l'environnement géographique qu'elles connaissent, tout en leur offrant un accompagnement individualisé et un environnement plus vivant et plus sécurisant. L'objectif principal est de permettre à chacun d'accéder à un logement individuel adapté au vieillissement, tout en bénéficiant d'une vie en collectivité choisie et non subie, dans un milieu ordinaire [91]. Si certains sont dits « classiques » en accueillant des personnes âgées dépendantes (1), d'autres se sont spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer (2).

1) Les colocations pour personnes âgées dépendantes

Ages&Vie est un réseau de maisons de retraite fonctionnant sur le principe de colocation entre résidents. Ce concept novateur se base sur le modèle de la colocation entre étudiants. Présent dans cinq départements de la région Bourgogne Franche-Comté, Ages&Vie dispose d'une trentaine de « *domiciles partagés* ». La maison peut accueillir jusqu'à sept locataires, mais seules les personnes classées en GIR 2, 3 ou 4 peuvent y être admises. Simon VOUILLOT, le co-fondateur du groupe explique que « *l'idée d'Ages&Vie, c'était de créer un lieu de vie dans lequel on peut se projeter. Nous avons pensé à ce que nous voudrions comme structure pour nos proches* » [92]. Comme à l'EHPAD, chaque résident dispose d'une chambre comprenant une salle de bain privative avec toilettes. Il existe cependant deux différences avec l'EHPAD. Premièrement, le cœur de la maison est occupé par une grande pièce de vie commune comprenant une cuisine en libre service. Deuxièmement, seules des assistantes de vie sont présentes pour aider les résidents dans les actes de la vie quotidienne si nécessaire et pour veiller au suivi du traitement médical. Pour les personnes nécessitant des soins importants, un service de soins à domicile ou de HAD intervient sur demande des résidents [93]. Ce dispositif offre donc « *un cadre et une qualité de vie qui tranchent avec ceux des maisons de retraite traditionnelles, dont le modèle semble à bout de souffle* » [94]. Sur le même principe, des établissements uniquement dédiés à l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer existent aujourd'hui.

2) Une colocation « Alzheimer »

L'association les petits frères des Pauvres a développé une « *colocation à responsabilité partagée pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés* » [95]. Ce dispositif novateur est une alternative à l'entrée en institution quand le maintien à domicile n'est plus possible. Les dépenses sont supportées collectivement et mutualisées par les colocataires. Grâce à un cadre souple, toutes les décisions concernant leurs parents ou leurs conjoints sont prises par les familles afin de créer un cadre familial, stimulant, sécurisant, respectant le rythme de vie de chacun et favorisant l'ouverture vers l'extérieur. Ce concept s'articule entre un service de professionnels d'aide à domicile disponible 24h/24 et 7 jours/7, des bénévoles qui favorisent le lien social et les familles. Le fait de ne pas avoir beaucoup d'intervenants rassure autant les résidents que les familles et la communication se fait plus facilement ; néanmoins, il faut beaucoup travailler le projet en amont pour constituer des partenariats solides.

Ces habitats partagés ne sont pas des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes au sens « loi 2002-2 », ce sont des colocations où des personnes vivent ensemble et mutualisent les aides à la vie quotidienne. La réussite des colocations nécessite cependant une grande souplesse et une capacité d'adaptation permanente du fonctionnement. D'autres habitats partagés ont été développés, il s'agit des habitats intergénérationnels.

C. Habitats intergénérationnels

« *L'habitat intergénérationnel désigne un ensemble de logements conçu pour accueillir différentes générations : étudiants, familles, personnes âgées* » [96]. Le concept d'habitat intergénérationnel s'adresse donc à tout le monde et à tous les âges. Ces différentes générations peuvent, soit vivre dans un même ensemble résidentiel (1), soit partager le même toit (2). Ces projets permettent de retrouver des valeurs de solidarité entre générations, de lutter contre l'isolement et de proposer une meilleure qualité de vie aux habitants.

1) *Des immeubles et des quartiers intergénérationnels*

Le docteur SANTILLI, directeur du centre « Le Lierre » dont l'objet est de rompre l'isolement social des seniors a constaté que « *la mixité du public et sa diversité constituent un véritable facteur d'intégration et de citoyenneté* » [97]. Comme le suggère Claude JARRY, Président de la Fédération Nationale des Associations de Directeurs

d'Établissements et services pour Personnes Âgées (FNADEPA), « *les structures de logements collectifs ne devraient pas être exclusivement réservées aux séniors, mais mixer les populations* ». Il expose l'exemple de « *la résidence Guillaume-Apollinaire, au-dessus de Lyon, (qui) propose des appartements reliés entre eux par un téléphone interne, et la personne âgée qui ne peut plus acheter son pain peut demander de l'aide au voisin du dessous, ce qui favorise le contact, la solidarité entre les populations* » [98]. Pour aller plus loin dans cette démarche, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) propose de réserver le premier et/ou deuxième étages des immeubles neufs pour y installer un EHPAD afin de rendre la société plus inclusive vis-à-vis des seniors [99]. Cependant, avant d'en arriver là, un autre moyen est utilisé pour créer le lien intergénérationnel, celui de proposer à des étudiants de louer une chambre à l'EHPAD.

2) *Un toit partagé avec des étudiants*

Certains EHPAD proposent à des étudiants de leur louer une chambre. Cette initiative permet de sortir du cloisonnement par l'âge, de favoriser le lien intergénérationnel, de lutter contre l'isolement des personnes âgées et la précarité des étudiants. En effet, en échange de quelques heures de bénévolat auprès des résidents, l'étudiant bénéficie d'un logement à loyer modéré [100]. Cet échange de bons procédés est donc un accord gagnant-gagnant. Cependant, pour que le dispositif soit efficient, il ne faut pas que les étudiants choisissent cette solution uniquement par intérêt financier, il est nécessaire d'avoir une réelle volonté de partager du temps avec les résidents. Ainsi, les étudiants apportent une attention particulière aux résidents et créent une autre relation que ces derniers partagent habituellement avec les soignants.

Afin d'être innovant en matière de dispositifs de solidarité envers les publics fragiles, différents formats se sont développés. Dans cette même volonté de favoriser le lien intergénérationnel, certains acteurs du secteur ont fait le choix d'installer une crèche, soit à proximité, soit au sein même de l'EHPAD.

D. Une crèche à l'EHPAD et vice versa

Comme le formule Colette EYNARD, consultante en gérontologie « *le naturel revient si la vie revient dans l'EHPAD [...] la vraie vie [...]* » [101]. L'EHPAD Les Orchidées de Tourcoing a fait ce pari, en partenariat avec le réseau de crèches RigoLo Comme La Vie, en installant une crèche dans son jardin. En Hérault, la crèche « A Petits Pas » est installée pour sa part, au sein du même ensemble architectural que l'EHPAD Gérard SOULATGES. La crèche est indépendante car elle comporte sa propre entrée, mais il

existe aussi une entrée commune avec l'EHPAD que la plupart des parents utilisent traversant ainsi une partie du hall de l'EHPAD. A Montpellier, l'expérience a été poussée un peu plus loin : une crèche et une maison de retraite partagent les mêmes locaux et comportent une entrée commune. La crèche est mitoyenne par une vitre transparente insonorisée séparant l'espace motricité de la crèche et la salle polyvalente de l'EHPAD, ceci permettant un contact visuel entre les enfants et les résidents. Le fait de voir des enfants change complètement l'ambiance du lieu pour les résidents [102]. Ces différentes proximités permettent de rapprocher les générations et de créer des liens entre les résidents, les enfants et les parents. Ces activités communes permettent de maintenir les compétences chez les personnes âgées mais également d'apprendre l'autonomie au tout petit [103]. Cette véritable découverte mutuelle participe à changer les mentalités sur les personnes âgées et la dépendance [104]. Cette idée innovante au service du bien-être des seniors et des enfants, dont le fonctionnement tranche fondamentalement avec ce qui peut se faire traditionnellement, contribue à intégrer la dimension intergénérationnelle à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Si les innovations passent par le relationnel, elles peuvent également passer par la technologie.

E. L'EHPAD 2.0

Pour Gérard Brami, il se crée un lien entre la modernité et l'âge, qui est exprimé par exemple, par le terme qu'est la « gérontechnologie » qu'il définit comme étant « *une branche de la gérontologie dont le but est de développer de nouvelles technologies permettant de compenser une déficience ou un handicap limitant la perte d'autonomie de la personne âgée* » [105]. Face aux défis de la dépendance, de multiples initiatives voient le jour à travers les nouvelles technologies. Les industriels s'empressent de développer des technologies pour améliorer le maintien à domicile, retarder la perte d'autonomie ou améliorer l'accompagnement des résidents. Dans ces nouvelles technologies, il y a plusieurs spécialités : la domotique, la connectivité et la robotique. La domotique, c'est la maison au service de la personne, ainsi cette technologie permet d'automatiser l'habitat. La connectivité, ce sont les objets connectés ou les tablettes. La robotique, ce sont les robots de service pour assister les professionnels ou aider voire divertir les personnes âgées. Ces outils doivent permettre d'offrir un accompagnement personnalisé et une amélioration de la qualité de vie aux résidents et aux professionnels. De plus, à l'heure du tout numérique, les nouvelles technologies jouent un rôle prépondérant dans la prise en charge du sujet âgé. Les établissements d'accueil pour personnes âgées intègrent de plus en plus les nouvelles technologies fournissant ainsi une réponse

concrète aux problématiques rencontrées. Elles apportent une véritable aide et un gain de temps pour les professionnels en EHPAD mais ces nouvelles technologies « *ne peuvent en aucun cas remplacer l'acte apporté par le salarié* » [106]. Le numérique, ce ne sont pas que des outils, c'est aussi l'intelligence du bâtiment. On parle alors d'EHPAD « intelligent » lorsqu'il s'agit de l'autonomisation des tâches chronophages (exemple les relevés de températures). La digitalisation des EHPAD constitue donc un enjeu fort pour l'amélioration des organisations, des conditions de travail du personnel et de vie des résidents. Certes, aujourd'hui, ces innovations technologiques peuvent être difficiles d'utilisation pour les seniors, cela le sera moins pour les générations futures qui sont de plus en plus « connectées ». Les nouvelles technologies sont des opportunités mais ont certaines limites. Ces outils sont des moyens de faire face au vieillissement mais chaque médaille ayant son revers, il faut donc faire attention à ne pas être intrusif et à pouvoir personnaliser leur utilisation en laissant le choix aux résidents d'utiliser ou non la technologie proposée. De plus, celles-ci ne doivent pas devenir une source de stress pour le résident ; elles doivent au contraire valoriser les capacités des personnes sans mettre l'accent sur celles qu'elles ont perdues [107]. Le résident ne doit pas uniquement être le spectateur lointain d'une modernisation des technologies qui lui échapperait, mais être un participant actif. Pour leur permettre d'être également acteur de leur vie, certains professionnels du secteur ont choisi de développer d'autres formes d'habitat, il s'agit de mini-villages.

F. Les mini-villages

Si le modèle de villages services seniors existe déjà pour les personnes âgées autonomes, nous allons parler de deux autres concepts qui eux, se déploient pour accueillir les personnes âgées dépendantes. Le premier ambitionne d'ouvrir son lieu de vie sur l'extérieur (1) et le second souhaite recréer l'ambiance d'un véritable village pour des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer (2).

1) *L'EHPAD Le Villâge des Aubépins en Seine-Maritime*

Souffrant de nombreux dysfonctionnements, l'EHPAD Les Aubépins a bénéficié d'un projet de reconstruction ambitionnant d'offrir une image d'intégration dans la ville, de faciliter les liens entre les générations et de valoriser les personnes accueillies. La philosophie du projet était de se dire que si le résident ne pouvait plus aller en centre ville, il fallait amener le centre ville à lui. « *L'écriture de cette citoyenneté prend la forme d'un village* » [108]. Renommé Le Villâge des Aubépins, l'établissement a ouvert en 2013. Il

ressemble à un petit centre ville comportant des rues, des places, une brasserie, une retoucherie et un salon de coiffure. Cette plateforme de services est à la disposition des résidents et de la population. Il est très important de noter que les commerces sont accessibles par la rue mais également par l'EHPAD, ainsi les deux populations se côtoient. Son emplacement et son ouverture sur l'extérieur permettent donc d'inscrire les résidents dans la vie locale et de changer les a priori portés sur les personnes âgées [109]. Il a également été fait le choix de ne pas avoir d'unité fermée pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer afin d'éviter toute stigmatisation. Soucieux du respect des droits et des libertés des personnes âgées, cette initiative ouvre peut-être la voie à un nouveau format d'EHPAD. Le département des Landes a quant à lui, souhaité développer ce concept à une plus grande échelle et a choisi de se spécialiser dans l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer.

2) *Le Village Alzheimer des Landes*

Portée par le Conseil départemental des Landes, cette expérimentation est une première en France. Inspiré du modèle néerlandais, ce vaste village Alzheimer (7 hectares) de quatre quartiers accueillera, à la fin de l'année 2019, cent vingt résidents touchés par cette maladie. L'architecture a été voulue familiale et bienveillante afin de maintenir le lien social et d'apporter une souplesse dans l'accompagnement des habitants mais aussi de leur laisser une grande liberté de déplacement à l'intérieur de celui-ci. « *L'objectif est de maintenir aussi longtemps que possible les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer dans une vie ordinaire [...]* » [110] sans blouse blanche apparente et avec des approches non-médicamenteuses. Le village des Landes proposera des services divers et variés tels qu'une bibliothèque, un auditorium, un coiffeur, un salon de beauté, une superette, une brasserie, un cabinet médical... et outre les professionnels présents, des bénévoles et des associations ont été sollicités pour participer à la vie du village [111]. Cette approche est donc basée sur l'innovation et le volet social plutôt que sur le volet médical. Le village intégrera également un pôle recherche afin de mener une étude comparative avec le modèle d'EHPAD d'aujourd'hui et ainsi mesurer, sur la qualité de vie des résidents, l'impact des nouveaux modes d'accompagnement moins médicamenteux.

Dans un secteur où les EHPAD à forte médicalisation sont encore la norme, de nouvelles et belles initiatives, à contre-courant du modèle actuel, détonnent. Par conséquent, nous pouvons ainsi penser que nous avons pris le chemin du changement du modèle actuel de l'EHPAD. Souvent inspirés par les modèles développés dans les pays nordiques, de

nouveaux formats d'accompagnement sont proposées en France. Où en sont nos voisins dans l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes ?

G. Que font nos voisins ?

Au contraire des français, incapables de dépasser le stade de l'expérimentation, certains de nos voisins ont cette capacité à tirer profit de leurs expérimentations pour modifier leurs lois. Si celles-ci s'avèrent une réussite, leur force tient dans le fait qu'ils les diffusent largement dans le pays. Il est donc utile de faire de la veille concurrentielle afin d'observer l'évolution des organisations d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées dans le monde si nous voulons porter un regard critique et constructif sur nos propres organisations et réformes. Que font nos voisins allemands (1) (2), canadiens (3), hollandais (4) en termes d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées ?

1) Les colocations autogérées de malades d'Alzheimer en Allemagne

En Allemagne, les projets pionniers furent portés par les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et leurs familles, soutenues par des associations et des services d'aide et de soins à domicile, suite à leur insatisfaction de devoir quitter le domicile pour entrer en établissement à un stade avancée de la maladie [112]. Sous l'appellation « Demenz WG » traduit par « colocations pour personnes atteintes de démence », ces structures sont considérées comme répondant particulièrement bien au besoin des personnes atteintes de démence. En effet, ces colocations, agencées comme un grand appartement, ont été prévues pour accueillir des petits groupes de 8 à 12 personnes, ce qui permet un accompagnement adapté et individuel. En outre, une gouvernante est présente quotidiennement afin d'y organiser les activités domestiques. De ce fait, ces structures sont particulièrement appréciées car elles allient « normalité » et familiarité d'un lieu de vie comme au domicile. Ces colocations autogérées permettent également de conserver une vie sociale grâce à des bénévoles et de bénéficier de soins grâce au passage de service de soin à domicile [113]. Depuis leur création, elles se sont progressivement déployées sous l'impulsion d'acteurs très divers avec des soutiens institutionnels [114]. Suite au développement de ce nouveau modèle d'accompagnement des personnes âgées, notre voisin allemand a mené des études sur le sujet qui ont mis en évidence que ce type d'accompagnement était bénéfique pour les personnes désorientées mais présentait des limites pour la population de personnes âgées n'ayant pas de démence. C'est à partir de ce constat que l'Allemagne a dégagé une nouvelle conception d'institution pour cette autre population de seniors.

2) Les « maisons de quartier » en Allemagne

L'accueil des personnes âgées en Allemagne a connu plusieurs remaniements comme ce fut également le cas en France. Aujourd'hui, le Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)² distingue cinq modèles successifs dans la conception des maisons de retraite, le concept de cinquième génération de maisons de retraite s'orientant plus vers les personnes nécessitant des soins. Celle-ci est née du constat suivant : l'organisation en famille est bénéfique mais il faut pouvoir en sortir pour se retirer dans une sphère privée et également pour pouvoir participer à la vie de la cité. Ce modèle actuel porte le nom de « QuartierHaus », qui signifie « la maison de quartier » [115]. Il est construit sur la même architecture que les colocations pour personnes atteintes de démences. La grande différence est que l'espace privatif ne correspond plus à une simple chambre individuelle, mais correspond à un appartement dont l'extérieur ressemble visuellement à une véritable entrée de maison (porte d'entrée avec serrure, sonnette et boîte aux lettres). Dans ce quartier adapté règne une ambiance accueillante et bienveillante qui favorise une bonne intégration. Les résidents retrouvent un réel « chez soi, avec d'autres dans mon quartier » [116]. Il ressort d'une étude allemande menée sur ce concept que les personnes bénéficiant de ce type d'accompagnement ont une meilleure qualité de vie qui conduit à une meilleure évolution de leur état de santé [117]. Une structure au Canada a quant à elle fait le pari de la spécialisation de l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées touchées par la maladie d'Alzheimer dans un habitat ordinaire.

3) La maison Carpe Diem au Québec

Fondée en 1995 par Nicole Poirier, la maison Carpe Diem peut accueillir jusqu'à quatorze résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. « *Ce centre de ressource est reconnu comme un modèle, tant dans le mouvement communautaire que dans le réseau de la santé publique. Il offre non seulement un prolongement du milieu familial, mais également une alternative à la conception traditionnelle de l'accompagnement des personnes qui vivent avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée* » [118]. La maison Carpe Diem se trouve dans un ancien presbytère, les résidents vivent donc dans un habitat ordinaire. Toutefois, une attention particulière est accordée à la sécurité sans pour autant sacrifier la vie aux règles. La fondatrice a également développé l'approche carpe diem. C'est une approche différente de l'accompagnement de la maladie qui privilégie la dimension humaine à la dimension du soin, ceci en orientant l'accompagnement sur les capacités

² Créé en 1962, cette organisation joue un rôle structurant dans l'investigation, la modélisation et l'évaluation de nouveaux concepts de maisons de retraite en Allemagne. Site Internet du KDA. Disponible sur : <https://kda.de/>

des personnes plutôt que sur leurs déficits. Ce modèle nous montre que simplement avec une formation et une autre vision de l'accompagnement, on parvient à redonner une parole, une place et un pouvoir de décision aux résidents. Le cadre français est actuellement moins favorable aux types d'initiatives allemandes et canadiennes. Néanmoins, des acteurs français, tel que Les Petits Frères des Pauvres, se lancent dans ces nouveaux modèles d'accueil et d'accompagnement. Si certains pays voisins s'orientent vers des habitats de taille réduite, nos voisins hollandais tentent l'expérience à plus grande échelle en construisant des mini-villages.

4) Expériences des mini-villages hollandais

Le premier concept de village-maison de retraite est né aux Pays-Bas en 2009 à l'initiative Yvonne Van Amerongen, co-fondatrice du village. Ainsi, près d'Amsterdam, le « village d'Hogeweyk » [119] est dédié à l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer. Le village Alzheimer accueille dans vingt-trois maisons ouvertes, cent cinquante habitants qui mènent une vie presque autonome. Le village s'apparente à un quartier résidentiel où tout est fait pour y mener une vie « normale ». Les maisons se déclinent en différents styles (urbain, bourgeois, culturel...) afin que chacun y retrouve son style de vie, ce qui crée des repères et rassurent les habitants. Hogeweyk dispose d'une place, d'un bar, d'une superette, d'un coiffeur, d'un théâtre, d'un cinéma et d'un restaurant qui sont en accès libres aux résidents mais sont également ouverts à la population favorisant ainsi le contact social. Le village est sécurisé permettant aux résidents de se balader librement à pied, à vélo ou en tandem, sans contrainte et restriction, les rendant ainsi plus autonomes. L'ensemble des employés et des bénévoles connaît les résidents et peut les orienter si nécessaire [120]. Les Pays-Bas ont été les pionniers en matière d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer sous la forme de mini-villages et ont inspiré des initiatives similaires.

Il existe ainsi des différents modèles pertinents pour l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. La veille concurrentielle nous permet de nous interroger sur l'amélioration de notre modèle social. Néanmoins, il faut rester vigilant dans les comparaisons ; différents facteurs sont à prendre en compte car les traditions, la culture, les modes de vie diffèrent selon les pays. Il est donc nécessaire de garder un certain recul sur ces situations ; ainsi, il ne s'agit surtout pas de transposer un modèle d'un pays à l'autre, mais de l'adapter en fonction de nos caractéristiques propres.

Aujourd'hui, ces initiatives sont de plus en plus nombreuses car leurs solutions répondent aux attentes et aux besoins de la population française. Par conséquent, il est nécessaire de faire perdurer ces initiatives, elles sont garantes du développement de réflexions permettant d'imaginer d'autres solutions d'accompagnement des seniors. « *Chaque fois qu'il y a de l'audace, du non-conformisme, du questionnement, il y a une voie, un cheminement et un avenir* » [121].

En conclusion de cette seconde partie, nous pouvons dire que le nouveau modèle d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées comportent de nombreux enjeux mais également de nombreux freins qu'il faudra surmonter. Cependant, des acteurs dynamiques du secteur innovent et initient de nouvelles structures en faisant du benchmarking et de la veille concurrentielle, ce qui permet de capitaliser l'expérience de nos voisins. Cela corrobore le fait que, penser que l'accueil et l'accompagnement de personnes âgées dépendantes n'ont pas d'avenir est une erreur pour deux raisons. Premièrement, même si la société a émis le souhait de rester chez elle le plus longtemps possible, à un stade élevé de dépendance, cette volonté n'est plus envisageable. Deuxièmement, il ne faut pas oublier qu'il reste encore une infime partie de la population qui, pour diverses raisons, souhaite entrer en institution. En revanche, il faut repenser le modèle, tant au niveau architectural qu'au niveau de l'accompagnement afin de répondre aux attentes et aux besoins des futurs résidents, ceci conduira peut-être le nouveau modèle à ne plus s'appeler « EHPAD ». Les solutions conçues par les politiques ne sont pas toujours adaptées aux seniors et pour cause, aucune étude n'a été réalisée et publiée sur les besoins et attentes des futurs résidents. Or, si l'on veut coller au plus près de la réalité, il faut associer l'ensemble des acteurs participant à l'accompagnement des seniors, mais surtout les futurs résidents eux-mêmes dès le stade de la conception du nouveau modèle.

PARTIE III. LA TRANSFORMATION DES EHPAD : DU CERCLE VICIEUX AU CERCLE VERTUEUX

Pour transformer les EHPAD afin qu'ils répondent aux attentes et aux besoins des futurs résidents, il s'agit d'anticiper l'évolution du modèle selon les souhaits de la population et de connaître les points de vue des professionnels. Seulement, il n'existe aucune enquête à ce sujet. Pour répondre à ma problématique, il m'a donc paru pertinent de créer des outils permettant de recenser ces informations (Chapitre 1), dans le but d'analyser et de comparer les résultats des enquêtes afin d'en tirer des conclusions (Chapitre 2) et de

soumettre des recommandations afin que le nouveau modèle d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées puisse correspondre à la plus grande partie de la population (Chapitre 3).

CHAPITRE 1. LA METHODOLOGIE EMPLOYEE

Afin de mener à bien ce travail, j'ai employé la méthodologie suivante. Dans un premier temps, j'ai défini les objectifs de l'enquête (A) en lien avec la problématique du mémoire. Dans un second temps, j'ai déterminé les caractéristiques des répondants (B) et la méthodologie d'investigation (C). Enfin, j'ai choisi les modes de diffusion et de collecte des informations (D).

A. Les objectifs de l'enquête

Nous savons pertinemment qu'il n'existera jamais de solutions idéales ; ainsi de nombreux facteurs, tels que l'éducation, la religion, la culture, les représentations, l'histoire de vie, la personnalité..., entrent en compte dans les souhaits d'accueil et d'accompagnement. Par conséquent, l'objectif principal de l'enquête est de répondre à la problématique suivante : « Comment transformer les EHPAD pour répondre aux attentes et aux besoins des futurs résidents ? » et ainsi définir la moins mauvaise solution pour le modèle de l'EHPAD de demain. De cette problématique découlent de nombreuses autres questions. Les objectifs secondaires sont de :

- Déterminer la place de la personne âgée dans la société,
- Relever les points faibles et les points forts du modèle actuel afin de connaître les éléments motivant le départ du domicile pour venir s'installer en structure d'accueil,
- Questionner sur l'actualité de la loi 2002-2,
- Identifier les attentes et les besoins des futurs résidents en termes d'accueil et d'accompagnement en institution,
- Prendre en compte l'ensemble des avis des parties prenantes,
- Comparer les points de vue des répondants en m'appuyant sur leur témoignage, leur situation de vie, leurs expériences personnelles ou professionnelles...

Une fois les objectifs de l'enquête établis, j'ai défini le public à interroger.

B. Les caractéristiques des répondants

1) Choix des personnes interrogées

Comme l'indique la problématique du mémoire, les futurs résidents sont le public ciblé par mon enquête. Or, comme expliqué dans l'introduction, le terme « résident » peut faire référence à l'ensemble de la population, je suis donc partie du postulat que toute personne pouvait ainsi être considérée comme futur résident du nouveau modèle. Ce choix de public est d'autant plus justifié par le fait que les principaux intéressés sont les plus à même de concevoir le nouveau modèle d'établissement. C'est pourquoi, la société doit être nécessairement sollicitée afin de participer activement aux discussions et accompagner le gouvernement dans la formalisation et le développement d'initiatives et, in fine, dans l'élaboration des projets afin qu'ils soient connectés à la réalité. Ensuite, il m'a semblé pertinent de recueillir l'avis des professionnels afin de le mettre en parallèle avec celui de la population. Cela permettra ainsi de mettre en évidence une évolution dans le même sens, ou au contraire de mettre en exergue le fait que les besoins de la population ne correspondent pas à l'avis des professionnels. Ainsi, j'ai souhaité connaître la vision du gouvernement et des autorités de contrôle et de tarification qui sont directement concernés par la problématique mais également celle des fédérations qui travaillent en étroite collaboration avec les institutions citées précédemment et les EHPAD. Pour finir, afin d'apporter un regard éthique et sociologique à mon mémoire, j'ai sollicité des auteurs pour bénéficier de leur expertise sur le sujet. A travers cette étude, j'ai souhaité donner la parole à l'ensemble de la population française mais également aux experts politiques, sociologues, éthiciens car la complétude des données est décisive pour réaliser une analyse la plus exhaustive possible.

2) Echantillonnage

Afin de diffuser et partager l'enquête à un maximum de personnes, ma méthodologie a été d'activer mon réseau de contacts. L'objectif étant de récupérer le plus de réponses possibles et d'avoir matière à analyser. Ici, j'ai fait le choix d'une expertise quantitative. Concernant les professionnels du secteur, j'ai fait le choix d'une expertise qualitative en sollicitant dix personnes :

- Deux personnes du gouvernement,
- Une personne de l'ARS,
- Une personne du département,
- Une personne de la Fédération Hospitalière de France (FHF),

- Une personne de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs (FEHAP),
- Une personne de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP),
- Un éthicien et deux sociologues, spécialistes des questions liées au vieillissement.

Après avoir défini les caractéristiques des répondants, il a fallu que je détermine la méthodologie d'investigation.

C. La méthode d'investigation

Pour l'expertise qualitative, j'ai choisi de rédiger une grille d'entretien semi-directif (ESD) (1). Cet outil est plus qualitatif mais moins représentatif, cependant il correspondait à l'étude que je souhaitais mener avec les professionnels du secteur car l'entretien semi-directif me permettait de rebondir sur les réponses données et entrer en interaction avec l'interlocuteur afin d'approfondir certains sujets. Pour l'expertise quantitative, j'ai choisi de réaliser un questionnaire (2). Cet outil est moins qualitatif mais plus représentatif et donc plus adapté à l'étude que je souhaitais mener sur la population française.

1) Elaboration de la grille d'entretien semi-directif à destination des professionnels du secteur

Concernant l'élaboration de la grille d'entretien semi-directif, dans un premier temps j'ai listé, sans restriction, toutes les questions que me venaient à l'esprit, de part mes lectures ou mes interrogations personnelles. Dans un second temps, je les ai regroupées par thème. Mon sujet de mémoire est un vaste sujet de discussion, je me suis donc limitée à ne poser qu'une quinzaine de questions ouvertes permettant une liberté d'expression.

2) Elaboration du questionnaire à destination de la population française

Concernant l'élaboration du questionnaire, j'ai suivi le même procédé. Cependant, je me suis également basée sur les questions de l'ESD précédemment formalisées afin de retrouver des questions identiques dans le questionnaire et ainsi pouvoir effectuer une comparaison entre les réponses données. Certaines questions de l'ESD sont restées des questions ouvertes, d'autres sont devenues des questions fermées afin de faciliter le traitement des réponses. Néanmoins, chaque question fermée comprend une ouverture donnant ainsi l'opportunité à la personne qui répond de pouvoir soumettre d'autres réponses que celles proposées ou d'aller plus loin dans la réflexion si elle le souhaite. Cela permet de ne pas frustrer l'interlocuteur dans sa liberté d'expression et d'obtenir des propositions qui n'auraient pas forcément été envisagées. Ensuite, pour les questions

fermées, j'ai imaginé des réponses les plus exhaustives possibles afin de projeter des réponses objectives et neutres pour ne pas influencer et orienter les choix des répondants. Pour y parvenir, je me suis basée sur mes lectures, sur mon avis personnel et j'ai également réalisé le questionnaire sous forme de questions ouvertes à huit personnes de mon entourage. Un fois le questionnaire finalisé, je l'ai testé sur quatre autres personnes de mon entourage pour vérifier la bonne compréhension des questions. Au final, le questionnaire comprend vingt-quatre questions dont cinq sont des questions ouvertes et dix-neuf sont des questions fermées à choix uniques et à choix multiples. Certaines questions ne sont pas obligatoires afin de ne pas décourager les répondants. L'exemplaire vierge est disponible en [annexe I](#).

Ainsi, deux supports d'enquêtes ont été formalisés, cependant, ils sont liés : si certaines questions sont plutôt orientées vers les professionnels, d'autres ciblent la population ; mais la plupart des questions se retrouvent dans les deux enquêtes afin de pouvoir comparer les réponses données. Pour la construction des supports, je me suis basée sur l'ensemble de mes lectures et mes recherches bibliographiques. De plus, une attention particulière a été portée à la formulation des questions et à l'ordre de présentation des questions car le but était de ne pas orienter et influencer les réponses des personnes interrogées afin d'assurer une objectivité et une exhaustivité des réponses. Après avoir formalisés les deux supports d'enquête, j'ai diffusé le questionnaire et collecté les informations.

D. La diffusion du questionnaire et la collecte des informations

Le questionnaire a été mis en forme grâce à l'outil Internet Google Forms. Ce service en ligne gratuit permet de concevoir aisément et rapidement une enquête, de la diffuser largement via un lien Internet, de collecter et d'analyser facilement les données. Afin d'établir une étude statistique, le questionnaire en ligne a été adressé à une population de plus de 18 ans. J'ai diffusé le questionnaire via les réseaux sociaux Facebook et LinkedIn ; de plus, 108 questionnaires ont été envoyés par e-mail. 152 personnes ont répondu au questionnaire. Les entretiens ont eux été effectués soit par téléphone, soit de vive voix et ont duré environ 2 heures chacun. Par la suite, ils ont été retranscrits puis transmis à la personne interviewée pour validation. Sur les 10 personnes contactées, 6 personnes n'ont pas souhaité donner suite à ma demande et 4 destinataires ont accepté un rendez-vous :

- Monsieur Serge GUERIN, sociologue spécialiste des questions liées au vieillissement et auteurs d'ouvrages ([annexe II](#)),

- Monsieur Bernard ENNUYER, docteur en sociologie, spécialiste des questions liées au vieillissement et auteurs d'ouvrages ([annexe III](#)),
- Monsieur Serge GUNST, vice-président de la FHF Hauts-de-France, représentant le secteur médico-social ([annexe IV](#)),
- Madame Charlotte LECOCQ, députée du Nord, missionnée par madame Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la Santé, pour se rendre sur le terrain, analyser la situation des EHPAD et lui faire part de propositions ([annexe V](#)).

Le taux de retour est faible comparé au nombre de personnes contactées ; cependant, les entretiens menés sont très qualitatifs et les échanges ont été très constructifs et enrichissants tant pour les professionnels que pour moi-même. Une fois la méthodologie définie, le questionnaire diffusé, les entretiens semi-directifs menés et validés, les informations collectées, l'analyse des résultats et leurs conclusions peut débiter.

CHAPITRE 2. L'ANALYSE DES RESULTATS

Afin de répondre aux questions posées, les personnes interrogées ont dû faire preuve d'une grande capacité de projection sur le mode de d'accompagnement qu'elles souhaiteraient pour elles demain. Quel est donc le point de vue des professionnels secteur sur le sujet (A) ? Quels sont les attentes et les besoins des futurs résidents en termes d'accueil et d'accompagnement (B) ? Ces volontés sont-elles en adéquation (C) ?

A. Le point de vue des professionnels du secteur

Exprimé de façon différente, mais unanimement, les professionnels du secteur interrogés considèrent la personne âgée comme un citoyen qui à sa place dans la société. Concernant le résident de demain, ses attentes et ses besoins, les réponses sont moins tranchées. M. ENNUYER et M. GUNST ne définissent pas le résident de demain car, le premier estime ne pas avoir la légitimité de le faire et pour le second, la société évolue tellement rapidement qu'il est impossible d'en avoir la réponse. M. GUERIN, quant à lui, propose deux profils : si l'évolution suit la tendance actuelle, le résident en EHPAD sera alors plus âgé et aura un besoin en soins plus conséquent ou alors le résident sera plus jeune et sera en recherche de personnalisation de services et de lien social. Mme LECOCQ, elle, rejoint M. GUERIN sur sa première hypothèse. Cependant, tous les quatre s'entendent sur le fait que le résident de demain aura évolué, souhaitera un accompagnement de qualité et voudra être acteur de sa vie.

Tous admettent que l'entrée en EHPAD, si elle est désirée, se fait pour trois raisons : se sentir en sécurité, rompre l'isolement et être pris en charge pour des soins qui ne peuvent plus être donnés à domicile. En revanche, tous estiment que les personnes âgées ne souhaitent pas entrer en EHPAD car ces établissements renvoient une image de fin de vie. Deux d'entre eux conviennent que cela est également dû à l'image d'interdit et de restriction de droits et libertés que véhiculent les EHPAD. Il est également avancé les raisons suivantes : la vie en collectivité, l'exclusion sociale et la peur du changement. Concernant les critères de choix que regarde une personne âgée ou sa famille, trois fois sur quatre, les professionnels du secteur interrogés ont cité le prix comme premier critère. Ensuite, même si l'ordre de priorité n'est pas le même, les critères suivants ont été mentionnés : la réputation de l'établissement, la qualité des prestations et la situation géographique proche du domicile. Nous pouvons donc admettre que les professionnels du secteur adhèrent aux mêmes critères de choix.

Quand il s'agit de dire ce qu'est un EHPAD, les avis sont plus divergents. Deux personnes concèdent que, même si l'EHPAD n'accueille que des personnes dépendantes en fin de vie, il est un lieu de vie favorisant le lien social. Ils ont donc une vision positive de ces établissements même s'ils reconnaissent que les EHPAD sont souvent cloisonnés et en dehors de la ville. Les deux autres répondants ont quant à eux une vision très négative des EHPAD, soulignant que, malgré les efforts mis en œuvre, il est un lieu d'enfermement et d'exclusion privant les résidents de leurs droits et leurs libertés. Le modèle actuel de l'EHPAD comporte des dysfonctionnements. Trois personnes sur quatre sont d'accord pour dire que les logiques institutionnelles sont trop rigides et trop contraignantes dues à la sur-présence des lois et des normes créant ainsi des non-sens, empêchant la vie en établissement et infantilisant les managers et les résidents. Deux personnes reconnaissent que le manque d'effectif et de formations génèrent également des dysfonctionnements du modèle actuel ne permettant pas un accompagnement adéquat et individualisé. Deux personnes pensent que l'erreur commise est de proposer un modèle collectif alors que nous vivons dans une société individualiste. Une personne avance que l'un des dysfonctionnements majeurs est que le modèle et l'organisation ne prennent pas en compte l'évolution de la population créant ainsi un décalage entre l'accompagnement proposé et les nouveaux besoins. C'est donc à l'unanimité que les personnes interviewées ont répondu que le modèle actuel de l'EHPAD devait évoluer. Deux personnes pensent que l'EHPAD devrait inclure une plateforme de service (boulangerie, poste, aide à domicile...) à disposition de la population et des résidents afin de le décroisonner, d'en

faire un lieu ouvert sur l'extérieur et de permettre à la personne âgée de retrouver sa place dans la société. Il n'y a pas de limite de services, si ce n'est de respecter une équation économique supportable. Les deux autres professionnels du secteur imaginent un modèle sous la forme de petits espaces de vie, de collocations, les moins médicalisés possibles. Une seule personne est pour une mixité de publics accueillis à condition de ne pas obliger la cohabitation, les trois autres personnes considèrent que la dimension inclusive, intergénérationnelle doit se faire en ouvrant les structures sur l'extérieur.

Les personnes âgées entrent en EHPAD plus tardivement donc les décès arrivent plus fréquemment. Ainsi, trois personnes interrogées sur les quatre pensent que le personnel devrait être formé à l'accompagnement de la fin de vie en EHPAD afin d'éviter les transferts à l'hôpital d'une part et de permettre aux résidents d'être accompagnés dans une fin de vie plus sereine et dans un environnement qu'ils connaissent d'autre part. Cependant, pour une personne, il faudrait plutôt développer les services d'hospitalisation à domicile (HAD) et les unités mobiles de soins palliatifs et transférer le résident à l'hôpital, comme tout citoyen le serait si son état de santé le nécessitait.

Les avis sont mitigés quant à l'intérêt de la loi 2002-2. Deux d'entre eux pensent que celle-ci a été adaptée à l'accompagnement en EHPAD en 2002, mais qu'elle ne l'est plus entièrement aujourd'hui. Pour les deux autres, elle n'a jamais été adaptée et l'a encore moins en 2018 car ils estiment qu'elle a poussé à la réglementation et à la sécurisation des EHPAD créant ainsi des situations paradoxales. Toutefois, tous concèdent que cette loi a créé des avancées démocratiques et des outils intéressants sur le principe mais qu'elle devrait être revisitée et réactualisée afin d'être plus efficiente.

Concernant la segmentation de l'offre d'accompagnement, les professionnels du secteur ont tous un avis différent. Deux personnes pensent que le nouveau modèle devrait continuer à être segmenté, l'un en fonction de l'âge, des soins et de la dépendance, l'autre, en fonction de la dépendance uniquement. Ensuite, un autre répondant estime que l'offre ne devrait, en aucun cas, être segmentée, soulignant qu'il faudrait plutôt prendre en compte la situation globale de la personne afin que le dispositif soit à sa disposition quand la personne en a besoin. Enfin, la dernière personne souhaite laisser la réponse au personnel travaillant en EHPAD mais pense cependant que les réponses doivent être construites en fonction des besoins et non des critères de la personne.

Concernant le modèle de mini-village aux Pays-Bas, une fois de plus les avis des répondants sont partagés. Deux personnes associent ce format à des ghettos et estiment

qu'ils n'ont aucun sens car ils ne représentent pas la société. Tandis que les deux autres personnes interviewées admettent que ce modèle est intéressant mais qu'il ne doit pas être l'unique réponse à la prise en charge du vieillissement. En ce qui concerne le modèle allemand ou canadien des colocations Alzheimer, certains estiment, comme précédemment, que ce format constitue un non sens quand d'autres le préfèrent au modèle précédent.

Si certains pensent qu'il pourrait y avoir un cahier des charges pour définir les prestations minimales et les valeurs, tous d'accordent à dire que le nouveau modèle ne doit pas être un format généralisé car il doit répondre aux particularités du territoire et proposer des offres différentes permettant une prise en charge individualisée des personnes accueillies.

Bien que les regards changent, trois personnes interrogées sur quatre admettent que le regard porté par la société et les politiques sur le vieillissement et la personne âgée constitue un frein au développement d'une autre conception de l'EHPAD. Deux d'entre elles reconnaissent que la dimension budgétaire représente également un frein. Une personne estime qu'il existe un frein politique, par la réglementation excessive du fonctionnement des EHPAD. Enfin, le fait de n'avoir aucune vision de l'avenir sur le profil des résidents et leurs nouveaux besoins est également considéré comme un frein par l'une d'entre elles. Pour remédier à l'image négative des EHPAD, les répondants estiment qu'il est nécessaire d'ouvrir les EHPAD sur l'extérieur. Cependant, une personne ne veut pas lui redonner une bonne image car il souhaite que ce modèle n'ait pas d'avenir.

Les professionnels du secteur interrogés ont une vision positive du vieillissement et de la personne âgée. Cependant, il est difficile de définir le résident de demain, ses attentes et ses besoins. Tous constatent des dysfonctionnements dans le modèle actuel et des freins au développement d'une autre conception de l'EHPAD. Toutefois, même si nous pouvons retrouver des idéaux communs comme le fait qu'ils souhaitent que le nouveau modèle d'accueil et d'accompagnement permette à la personne âgée de retrouver une véritable place dans la société, tous projettent différemment le nouveau modèle en termes d'architecture, de publics accueils et de prestations proposées. Qu'en est-il à présent de l'avis de la population représentant les futurs résidents ?

B. Les attentes et les nouveaux besoins des futurs résidents

L'analyse des réponses au questionnaire est disponible en [annexe VI](#). Aucune personne de plus de 81 ans n'a répondu à l'enquête et les personnes de plus de 61 ans ne

représentent que 4% du panel. Cependant, une personne appartenant à la tranche d'âge 71-80 ans a répondu à l'enquête. Les autres tranches d'âges, quant à elles, sont bien représentées. Les 18-30 ans et les 51-60 ans sont les personnes les plus représentées avec respectivement 34,9% et 27,6%. Ensuite, 18,4% des répondants ont entre 41 et 50 ans et 15,1% ont entre 31 et 40 ans. **Le sujet intéresse donc toute la population**, ce qui est encourageant pour les débats citoyens que souhaite mener madame la ministre des Solidarités et de la Santé.

Parmi le panel, 78,9% des répondants définissent la personne âgée comme une personne ayant une histoire et des choses à transmettre. 50,7% des personnes interrogées pensent qu'une personne âgée est une personne vulnérable et fragile, néanmoins, 44,1% d'entre eux estiment que l'âge est seulement dépendant de l'état d'esprit de la personne. Une minorité de personnes (15,1%), représentée par toutes les tranches d'âge, la considère encore comme une personne autonome. Si certaines personnes ont une bonne représentation de la vieillesse pour d'autres (24,3%) une personne âgée est une personne dépendante physiquement ou mentalement ou alors une personne en fin de vie (10,5%). Quatre autres définitions m'ont été proposées : « *une personne de + de 60 ans* », « *une personne* », « *un être humain* » et « *une personne vieillissante de + de 70 ans* ». Seules deux personnes définissent la personne âgée par un âge précis, ainsi, nous pouvons considérer que les personnes interrogées ne définissent pas la personne âgée par un âge mais plutôt par son vécu et ses incapacités. **On peut donc en conclure, que la vision de la société sur la personne âgée et le vieillissement évolue car, de façon générale, le panel a une vision mitigée, tant positive que négative.** L'ensemble des personnes interrogées ont sélectionné plusieurs options, il n'existe pas une définition unique de la personne âgée mais bien plusieurs définitions propres à chacun.

Sur les 152 personnes ayant participé à l'enquête, 75% (114 personnes) ont déterminé le profil du résident de demain. Quatre profils de résidents ont ainsi pu être définis, cependant, ils peuvent être interdépendants. Sur ces 75% de répondants, 45,6% considèrent qu'avec « *l'allongement de l'espérance de vie* » et « *l'orientation des politiques actuelles en faveur du maintien à domicile* », le résident de demain entrera en EHPAD **plus âgé et plus dépendant** avec une pathologie avancée de type Alzheimer ou Parkinson. Toutefois, 28,1% d'entre eux, pensent que le résident sera plus **autonome et dynamique**. En outre, sans parler de capacités, 26,3% des 114 personnes ayant déterminé le profil du résident de demain estiment qu'il sera **connecté et adepte des nouvelles technologies**, 15,8% considèrent qu'il sera **plus exigeant** que les générations

précédentes. De même, sur les 152 participants, 96% ont déterminé les attentes et les besoins du résident de demain. Neuf attentes et besoins ont ainsi pu être définis. Sur les 96% de répondants, 82,2% considèrent que le résident de demain sera en attente de **personnalisation et d'individualisation, tant dans l'accompagnement que dans l'architecture du lieu de vie** afin de « se sentir chez lui ». Arrive en seconde position un besoin **d'autonomie, de liberté et de respect de la vie privé** pour 74% des répondants. Le résident de demain souhaitera « *conserver son autonomie* » et « *sa liberté* » en étant « *acteur de sa propre vie* ». Tout aussi important, les **prestations de services et animations** ainsi que **l'intégration dans la société** se positionnent en 3^{ème} et 4^{ème} position des attentes et de besoins exprimés avec respectivement 63% et 55,5%. Ces quatre catégories d'attentes et de besoins ont ainsi été exprimées par la grande majorité des répondants. Ensuite, se formulent des attentes et des besoins en terme de **nouvelles technologies** pour 47,9% des personnes. Enfin, beaucoup moins exprimés **l'aide et l'accompagnement, le confort, les besoins en soins et le personnel formé, et l'accompagnement de la fin de vie** sont exprimés avec moins de 8% de vote. **Il n'y a donc pas un profil type** prédominant, cependant l'analyse met en exergue **des attentes et des besoins exprimés** que le nouveau modèle d'EHPAD devra prendre en compte. Il paraît donc évident que, pour les personnes ayant répondu à l'enquête, les **résidents de demain feront passer leur bien-être avant les soins et leur santé**.

Plusieurs termes ou idées peuvent être associés à l'acronyme EHPAD, cependant seulement 78,3% des personnes ayant répondu au questionnaire ont sélectionné la proposition « établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » **ce qui signifie que 1/5^{ème} du panel ne connaît pas la signification de l'acronyme** mais l'associe à une image. 82,2% des personnes interrogées associent l'EHPAD à la **prise en charge des personnes ne pouvant plus rester à domicile**. 69,7% l'associent à un **lieu de vie** et 63,8% à un **lieu de soin**. Pour 53,9% et 50,7% des répondants, EHPAD rime respectivement avec **dépendance** et **collectivité** ; et un peu moins de la moitié des répondants (43,4%) estime que l'EHPAD est un lieu de fin de vie. La sécurité, les activités et la vie sociale n'arrivent qu'en 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} positions avec des pourcentages de réponses avoisinant les 40%. Ensuite, un peu moins d'un quart des répondants associe l'EHPAD à l'isolement, la tristesse et la solitude. Pour finir, une minorité y associe les mots : rencontres, lieu intergénérationnel, famille, abandon, fête, renouveau/opportunité et prison. De plus, quatre associations avec le mot EHPAD m'ont été proposées : « *onéreux* », « *chambre* », « *hôpital* » et « *maltraitance* ». Ainsi, de façon générale,

l'EHPAD n'est pas perçu comme une alternative, mais plutôt comme une **fatalité**. Il représente autant un **lieu de vie qu'un lieu de soins que l'on qualifie de collectivité**. Il lui est alors associé des **mots stigmatisants** et des **qualificatifs négatifs**. Les qualificatifs positifs arrivent quant à eux en dernières positions. Pour finir, aucune des propositions faites par les répondants ne valorisent le modèle actuel de l'EHPAD. On peut donc en conclure que les **EHPAD n'ont pas bonne presse et ne dégagent pas une image positive** pour la population. C'est dans une suite logique que la **quasi-totalité des répondants (98%) souhaitent que le modèle actuel de l'EHPAD évolue**. Seules trois personnes ne le souhaitent pas (une personne de 18-30 et deux personnes de 31-40) ; cependant elles ne motivent pas leur décision. Sur les 152 participants, 133 personnes ont souhaité motiver leur choix de faire évoluer le modèle actuel de l'EHPAD. Cinq motivations de changement peuvent être mises en avant. Sur les 133 personnes, 63,2% souhaitent faire évoluer le modèle afin qu'il **s'adapte à l'évolution des attentes et des besoins des futurs résidents pour donner envie d'y entrer** et 54,1% souhaitent qu'il **ne ressemble plus à un hôpital** (tant dans l'architecture que dans l'accompagnement proposé). A égalité, le **manque de personnel causant un accompagnement inadapté** des personnes accueillies et le **manque d'ouverture** de la structure sont évoqués par 50,4% des répondants. 43,6% des personnes aimeraient que le modèle évolue afin **d'être moins restrictif**. Enfin, avec moins de 10%, arrive l'organisation qui n'est pas efficiente et la maltraitance institutionnelle.

La majorité des personnes interrogées souhaiterait entrer en EHPAD afin de **ne pas être une charge pour leurs proches (55,9%)** ou **s'ils ne peuvent plus rester à domicile (52,6%)**. Les raisons suivantes sont l'inadaptation du domicile (31,6%), la dégradation de l'état de santé (28,9%) ou la déclaration d'une pathologie (28,3%). Arrivent seulement en 6^{ème} et 7^{ème} positions des raisons par véritable choix : 25,7% ont répondu qu'ils souhaiteraient entrer en établissement pour **suivre leur conjoint**, 25% afin de se **sentir en sécurité** et 19,7% pour **rompre l'isolement et la solitude**. Cependant, 15,8% ne voient aucune raison d'entrée en institution. Une personne (31-40 ans) souhaiterait entrer en institution après avoir chuté et une personne (41-50) suggère d'entrer en EHPAD uniquement pour l'accueil de jour. **La majorité du panel entrerait donc en établissement sans le vouloir réellement, mais plutôt car ils y sont contraints**. Ces mêmes personnes ne souhaiteraient pas entrer en EHPAD car pour la majorité, les **tarifs sont trop élevés (61,8%)** et ils **sont encore autonomes (52,6%)**. En 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} positions, le refus d'entrer en EHPAD se justifie par le fait que les personnes n'ont **pas**

envie d'être privées de leur liberté (49,3%), qu'il leur est **difficile de quitter leur maison pour une institution** (48%) et qu'ils **manqueront de considération** (45,4%). 40,8% des répondants n'ont **pas envie d'aller en institution sans leur conjoint** et 30,3% d'entre eux n'ont **pas envie de vivre en collectivité**. 26,3% d'entre eux estiment que **l'EHPAD renvoie à soi-même une image de fin de vie** et 21,1% ont **peur d'être délaissés par leurs proches**. Il m'a également été proposé les raisons suivantes : trois personnes pour cause de « *violences institutionnelles* », une pour « *perte de repères et d'habitudes* », une pour le « *manque d'activités occupationnelles* » et une pour la « *promiscuité* ». Nous avons donc ici, des pistes afin d'améliorer le modèle de l'EHPAD. Ainsi, pour la majorité du panel, l'entrée en établissement doit se faire quand le fait de **vivre seul met la personne en danger** (59,2%). 44,1% estiment que le moment opportun est quand ils deviennent **dépendants** et 34,9% **pour que leurs proches n'aient pas à s'occuper d'eux**. 15,8% jugent qu'il n'y a pas de moment opportun, cependant 13,8% et 12,5% pensent qu'il est judicieux d'entrer en EHPAD avant de devenir dépendant afin de pouvoir bénéficier pleinement des activités et avant d'avoir une pathologie entraînant une dépendance. Il m'a été proposé les moments suivants : « *quand je l'ai décidé* » pour trois personnes, « *quand je suis atteint d'une démence avancée* » et « *quand les solutions du domicile sont dépassés* ». **L'EHPAD a donc un aspect sécurisant pour les répondants et ils sont soucieux de ne pas être une charge pour leur famille**. Toutefois, la majorité du panel entrerait en EHPAD plus précocement si le **nouveau modèle répondait aux attentes et aux besoins des futurs résidents** (62,5%) et s'il **ressemblait à un « village-vacances »** (57,2%). Pour plus d'un tiers, les raisons d'une entrée précoce seraient que **l'EHPAD propose plus d'activités et de sorties** (39,5%), qu'ils y **retrouvent des amis, des connaissances** (36,2%) mais également que le **coût de l'EHPAD soit financé par l'Etat ou le système assurantiel** (34,9%). Un quart entrerait plus tôt en EHPAD si des **personnes moins dépendantes y étaient présentes** (25,7%). Pour 14,5% des répondants, la raison serait la solitude. Il m'a également été proposé les raisons suivantes : « *aucune raison* » pour 5 personnes, « *si j'ai un Alzheimer précoce* » pour 3 personnes, « *si je n'ai pas d'autre solution* » et « *si je suis dépendant* ». Les quatre premiers critères regardés dans le choix d'un EHPAD sont : la **qualité des prestations** (24,3%) suivie de la **réputation de l'établissement** (15,8%), puis son **état général** (14,5%) et enfin, la **situation géographique proche du domicile** (13,2%).

Le panel souhaite que l'EHPAD accueille **différents types de publics** (80,9%) tels que des **personnes âgées non dépendantes** (67,1%), des **personnes handicapées**

vieillissantes (63,2%) et des **étudiants** (59,9%). Mais également, plus d'un tiers d'entre eux aimerait que l'EHPAD accueille des **enfants** (36,2%) et des **familles** (34,9%). Seulement 7,2% pensent que l'EHPAD ne devrait pas accueillir différents types de publics. Ainsi, le panel souhaite une **mixité sociale** afin que les personnes dépendantes ne soient plus mises à l'écart de la société. Nous avons donc une orientation sur le public que devra accueillir l'EHPAD de demain afin de satisfaire à la demande du panel. Les motivations sont d'une part un besoin de mixité sociale, de liens intergénérationnels (78,9%), d'autre part une volonté de solidarité et d'inclusion des personnes âgées et handicapées dans la société (60,5%), enfin cela permettra de faire évoluer les regards, de cesser la discrimination et la stigmatisation (52%). A moindre mesure, l'ouverture à différents types de publics permettra d'améliorer les conditions de vie (18,4%) et de pouvoir continuer à vivre avec son conjoint dépendant (1,3%). Les personnes ne souhaitant pas que l'EHPAD accueille d'autres publics n'ont que très peu motivé leur choix, cependant, ceux l'ayant fait estiment que la diversité peut « *entraver la prise en charge* », « *rendre le ciblage des soins moins facile* » et que l'EHPAD doit « *rester un lieu calme* ». Par conséquent, l'EHPAD devra **accueillir différents types d'habitats** (68,4%) permettant de recevoir ces publics tels que des **logements étudiants** (61,8%), des **crèches** (52,6%), des **logements familiaux** (42,1%) et des **écoles** (32,2%). Il m'a également été proposé d'accueillir au sein des EHPAD des « *commerces* » (10,5%), un « *mix de logements en collocations et individuels* » (8,6%), des « *associations ou clubs* » (3,3%), un « *refuge pour animaux* » et de « *favoriser les chambres pour les couples* » par deux autres personnes. La demande du panel est que le nouveau modèle d'accueil et d'accompagnement **s'ouvre sur l'extérieur afin d'accueillir différents types de publics et d'habitats**. Les répondants sont 71,1% à penser que le **nouveau modèle devrait proposer des nouveaux services**, telle une **plateforme de service**, avec une préférence pour l'accueil de jour (67,1%), un service de téléalarme (62,5%), du portage de repas (59,2%) et un accueil de nuit (52%). Toutefois, pour plus d'un tiers des personnes, des services tels qu'une pharmacie (37,5%), une blanchisserie (36,8%), une boulangerie (33,6%) et un dépôt de poste (30,3%) devraient également être proposés. Il m'a également été proposé des services tels que : de « *salles culturelles* » par 5 personnes, un « *centre médical et paramédical* » et le concept d'EHPAD à domicile par 3 personnes, un « *centre social* », une « *épicerie* », des « *visites de courtoisie* », un « *salon de coiffure/esthétique* », un « *bureau de tabac/librairie* », un « *service de transport* », une « *brasserie* », un « *salle de dancing* » et une « *salle de jeu* ». Cependant, 10,5% du panel ne souhaitent pas que l'EHPAD propose de nouveaux services car « *les missions premières de l'EHPAD sont déjà compliquées à*

assumer » et que cela n'a « *aucun intérêt puisque cela existe déjà avec les SAAD, SSIAD, HAD, ESA et même les résidences seniors* ». Pour le panel, il n'y a donc pas de limite, **toutes initiatives d'ouverture et de création de liens sont pertinentes tant que cela est économiquement possible.**

86,8% du panel estiment que le **nouveau modèle devrait envisager de créer un plateau technique dédié aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie** afin d'éviter les transferts à l'hôpital. Ce choix est motivé par un souhait de rendre paisible le décès (69,7%), d'éviter les problématiques dues au transport (14,5%) et de soulager les hôpitaux (7,2%). 13,2% pensent que ce n'est pas une bonne idée car « *l'EHPAD doit rester un lieu de vie* », que « *ce n'est pas son rôle* » ou encore parce que « *cela pourrait traumatiser les autres résidents* ».

Pour 77,6% des personnes ayant répondu au questionnaire, le **nouveau modèle ne doit pas être segmenté en fonction de l'âge, des soins, de l'autonomie et de la dépendance de la personne.** Un quart pense le contraire. Toutes les formules de segmentation entraîneront des risques de ghettoïsation et limiteront la possibilité d'assurer une mixité intergénérationnelle ; or, dans les réponses précédentes, nous notons que le panel souhaite une **mixité sociale et intergénérationnelle.** Le **modèle d'EHPAD conçu sous la forme d'un mini-village aux Pays-Bas** est fort apprécié par le panel car ils sont 96,1% à le considérer comme un « **modèle de référence** », « **innovant** » et à le définir par des qualificatifs positifs. Toutefois, 6 personnes le jugent stigmatisant.

Les trois quart des répondants ne seraient pas gênés à l'idée de vivre et de partager des instants de vie avec des personnes plus dépendantes qu'eux. Pour le quart restant, les personnes expliquent que cette situation les renverrait brutalement à leur propre vieillissement et dépendance future. Par ailleurs, 82,2% du panel ne seraient pas gênés non plus à l'idée de vivre et de partager des instants de vie avec des personnes âgées en situation de handicap. Les personnes interrogées sont donc bien en adéquation avec leurs propos **d'intégration** et de **mixité sociale.**

A l'heure du tout numérique, 96,7% des répondants souhaitent que **l'EHPAD de demain accueille des nouvelles technologies.** 70,4% des personnes interrogées s'orientent vers des **capteurs de chutes.** La majorité d'entre eux s'oriente vers des **technologies leur donnant plus d'autonomie et de libertés** telles que des outils de commande vocales (59,9%), de médaillons alarme à déclencher en cas de problèmes (57,9%), des bracelets de géolocalisation (56,6%), des tablettes tactiles (54,6%) mais également des

technologies au service des professionnels tels que des **robots qui faciliteraient la manutention**. Arrivent ensuite les technologies pour surveiller les paramètres vitaux (41,4%), les toilettes lavants et séchants (38,2%), des diffuseurs d'air (36,8%) et la domotique (35,5%). Les robots humanoïdes quant à eux ne sont pas validés par le panel car seulement 12,5% y trouvent un intérêt. Une personne de chaque génération (3,3%) pense tout de même qu'aucune nouvelle technologie ne devrait être en EHPAD. Il m'a également été proposé, par trois personnes « *d'installer des chauffages et climatisations individuelles* » puis des « *diffuseurs d'huiles essentielles* », une « *borne mélo* » et des « *ordinateurs* ».

Afin de redonner une bonne image et de l'attractivité aux EHPAD, le panel propose de repenser le modèle de l'EHPAD (53,9%), de l'ouvrir sur l'extérieur (44,7%), de communiquer différemment au travers des médias (38,8%), de donner plus de moyens financiers et humains aux EHPAD (9,9%) et 6 personnes pensent que l'on ne peut pas redonner une bonne image et de l'attractivité à ces établissements. Continuer à vivre à domicile, est un choix prioritaire pour les futurs résidents car le modèle actuel de l'EHPAD ne correspond pas à leurs attentes et leurs besoins. En effet, 77,6% d'entre eux ont répondu ne pas envisager une entrée en EHPAD, néanmoins, la tendance s'inverse si le modèle est repensé ; du coup, 75 % des personnes interrogées envisageraient d'y entrer. Les répondants sont donc **réfractaires au modèle actuel mais ne le seront plus si le modèle évolue en répondant à leurs attentes et leurs besoins**. Pour les personnes ayant participé à l'enquête, le **nouveau modèle d'accueil et d'accompagnement** pour les personnes âgées devrait être une **modèle intergénérationnel** (77%) conçu sur le **modèle d'EHPAD-village** (64,4%) et le **modèle de collocations** (53,3%). Enfin, 28,3% des personnes aimeraient un **modèle d'EHPAD 2.0**.

Toutes les catégories d'âge étant représentées, le sujet intéresse la société. La vision de la population évolue car les personnes ayant participé à l'enquête n'ont pas une vision si négative de la personne âgée que l'on pourrait le penser. Ils ont défini plusieurs profils de résident ainsi que diverses attentes et besoins. Le panel a une image très négative du modèle de l'EHPAD d'aujourd'hui et souhaite qu'il évolue. Si aujourd'hui ils sont contre une entrée en institution, beaucoup envisageraient d'intégrer le nouveau modèle qu'ils souhaiteraient ouvert sur l'extérieur et représentant la société. Le modèle actuel de l'EHPAD est donc obsolète. Après avoir analysé le point de vue des professionnels du secteur et de la population, il est intéressant de regarder si leurs volontés coïncident ou si leurs visions diffèrent.

C. A la croisée des deux chemins

Pour Thierry DARNAUD, « *la vieillesse existe le jour où elle nous empêche de réaliser les actes de notre quotidien* » [122]. Aujourd'hui, deux conceptions contradictoires de la personne âgée et de la vieillesse prévalent : une image positive et l'autre négative. D'un côté, elle représente la sagesse, l'expérience de vie et même si elle n'est plus réellement active, elle reste écoutée et respectée. De l'autre, la vieillesse est aussi synonyme d'affaiblissement et de dégradation physique. Tandis que les professionnels du secteur interrogés ont une vision positive du vieillissement et de la personne âgée, la société quant à elle, bien que les regards évoluent, en a une vision plutôt négative.

Si les professionnels du secteur interviewés ont eu plus de difficultés à définir le résident de demain, ses attentes et ses besoins, la population interrogée, quant à elle, a su émettre deux hypothèses en fonction de l'évolution des politiques publiques ; dans les deux cas, sans parler des capacités, cela sera une génération plus connectée et plus exigeante. Les besoins et les attentes exprimés sont divers, cependant, même s'ils sont plus exhaustivement exprimés par la population que par les professionnels, on retrouve chez les deux parties un souhait d'accompagnement de qualité, d'inclusion, de citoyenneté, d'autonomie et de liberté de choix leur permettant de rester acteur de leur vie.

Les professionnels du secteur ont une vision partagée de l'EHPAD, alors que la population interrogée a une vision négative des EHPAD. Cependant, ils se rejoignent sur le fait que le modèle actuel doit évoluer. Il y a une prise de conscience sur le fait que l'on peut procéder autrement. Si les dysfonctionnements cités sont de natures diverses, les deux parties se rejoignent sur trois points : le fait que le modèle actuel soit trop contraignant et restrictif, que le manque de personnel crée un accompagnement inadapté et qu'il ne prend pas en compte l'évolution du public accueilli. Si les réponses de la population interrogée sont plus exhaustives concernant l'entrée ou non EHPAD, celles des professionnels correspondent à celles avancées par la population. Les professionnels du secteur ont également une bonne représentation des critères que regardent les personnes pour entrer en EHPAD, car trois sur quatre sont identiques : la réputation, la qualité des prestations (hébergement et soins) et la situation géographique proche du domicile.

Concernant le nouveau modèle, même si les professionnels du secteur ne sont pas d'accord entre eux, leurs propositions sont retrouvées dans les réponses de la population interrogée. Cependant, un seul professionnel du secteur a su identifier le souhait de la population en termes de mixité des publics accueillis. Il y a donc un décalage de vision à

ce sujet qu'il faudra prendre en considération dans l'élaboration du nouveau modèle. De même, si les professionnels ont un avis partagé sur le modèle des Pays-Bas, le panel quant à lui, est quasi unanime quant à sa place en France. En revanche, les deux parties sont d'accord pour que l'EHPAD prenne en charge l'accompagnement de la fin de vie en établissement et que le nouveau format soit intégré dans la cité et non plus en périphérie.

Au terme de ces analyses, nous avons pu constater que les avis sont tantôt convergents, tantôt divergents. Tant du côté des professionnels interrogés que du côté de la population ayant participé au questionnaire, les choix sont partagés et rarement unanimes. Cependant, si parfois les avis sont divergents entre les professionnels du secteur et les attentes et les besoins exprimés par la population interrogée, ils sont plus souvent convergents et il n'existe pas de discordance majeure. Cela annonce donc une suite encourageante pour le développement d'un nouveau modèle d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées. Toutefois, il n'existe pas de bonne ou de mauvaise réponse, de bon ou de mauvais nouveau modèle. Chaque personne a sa représentation de l'accueil et l'accompagnement dont il souhaiterait bénéficier. Il existe donc autant de bonnes solutions que de personnes interrogées dans mon enquête. Par conséquent, l'idée est alors de proposer la moins mauvaise solution, celle qui répondrait au mieux aux attentes et aux besoins de la société car il est inévitable que le modèle actuel évolue et que l'offre d'hébergement en établissement médicalisé s'adapte si elle ne veut pas disparaître.

CHAPITRE 3. L'EHPAD DE DEMAIN : S'ADAPTER OU DISPARAITRE ?

Suite à mes recherches bibliographiques, à l'analyse des entretiens semi-directifs et des réponses au questionnaire, deux principaux constats peuvent être mis en évidence. L'accueil et l'accompagnement des personnes âgées aura toujours une place en France mais sous un autre format que celui proposé actuellement. Pour cause, sans parler de capacité, le nouveau modèle accueillera une génération de résidents plus diplômés, plus individualistes, plus consommateurs, plus exigeants et maîtrisant mieux les technologies. Par conséquent, comment doit être l'EHPAD de demain ?

1) Un modèle plus souple

Le cadre juridique devra être amené à évoluer afin de gagner en souplesse et d'ainsi envisager différemment ces lieux de vie. L'institution doit accepter le principe de précaution mais rejeter son caractère absolu afin de laisser un plus grand pouvoir de décisions tant aux résidents qu'aux directeurs d'établissement. Elle devra donc légitimer le

principe de droit au risque afin de laisser vivre la personne accueillie dans la seule limite que lui imposent ses déficiences. Ces logiques institutionnelles, très contraignantes, devront également être réformées car bien qu'il soit indispensable de contrôler ces établissements, il ne faut pas les réglementer pour en faire un modèle général.

2) Un modèle intergénérationnel

La population interrogée souhaite un modèle inclusif et représentatif de la société. Or, la société est composée de différences. Ainsi, regrouper uniquement des individus aux profils et aux âges semblables n'a aucun sens. Pour la population sondée, les personnes âgées n'ont pas vocation à être en marge de la société. Le nouveau modèle devra donc pouvoir accueillir de nouveaux publics tels que des personnes âgées non dépendantes, des personnes handicapées vieillissantes, des étudiants, des enfants, des familles... afin d'assurer la cohabitation d'une grande mixité d'usagers, de cesser la discrimination par l'âge et la dépendance. Toutefois, il faudrait veiller à déterminer un pourcentage de personnes accueillies pour chaque public afin que le modèle garde sa mission première : l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Ce dernier devra permettre à cette notion de domicile de devenir plurielle. Par conséquent, il convient de réfléchir à un programme immobilier évolutif qui soit adapté à chaque population ; il apparaît donc crucial de réfléchir à l'usage des futurs espaces avant leur réalisation.

3) Un modèle architectural familial

La nouvelle génération, plus individualiste, ne veut plus vivre en grande collectivité. Il est donc indispensable que la restructuration du modèle passe par l'architecture, en s'éloignant le plus possible du modèle hospitalier, trop souvent imité dans les constructions contemporaines. Le nouveau modèle d'accueil et d'accompagnement devra leur permettre de se sentir véritablement chez eux, de respecter leur vie privée, leur individualité et de promouvoir la personnalisation de l'accompagnement. Ceci n'étant pas possible dans une structure de grande taille, le nouveau modèle d'accueil et d'accompagnement devra être conçu comme un petit logement collectif de moins de dix personnes dont l'architecture et l'agencement ressembleraient à une véritable maison.

4) Un modèle de village-vacances

Ce modèle issu des pays voisins est considéré, à la quasi unanimité des répondants, comme le modèle de référence. En effet, il répond à plusieurs attentes et besoins de la population. D'une part il allie individualité et personnalisation de l'accompagnement grâce aux petits logements collectifs qui composent le mini-village, d'autre part il permet,

notamment aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, de respecter la liberté d'aller et venir grâce à un vaste environnement sécurisé ; enfin, les commerces encouragent l'ouverture sur l'extérieur, le lien social et la diversité des activités.

5) Un modèle ouvert sur l'extérieur : une plateforme de services

Le nouveau modèle d'accueil et d'accompagnement devra être ouvert sur l'extérieur et inclus dans la cité. Pour y parvenir, le modèle devra intégrer une plateforme de services tant pour les personnes accueillies que pour la population extérieure, ainsi, tous les commerces et les services permettant de créer du lien social, d'apporter de la vie et de décroiser la structure seraient pertinents.

6) Un modèle 2.0

Les nouvelles générations vont de plus en plus utiliser les nouvelles technologies, il faudra donc que ces nouveaux lieux de vie soient eux-mêmes « connectés » pour satisfaire les nouvelles attentes des futurs résidents. Ces technologies pourront être à destination des personnes accueillies afin de les divertir ou les aider à rester autonomes, des professionnels dans le but de les aider dans leur travail, mais également au service de l'établissement. Cependant, afin de ne pas être intrusif, le résident devra garder le choix d'activer ou non les technologies qui lui seront proposées.

7) Un modèle prenant en charge l'accompagnement de la fin de vie

Le nouveau modèle d'accueil et d'accompagnement devra prendre en charge l'accompagnement de la fin de vie car la population interrogée estime qu'il doit pouvoir être leur dernier domicile. En effet, le sentiment de confiance dans l'environnement à l'approche de sa propre mort ou celle de ses proches est fondamental. C'est également là, l'enjeu de la formation des professionnels à l'accompagnement de la dépendance et de la fin de vie.

8) Réviser les programmes nationaux de formation

L'enseignement théorique sur la prise en charge de la personne âgée est assez éloigné de la réalité vécue sur le terrain par les professionnels. Ainsi, afin que l'accompagnement de la dépendance et de la fin de vie soit plus efficient, les programmes de formation du personnel soignant et paramédical, doivent être révisés. Ces programmes devraient notamment intégrer et développer systématiquement l'approche carpe diem, le concept d'Humanité ou encore la pédagogie Montessori, basés sur les ressources et les capacités des personnes plutôt que sur les déficiences et leur dépendance ; ils devraient

également inclure des modules sur la prise en charge et l'accompagnement de la fin de vie et la gestion du deuil auquel les professionnels sont confrontés fréquemment.

L'acronyme EHPAD signifie Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, or le constat présent est que le modèle actuel de l'EHPAD est en fin de vie car il est aux antipodes du modèle que souhaite la population. L'EHPAD de demain n'existera donc pas. Toutefois, il sera toujours nécessaire que des structures d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées existent, cependant, elles verront le jour sous un nouveau modèle et par conséquent, une nouvelle appellation devra être donnée.

En conclusion de cette troisième partie, les deux outils élaborés et l'analyse des résultats m'ont permis de connaître le points de vue des professionnels du secteur interviewés et de déterminer les attentes et les besoins de la population interrogée. Le modèle d'hier s'est révélé inadapté pour continuer à accueillir et à accompagner les seniors de demain. La confrontation des avis a mis en évidence que chaque personne avait sa représentation mais qu'il n'existait pas de divergence fondamentale. Ainsi, il m'a été possible de proposer huit recommandations pour construire un nouveau modèle d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées qui correspondrait aux attentes et aux besoins des personnes interrogées. Des évolutions devront avoir lieu au niveau juridique, architectural mais également dans les pratiques professionnelles. Le nouveau modèle devra réussir à allier les notions d'individualité, de collectivité et d'institution.

CONCLUSION

De décennie en décennie, de réforme en réforme, suivant les évolutions économiques, sociétales, sociales et démographiques, le modèle d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes a connu de nombreux remaniements pour être actuellement un véritable lieu d'hébergement médicalisé. Toutefois, le modèle actuel de l'EHPAD a été conçu il y a plus de quarante ans et la véritable loi le régissant date de 2002. Par conséquent, même s'il continue à accueillir des centaines de milliers de personnes âgées dépendantes, aujourd'hui, le format proposé et son cadre juridique devraient être réactualisés car ils ne sont plus efficaces. En effet, le modèle de l'EHPAD est soumis à de fortes contraintes créant ainsi de nombreuses situations paradoxales. De plus, tandis que le modèle n'évolue plus depuis plusieurs années, la population quant à elle vieillit et les générations évoluent. De ce fait, l'EHPAD ne correspond plus aux attentes et besoins des futurs résidents. Cependant, au regard de l'évolution démographique, la mission d'accueil et d'accompagnement du vieillissement reste, quant à elle, plus que jamais d'actualité.

Il est donc important de se questionner régulièrement sur la place de la personne âgée au sein de la société mais également sur la place que nous souhaitons lui donner ; il est également nécessaire de s'interroger sur nos valeurs, nos convictions et nos logiques institutionnelles afin de définir les enjeux du nouveau modèle. La philosophie française tend vers une approche structurée et décloisonnée des structures, cependant, sa méthode s'en éloigne. En effet, l'organisation du système et la société génèrent des obstacles, des freins qui cloisonnent les institutions et les dispositifs. Aujourd'hui, le secteur a besoin de se réinventer, d'innover et de se repositionner. Pour y parvenir, des acteurs engagés du secteur ont imaginé de nouveaux modèles. Il s'agit désormais de faire vivre ces initiatives, ces actes porteurs de sens, ces leviers de dynamiques collectives permettant de répondre à des défis qui sont incontestablement fondamentaux.

L'être humain n'est pas un individu unique et le vieillissement n'est pas un phénomène physiologique uniforme ; il existe ainsi autant d'attentes et de besoins exprimés différents qu'il n'existe de personnes dans le monde du fait de facteurs divers tels que l'éducation, les croyances, le mode de vie, l'expérience personnelle, l'expérience professionnelle... Il semble donc important de solliciter activement les futurs résidents pour élaborer ce nouveau modèle, ceci, afin de répondre de façon appropriée, à leurs besoins et leurs

attentes en termes d'accueil et d'accompagnement. Il n'y aura jamais de solution idéale et unanime. Cependant, aujourd'hui, la moins mauvaise solution serait d'assouplir le cadre juridique et normatif afin qu'il puisse accueillir différents types de publics dans un modèle architecturale familial sous la forme de petites colocations ; celles-ci seraient directement intégrées dans la cité ou réunies dans un « village-vacances » qui comprendrait des commerces et des services à destination des résidents et de la population. Le nouveau modèle devrait également être équipé de nouvelles technologies et permettre l'accompagnement de la fin de vie. Pour y parvenir, les programmes de formations devront évoluer en conséquence. L'EHPAD n'aura donc plus d'avenir mais l'accueil et l'accompagnement de la vieillesse et de la dépendance aura toujours une place en France.

Un nouveau modèle a ainsi pu être défini, il s'agit maintenant de s'interroger sur son mode de financement. Comment et par qui seront financés l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées de demain ? Malgré les continues restrictions budgétaires, l'Etat pourra-t-il ou voudra-t-il encore supporter son financement ? Les ménages pourront-ils encore supporter le financement de cet accompagnement ? L'Etat devrait-il enfin créer le 5^{ème} risque ? Les assureurs ont-ils un rôle à jouer dans le financement de cette prise en charge ? Peut-être serait-il judicieux de regarder le mode de financement de nos voisins afin de s'en inspirer ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] DE BEAUVOIR (S.), 1970. *La vieillesse*. Editions Gallimard.
- [2] Légifrance, Article L.312-1 du CASF, [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=A96B79155B30E38D7937E3B70CED6CD8.tplgfr38s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006174436&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20180804
- [3] Légifrance, Article L.313-12 du CASF, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000025013104&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20111223&oldAction=rechCodeArticle>
- [4] Site officiel de l'administration française, 2017. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [en ligne]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>
- [5] Légifrance, Article L.116-1 du CASF, [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=FB42B32487219BE8B1275F5B386E5488.tplgfr38s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006157556&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20180805
- [6] Légifrance, Article L.313 du CASF, [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=1D35E7CA55116F9CACB8B813AFA58E1D.tplgfr38s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006174400&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20180805
- [7] AUPHANT (N.), 2018. *Plan Buzyn : ce n'est qu'un début...* ASH, n°3064, p.10
- [8] BRAMI (G.), 2006. *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Editions Les Etudes Hospitalières, p.20. 355 p.
- [9] LLOBET (G.), 2017. *Hôtel-Dieu*, Encyclopædia Universalis [en ligne]. Disponible sur : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/hotel-dieu/>
- [10] VALADE (B.), 2017. *Hôpital Général*, Encyclopædia Universalis [en ligne]. Disponible sur : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/hopital-general/>
- [11] LLOBET (G.), 2017, *Hospice*, Encyclopædia Universalis [en ligne]. Disponible sur : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/hospice/>
- [12] Circulaire n°1840-2 du 31 janvier 1840 portant règlement pour le service intérieur des hospices et des hôpitaux
- [13] BRAMI (G.), 2006. *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Editions Les Etudes Hospitalières, p.20. 355 p.
- [14] Légifrance, Article L.678 du Code de la Santé publique [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000886581
- [15] LAROQUE (P.), 1962. Haut Comité Consultatif de la population et de la famille, Politique de la vieillesse, *Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse*, La documentation française, 281 p.

- [16] BRAMI (G.), 2006. *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Editions Les Etudes Hospitalières, p.12. 355 p.
- [17] BRAMI (G.), 2006. *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Editions Les Etudes Hospitalières, p.12. 355 p.
- [18] Légifrance, Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699217>
- [19] Légifrance, Décret n°77-1289 du 22 novembre 1977 portant application de l'article 5 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- [20] VILLEZ (A.), 2007. *EHPAD, la crise des modèles*. *Gérontologie et société* [en ligne], volume 30, n°123, p. 306. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-169.htm>
- [21] Légifrance, Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000747703&categorieLien=id>
- [22] Légifrance, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>
- [23] Légifrance, Code de l'action Sociale et des familles [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069>
- [24] Légifrance, Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV), [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/AFSX1404296L/jo>
- [25] BRAMI (G.), 2006. *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Editions Les Etudes Hospitalières, p.14. 355 p.
- [26] BRAMI (G.), 2006. *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Editions Les Etudes Hospitalières, p.32. 355 p.
- [27] GUERIN (S.), 2018. *La filière silver est une économie de la longévité* . *ASH*, n°3052 p.24
- [28] INSEE, 2018. *Bilan démographique 2017* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>
- [29] INSEE, 2016. *Pyramide des âges : projections de population 2070 – Séries de 2013 à 2070* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2524484>
- [30] INSEE, 2016. *Pyramide des âges : projections de population 2070 – Séries de 2013 à 2070* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2524484>
- [31] INSEE, 2016. *Espérance de vie / Espérance de vie à la naissance / Espérance de vie à 60 ans* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1374>

- [32] INSEE, 2018. *Tableaux de l'économie française* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303354?sommaire=3353488>
- [33] BROUSSY (L.), 2013. *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : FRANCE : ANNEE ZERO !*, Mission Interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population. p.6
- [34] CAZENAVE-LACROUTZ (A.) & GODET (F.), 2016. *France, portrait social*, INSEE Références [en ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2492175?sommaire=2492313>
- [35] CNAV, 2018. *Âge de départ à la retraite* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.statistiques-recherches.cnnav.fr/age-de-depart-a-la-retraite.html>
- [36] MULLER (M.), 2017. *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 – Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015*, DRESS Etudes & Résultats, n°1015, [en ligne]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
- [37] CNSA, 2017. *La situation des EHPAD en 2016 – Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cnsa.fr/node/3701>
- [38] MULLER (M.), 2017. *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 – Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015*, DRESS Etudes & Résultats, n°1015, [en ligne]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
- [39] FIZZALA (A.), 2017. *Les durées de séjour en EHPAD*, Les dossiers de la DRESS, n°15, [en ligne]. Disponible sur : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/15_dossiers_drees_final.pdf
- [40] BRAMI (G.), 2006. *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Editions Les Etudes Hospitalières, p.16. 355 p.
- [41] KPMG, 2015. *EHPAD, vers de nouveaux modèles ?* [en ligne]. Disponible sur : <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/fr-etude-ehpad-2015.PDF>
- [42] INSEE, 2016. *Tableaux de l'économie française* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906697?sommaire=1906743>
- [43] CNSA, 2017. *La situation des EHPAD en 2016 – Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cnsa.fr/node/3701>
- [44] CNSA, 2017. *La situation des EHPAD en 2016 – Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cnsa.fr/node/3701>
- [45] CNSA, 2017. *La situation des EHPAD en 2016 – Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cnsa.fr/node/3701>
- [46] MULLER (M.), 2017. *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 – Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015*, DRESS Etudes & Résultats, n°1015, [en ligne]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

- [47] LECROART (A.), 2013. *Projection des populations âgées dépendantes*, DRESS Dossiers solidarité et santé, n°43, [en ligne]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>
- [48] BRAMI (G.), 2012. *La nouvelle conception des EHPAD*. Editions Les Etudes Hospitalières, p.20. 445 p.
- [49] BRAMI (G.), 2012. *La nouvelle conception des EHPAD*. Editions Les Etudes Hospitalières, p.7. 445 p.
- [50] Légifrance, *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1798* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>
- [51] Légifrance, Article L.311-3 du CASF [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797370&dateTexte=&categorieLien=cid>
- [52] Ministères des solidarités et de la santé. *Charte des droits et libertés de la personne accueillie* [en ligne]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/exe_a4_accue284e.pdf
- [53] EYNARD (C.) & SALON (D.), 2006. *Architecture et Gérontologie*. L'Harmattan, p.73. 217 p.
- [54] BRAMI (G.), 2006. *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Editions Les Etudes Hospitalières, p.216. 355 p.
- [55] AMYOT (JJ.) & MOLLIER (A.), 2007. *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Editions Dunod, p.185
- [56] OMS. *Constitution de l'OMS : ses principes* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/about/mission/fr/>
- [57] CNSA, 2017. *En cas de discrimination* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/exercer-ses-droits/en-cas-de-discrimination>
- [58] EYNARD (C.) & SALON (D.), 2006. *Architecture et Gérontologie*. L'Harmattan, p.58. 217 p.
- [59] ROSAY-NOTZ (H.), 2004. *Prise en charge des personnes âgées dans les sociétés traditionnelles*. L'esprit du temps, Etudes sur la mort, n°126, p. 28-29.
- [60] BRAMI (G.), 2006. *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Editions Les Etudes Hospitalières, p.16. 355 p.
- [61] BLONDELET (J.), 2018. *La longévité, entre acceptation et déni*. ASH, n°3063, p.13.
- [62] EYNARD (C.) & SALON (D.), 2006. *Architecture et Gérontologie*. L'Harmattan, p.14. 217 p.
- [63] BROUSSY (L.), 2013. *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : FRANCE : ANNEE ZERO !*. Mission Interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, p.14.

- [64] BRAMI (G.), 2006. *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Editions Les Etudes Hospitalières, p.164. 355 p.
- [65] GUILHOU (X.) & LAGADEC (P.), 2002. *La fin du risque zéro*. Editions Eyrolles, p.170, 316 p.
- [66] DENORMANDIE (P.), 2013. *Il ne s'agit pas de démolir les EHPAD*. Documents Cleirppa, cahier n°49, p.5.
- [67] BESSAC (G.), 2013. *EHPAD : construire le futur au présent*. Documents Cleirppa, cahier n°49, p.10.
- [68] SEMARD (A.), 2013. *L'habitat regroupé : une formule d'avenir ?*. Documents Cleirppa, cahier n°49, p.15.
- [69] GIBOWSKI (C.), BALARD (P.) & LEDUFF (F.), 2013. *Le projet de vie individuel : une voie psychothérapique possible dans l'élaboration de l'effraction que peut constituer l'entrée en maison de retraite*, Cliniques, vol. 5, n°1, p.198-209. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-cliniques-2013-1-page-198.ht>
- [70] BRAMI (G.), 2006. *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Editions Les Etudes Hospitalières, p.166. 355 p.
- [71] BLONDELET (J.), 2018. *Les EHPAD en fin de vie ?*. ASH, n°3051, p.8.
- [72] GUILHOU (X.) & LAGADEC (P.), 2002. *La fin du risque zéro*. Editions Eyrolles, p.176, 316 p.
- [73] BRAMI (G.), 2006. *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Editions Les Etudes Hospitalières, p.20. 355 p.
- [74] BRAMI (G.), 2006. *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Editions Les Etudes Hospitalières, p.33. 355 p.
- [75] CNSA, 2015. *Normes et moyens en EHPAD : présentation des résultats du rapport* [en ligne]. Disponible sur : https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-normes_et_moyens-rapport_2015.pdf
- [76] EYNARD (C.), 2013. *Il ne s'agit pas de démolir les EHPAD*. Documents Cleirppa, cahier n°49, p.4.
- [77] GUILHOU (X.) & LAGADEC (P.), 2002. *La fin du risque zéro*. Editions Eyrolles, p.XI, 316 p.
- [78] Dictionnaire LAROUSSE. Définition du mot risque [en ligne]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/risque/69557>
- [79] GUILHOU (X.) & LAGADEC (P.), 2002. *La fin du risque zéro*. Editions Eyrolles, p.75, 316 p.
- [80] EYNARD (C.), 2013. *Il ne s'agit pas de démolir les EHPAD*. Documents Cleirppa, cahier n°49, p.6.
- [81] GUILHOU (X.) & LAGADEC (P.), 2002. *La fin du risque zéro*. Editions Eyrolles, p.184, 316 p.

- [82] GUILHOU (X.) & LAGADEC (P.), 2002. *La fin du risque zéro*. Editions Eyrolles, p.121, 316 p.
- [83] GUILHOU (X.) & LAGADEC (P.), 2002. *La fin du risque zéro*. Editions Eyrolles, p.121, 316 p.
- [84] GUILHOU (X.) & LAGADEC (P.), 2002. *La fin du risque zéro*. Editions Eyrolles, p.174, 316 p.
- [85] GUILHOU (X.) & LAGADEC (P.), 2002. *La fin du risque zéro*. Editions Eyrolles, p.171, 316 p.
- [86] GUILHOU (X.) & LAGADEC (P.), 2002. *La fin du risque zéro*. Editions Eyrolles, p.174, 316 p.
- [87] BESSAC (G.), 2013. *EHPAD : construire le futur au présent*. Documents Cleirppa, cahier n°49, p.8.
- [88] YON (E.), 2013. *Imaginer un EHPAD hors les murs*. Documents Cleirppa, cahier n°49, p.12.
- [89] Conseil départementale de l'Oise. *Appel à candidature relatif à la création, à titre expérimental, d'un EHPAD hors les murs* [en ligne]. Disponible sur : http://www.oise.fr/fileadmin/oise.fr/pdf/Solidarite/Personnes_agees/Appel_a_candidature_ehp_ad_hors_les_murs.pdf
- [90] Fondation Partage & Vie. *La Fondation, partenaire de Silver Economy*. Disponible sur : <http://www.fondationpartageetvie.org/etablissements/silver-economy,255,235.html>
- [91] CNSA, 2017. *L'habitat regroupé* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-logement-independant-et-beneficier-de-services/lhabitat>
- [92] LE NAOUR (E.), 2018. *Korian-Ages&vie – Les nouveaux colocs*. ASH, n°3051, p.12.
- [93] Site internet réseau Ages&Vie. Disponible sur : <https://www.agesetvie.com/>
- [94] LE NAOUR (E.), 2018. *Korian-Ages&vie – Les nouveaux colocs*. ASH, n°3051, p.12.
- [95] Association Les petits frères des pauvres. *Maison du Thil, la colocation Alzheimer* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/nos-implantations/60000-01-maison-du-thil/maison-du-thil.html>
- [96] CNSA, 2017. *L'habitat intergénérationnel* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-logement-independant-et-beneficier-de-services/lhabitat-0>
- [97] SANTILLI (D.), 2016. *Des visiteurs de convivialité contre l'isolement des personnes âgées*. La Gazette Santé Sociale, n°134, p.47.
- [98] BLONDELET (J.), 2018. *Les EHPAD en fin de vie ?*. ASH, n°3051, p.8.
- [99] Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, 2018. *Avis n°128 – Enjeux éthiques du vieillissement* [en ligne]. p.29. 68 p. Disponible sur : http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_avis_128.pdf

- [100] La Voix du Nord, 2016. *Ces logements étudiants pas tout à fait comme les autres* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.lavoixdunord.fr/52306/article/2016-09-30/ces-logements-etudiants-pas-tout-fait-comme-les-autres>
- [101] EYNARD (C.), 2013. *Il ne s'agit pas de démolir les EHPAD*. Documents Cleirppa, cahier n°49, p.6.
- [102] MARTIN (L.), 2016. *Une crèche dans une EHPAD... et vice-versa*. La gazette Santé Sociale [en ligne]. Disponible sur : <http://www.gazette-sante-social.fr/29751/une-creche-dans-un-ehpad-et-vice-versa>
- [103] Réseau RigoLo Comme La Vie, 2018. *Intergénérationnel : Que fait Karim, 2 ans, dans cette maison de retraite ?* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.rigolocommelavie.org/presse/intergenerationnel-karim-2-ans-cette-maison-de-retraite/>
- [104] Mutualité française grand sud. *EHPAD Gérard SOULATGES*. Disponible sur : <https://www.mfgs.fr/personnes-agees/nos-ehpad/gerard-soulatges>
- [105] BRAMI (G.), 2006. *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Editions Les Etudes Hospitalières, p.56. 355 p.
- [106] BLONDELET (J.) & ROLLANDIN (P.), 2018. *Les EHPAD en fin de vie ?*. ASH, n°3051, p.9.
- [107] LE NAOUR (E.), 2018. *Les atouts et les risques de la gérontechnologie*. ASH, n°3064, p.14.
- [108] Site Internet Le Village des Aubépins. Disponible sur : <http://www.village-des-aubepins.fr/>
- [109] MONGAUX (M-P.), 2016. *EHPAD, un modèle à réinventer*. Direction[s], n°141, p.20.
- [110] Site Internet de la ville de Dax. *Le village Landais Alzheimer à Dax* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.dax.fr/un-village-alzheimer-dax>
- [111] Site internet du Village Alzheimer Landais. Disponible sur : <https://villagealzheimer.landes.fr/le-parti-pris-architectural>
- [112] SMAGGHE (A.), 2008. *Les « colocations » à Berlin, pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées*. Documents Cleirppa, n°32, p.17-19
- [113] LEENHARDT (H.), 2013. *Déjà la cinquième génération d'établissements en Allemagne*. Documents Cleirppa, cahier n°49, p.22-23.
- [114] Site de l'assurance qualité dans les communautés résidentielles communautaires financé par le Ministère fédéral des affaires familiales, des personnes âgées, des femmes et de la jeunesse. Disponible sur : <https://www.wg-qualitaet.de/>
- [115] LEENHARDT (H.), 2013. *Déjà la cinquième génération d'établissements en Allemagne*. Documents Cleirppa, cahier n°49, p.22-23.
- [116] LEENHARDT (H.), 2013. *Déjà la cinquième génération d'établissements en Allemagne*. Documents Cleirppa, cahier n°49, p.22-23.

- [117] Association de plusieurs acteurs de l'économie sociale de toute l'Allemagne. Disponible sur : http://www.netzwerk-song.de/fileadmin/user_upload/DStGB-SONG-Doku_Lebensraeume_zum_AElderwerden.pdf
- [118] Site Internet Maison Carpe Diem. Disponible sur : <http://alzheimercarpediem.com/la-maison-carpe-diem/a-propos-de-nous/>
- [119] Site Internet Village Hogeweyk. Disponible sur : <https://hogeweyk.dementiavillage.com/>
- [120] MONGIBEAUX (D.), 2015. *Hogewey au Pays-Bas : Libres dans le village Alzheimer* [en ligne]. Paris Match. Disponible sur : <https://www.parismatch.com/Actu/Sante/Hogewey-au-Pays-Bas-Libres-dans-le-village-Alzheimer-827993>
- [121] GUILHOU (X.) & LAGADEC (P.), 2002. *La fin du risque zéro*. Editions Eyrolles, p.178, 316 p.
- [122] DARNAUD (T.), 1999. *L'entrée en maison de retraite*. ESF Editeur, p.15. 188p.

TABLE DES MATIERES

Remerciement	2
Sommaire	3
Introduction	4
Partie I. L'accueil des personnes fragiles, une mission historique en perpétuel remaniement	7
Chapitre 1. L'évolution du modèle et des missions des structures accueillant les personnes âgées	7
A. De l'hôtel-Dieu à l'âge d'Or des hospices en passant par l'Hôpital Général.....	7
B. L'humanisation et la médicalisation des structures accueillant des personnes âgées.....	9
1) La publication du rapport LAROQUE (1962) : le début d'une véritable politique dédiée à l'accueil et à l'accompagnement des personnes âgées.....	9
2) La loi sociale de 1975 : le début de la médicalisation des maisons de retraite...	10
C. De l'avènement à l'apogée des EHPAD	11
Chapitre 2. L'évolution de la population âgées et de la dépendance	13
A. Etat des lieux et projections démographiques	13
B. Evolution de la population accueillie en EHPAD	16
Chapitre 3. Les principaux paradoxes en EHPAD	19
A. Entre droits, liberté et sécurité	20
B. Quand l'institution s'impose aux résidents.....	21
C. Le résident : une personne âgée et non un malade	22
D. Un vocabulaire à adapter	22
Partie II. L'EHPAD de demain, un format à questionner.....	23
Chapitre 1. Quels sont les principaux enjeux du nouveau modèle ?	24
A. Revaloriser l'image de l'EHPAD pour palier au manque d'attractivité	24
B. Changer les regards sur les personnes âgées	25
C. Répondre aux attentes et aux besoins des futurs résidents.....	26
D. Faire de l'entrée en EHPAD un choix souhaité	26
E. Inclure activement l'EHPAD dans la vie du territoire	27
F. Enjeu sociétal	27
Chapitre 2. Quels sont les principaux freins au développement du nouvel EHPAD	28
A. Les freins politiques.....	28

B.	Les freins juridiques.....	29
C.	Les freins normatifs	29
D.	Les freins sociétaux.....	30
E.	Le diktat du risque zéro	30
Chapitre 3. Les innovations et initiatives vers un nouveau modèle		32
A.	L'EHPAD hors les murs, une plateforme de services pour le maintien à domicile.....	33
B.	Les habitats regroupés, une réponse à la solitude et à l'individualité	34
	1) <i>Les colocations pour personnes âgées dépendantes</i>	34
	2) <i>Une colocation " Alzheimer"</i>	35
C.	Habitats intergénérationnels.....	35
	1) <i>Des immeubles et des quartiers intergénérationnels</i>	35
	2) <i>Un toit partagé avec des étudiants</i>	36
D.	Une crèche à l'EHPAD et vice versa	36
E.	L'EHPAD 2.0	37
F.	Les mini-villages	38
	1) <i>L'EHPAD Le Villâge des Aubépins en Seine-Maritime</i>	38
	2) <i>Le Village Alzheimer des Landes</i>	39
G.	Que font nos voisins ?	40
	1) <i>Les colocations autogérées de malades d'Alzheimer en Allemagne</i>	40
	2) <i>Les "maisons de quartier" en Allemagne</i>	41
	3) <i>La maison Carpe Diem au Québec</i>	41
	4) <i>Expériences des mini-villages hollandais</i>	42
Partie III. La transformation des EHPAD : du cercle vicieux au cercle vertueux		43
Chapitre 1. La méthodologie employée.....		44
A.	Les objectifs de l'enquête	44
B.	Les caractéristiques des répondants	45
	1) <i>Choix des personnes interrogées</i>	45
	2) <i>Echantillonnage</i>	45
C.	La méthode d'investigation.....	46
	1) <i>Elaboration de la grille d'entretien semi-directif à destination des professionnels du secteur</i>	46
	2) <i>Elaboration du questionnaire à destination de la population française</i>	46
D.	La diffusion du questionnaire et la collecte des informations.....	47

Chapitre 2. L'analyse des résultats	48
A. Le point de vue des professionnels du secteur	48
B. Les attentes et les nouveaux besoins des futurs résidents	51
C. A la croisée des deux chemins	59
Chapitre 3. L'EHPAD de demain : s'adapter ou disparaître ?	60
Conclusion	64
Bibliographie	66

GLOSSAIRE

AGGIR (grille) : Grille Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

ARS : Agences Régionales de Santé

ASV (loi) : Loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSP : Code de la Santé Publique

CSS : Code de la Sécurité Sociale

CTP : Convention Tripartite Pluriannuelle

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes

ERP : Etablissement Recevant du Public

ESD : Entretien Semi-Directif

FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs

FHF : Fédération Hospitalière de France

FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée

FNADEPA : Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissements et services pour Personnes Âgées

GIR : Groupes Iso-Ressources

GMP : GIR Moyen Pondéré

HAD : Hospitalisation A Domicile

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

KDA : Kuratorium Deutsche Altershilfe

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDCA : Planifier, Développer, Contrôler et Ajuster (Plan, Do, Check, Act)

PMP : Pathos Moyen Pondéré

USLD : Unités de Soins de Longue Durée

TABLE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Evolutions de la pyramide des âges de 2003 à 2018 et projection de la population pour 2035.....	14
<u>Figure 2</u> : Evolutions passée et future de l'espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes entre 2005 et 2050, selon trois hypothèses retenues.....	15
<u>Figure 3</u> : Décomposition de l'espérance de vie en année à 50 ans suivant le statut vis-à-vis de la retraite et de l'incapacité.....	15
<u>Figure 4</u> : Proportion d'hommes et de femmes selon la durée de vie en retraite sans incapacité pour la génération née en 1975.....	16
<u>Figure 5</u> : Structure par âge et par sexe des résidents accueillis en 2011 et en 2015.....	17
<u>Figure 6</u> : Evolution pluriannuelle du GMP et PMP moyen national.....	18
<u>Figure 7</u> : Evolution chronologique des interventions des politiques publiques en EHPAD.....	29

TABLE DES ANNEXES

Annexe I : Questionnaire à destination de la population.....	I
Annexe II : Entretien semi-directif M. GUERIN.....	VIII
Annexe III : Entretien semi-directif M. ENNUYER.....	XII
Annexe IV : Entretien semi-directif M. GUNST.....	XV
Annexe V : Entretien semi-directif Mme LECOCQ.....	XVIII
Annexe VI : Résultats globaux de l'enquête à destination des futurs résidents.....	XX

ANNEXES

L'EHPAD de demain

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre de l'écriture d'un mémoire sur le thème « L'EHPAD de demain », rédigé en vue de l'obtention du Master 2 Management Sectoriel de l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé. L'objectif de ce questionnaire vise principalement à analyser la conception qu'ont les futurs usagers et leurs proches sur la place de la personne âgée dans la société et le modèle actuel de l'EHPAD. Il permettra également d'appréhender les dysfonctionnements du modèle de l'EHPAD, de se questionner sur la pérennité de ce modèle et de s'interroger sur l'EHPAD de demain afin qu'il puisse répondre aux attentes et besoins des futurs résidents.

Le questionnaire vierge et la synthèse des réponses seront intégrés dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'Université de Lille Droit & Santé en version papier et numérique. L'anonymat des participants est garanti.

Je vous remercie par avance pour votre précieuse contribution à la bonne réalisation de mon mémoire.

*Obligatoire

1) A quelle tranche d'âge appartenez-vous ? *

Sélectionner ▼

2) Comment définiriez-vous une personne âgée ? (plusieurs réponses possibles) *

- Une personne autonome
- Une personne ayant une histoire et des choses à transmettre
- Une personne grisonnante ayant des difficultés à se déplacer
- Une personne vulnérable, fragile
- Une personne dépendante physiquement ou mentalement
- Une personne dont l'âge est seulement dépendant de l'état d'esprit de la personne
- Une personne en fin de vie
- Autre : _____

3) Selon vous, à quoi ressemblera le résident de demain et quels seront ses attentes et ses besoins ? *

Votre réponse

4) Qu'associez-vous au mot EHPAD ? (plusieurs réponses possibles) *

- Etablissement d'accueil pour des personnes dépendantes
- Lieu de vie
- Lieu de soins
- Lieu intergénérationnel
- Lieu de fin de vie
- Triste
- Famille
- Prison

- Isolement
- Fête
- Abandon
- Activités
- Solitude
- Collectivité
- Rencontres
- Vie sociale
- Dépendance
- Opportunité/renouveau
- Sécurité
- Prise en charge des personnes ne pouvant plus rester à domicile
- Autre :

5) Le modèle actuel de l'EHPAD devrait-il évoluer ? *

- Oui
- Non

Pourquoi ?

Votre réponse

6) Pour quelles raisons souhaiteriez-vous entrer en EHPAD ?
(plusieurs réponses possibles) *

- Aucune raison
- Me sentir en sécurité
- Rompre l'isolement, la solitude
- Après une chute sans conséquence
- Après la déclaration d'une pathologie (AVC, Alzheimer, Parkinson...)
- Pour ne pas être une charge pour mes proches
- Si je suis dépendant et ne peux rester à domicile
- Si mon état de santé se dégrade
- Mon domicile n'est plus adapté
- Suivre mon conjoint
- Autre : _____

7) La grande majorité des entrées en EHPAD, se font à un âge avancé ou sont des entrées dites en urgence. Pour quelles raisons ne souhaiteriez-vous pas entrer en EHPAD ? (plusieurs réponses possibles) *

- Pour ne pas renvoyer à soi-même une image de fin de vie
- Parce que je suis encore autonome
- Je n'ai pas envie d'être privé(e) de ma liberté
- Je n'ai pas envie de quitter mon conjoint
- Je n'ai pas envie de vivre en collectivité
- J'ai envie de rester chez moi, difficulté à quitter ma maison
- Les tarifs sont trop élevés
- Manque de considération pour la personne âgée
- Peur d'être délaissé(e) par mes proches
- Autre :

8) A quel moment estimez-vous opportun d'intégrer une maison de retraite ? (plusieurs réponses possibles) *

- Aucun moment
- Quand je m'aperçois que le fait de vivre seul me met en danger
- Avant de devenir dépendant pour m'intégrer progressivement et bénéficier pleinement des activités
- Après une hospitalisation
- Avant d'avoir une pathologie entraînant une dépendance
- Avant que mes proches ne doivent s'occuper de moi
- Quand je deviens dépendant
- Autre :

9) En 2015, l'âge moyen d'entrée en EHPAD était de 85 ans et il ne cesse d'augmenter, qu'est-ce qui vous ferait entrer en EHPAD plus précocement ? (plusieurs réponses possibles) *

- La solitude
- La présence de personnes moins dépendantes en EHPAD
- Si je me retrouve avec des connaissances, des amis...
- La possibilité de faire des activités et des sorties régulièrement
- Un nouveau modèle d'EHPAD qui répond aux besoins et attentes des futurs résidents
- Que l'Etat par la création d'un 5ème risque ou le système assurantiel prennent en charge le coût
- Que l'EHPAD ressemble à un village-vacances
- Autre :

10) Quels sont les quatre premiers critères de choix que vous regarderiez pour envisager une entrée en EHPAD ? (Une réponse par ligne)

	Situation géographique proche du domicile	Réputation de l'établissement	Etat général de l'établissement	Proximité des commerces	Délai d'attente	Tarifs	Quali prest (so restaur)
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11) L'EHPAD de demain devrait-il accueillir différents types de publics ? Si oui, lesquels ? *

- Non
- Oui
- Personnes âgées non dépendantes
- Enfants
- Etudiants
- Familles
- Personnes handicapées vieillissantes
- Autre : _____

Pourquoi ? *

Votre réponse _____

12) L'EHPAD de demain devrait-il accueillir différents types d'habitats ? Si oui, lesquels ? *

- Non
- Oui
- Logements étudiants
- Logements familiaux
- Crèches
- Ecoles
- Autre : _____

13) L'EHPAD de demain devrait-il proposer de nouveaux services et être conçu comme une plateforme de service pour les personnes extérieures ? Si oui, lesquels ? *

- Non
- Oui

- Portage de repas (déposer le repas pour les personnes restées à domicile)
- Accueil de jour
- Accueil de nuit
- Blanchisserie
- Dépôt de poste
- Boulangerie
- Pharmacie
- Téléalarme (dispositif qui permet aux personnes âgées ou handicapées restées à domicile de bénéficier d'une assistance 24h/24h par une simple pression sur un pendentif qui met la personne en liaison téléphonique avec l'EHPAD, de nuit comme de jour)
- Autre :

14) Afin d'éviter les transferts à l'hôpital, devrait-on envisager de créer dans les EHPAD un plateau technique dédié aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie ? *

- Oui
- Non

Pourquoi ? *

Votre réponse

15) Est-ce que les structures proposées pour l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées doivent forcément être segmentées en fonction de l'âge, des soins, de l'autonomie et de la dépendance de la personne ? *

- Oui
- Non

16) Les Pays-Bas ont créé un modèle d'EHPAD conçu sous la forme d'un petit village, c'est-à-dire qu'il est composé d'un établissement accueillant des personnes âgées mais également de petits commerces ouverts à l'ensemble la population, tels que : un restaurant, une boulangerie, une épicerie, un coiffeur ou encore une salle de spectacle. Ce modèle favorisant l'inclusion des personnes âgées dans la société commence à se développer en France. Que pensez-vous de ce modèle ? *

Votre réponse

17) En structure d'accueil, seriez-vous gêné(e) à l'idée de vivre et partager des instants de vie (repas, activités...) avec des personnes plus dépendantes que vous ? *

- Oui
- Non

18) En structure d'accueil, seriez-vous gêné(e) à l'idée de vivre et partager des instants de vie (repas, activités...) avec des personnes âgées en situation de handicap ? *

- Oui
 Non

19) A l'heure du tout numérique, le marché des nouvelles technologies en EHPAD bat son plein, notamment pour maintenir l'autonomie des résidents. Quels sont les nouvelles technologies que vous souhaiteriez voir en EHPAD ? (plusieurs réponses possibles) *

- Aucune
- Des robots qui faciliteraient la manutention et réduiraient les troubles musculo-squelettiques des équipes
- Des robots qui communiqueraient avec les résidents
- Des tablettes tactiles ayant différentes fonctionnalités (ex : contrôler l'éclairage/les volets à distance)
- Des outils de commande vocale (ex : contrôler l'éclairage/les volets par la voix)
- Des bracelets de géolocalisation afin de sécuriser les sorties
- Des médaillons alarme pour surveiller les paramètres vitaux
- Des médaillons alarme à déclencher par simple pression pour prévenir les équipes en cas de problème
- De la domotique
- Des capteurs de chute au sol
- Des diffuseurs d'air
- Des toilettes lavants et séchants
- Autre :

20) Aujourd'hui, suite aux différents sujets abordés dans la presse et les médias, et même avant, l'EHPAD renvoie une image d'un établissement lugubre voire celle d'un mouvoir. Comment redonner une bonne image et de l'attractivité à ces établissements ? *

Votre réponse

21) Aujourd'hui, si vous deviez vous projeter, envisageriez-vous une entrée en EHPAD ? *

- Oui
 Non

22) Si le modèle actuel de l'EHPAD se réinvente pour répondre aux attentes et besoins des futurs résidents, envisageriez-vous une entrée en EHPAD ? *

- Oui
- Non

23) Quel nouveau modèle d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées imaginez-vous et souhaiteriez-vous ? Quels termes aimeriez-vous y associer ? *

Votre réponse

24) Avez-vous d'autres remarques ou suggestions à apporter sur le thème de l'EHPAD de demain ?

Votre réponse

ENVOYER

Page 1 sur 1

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

GRILLE D'ENTRETIEN

M. Serge GUERIN, Sociologue spécialiste des questions liées au vieillissement
Lundi 06 Août 2018 à 17h00

Cadre et objectif de l'entretien : Cet entretien est réalisé dans le cadre de l'écriture d'un mémoire sur le thème « L'EHPAD de demain », rédigé en vue de l'obtention du Master 2 Management Sectoriel de l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé. L'objectif de cet entretien vise principalement à déterminer la place de la personne âgée dans la société et le modèle actuel de l'EHPAD. Cet échange permettra également d'appréhender les dysfonctionnements du modèle de l'EHPAD, de se questionner sur la pérennité de ce modèle et de s'interroger sur l'EHPAD de demain afin qu'il puisse répondre aux attentes et besoins des futurs résidents.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'Université de Lille Droit & Santé en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

Pour vous, qui est une personne âgée ?

Une personne qui est considérée comme âgée aux yeux des autres et peut-être aux yeux d'elle-même. C'est un être humain avant tout qui doit être considéré, estimé et accompagné jusqu'au dernier jour de sa vie, quelle que soit sa situation physique ou cognitive. Enfin, c'est une personne qui nécessite que son environnement soit mieux adapté à sa ou ses réalités pour qu'elle puisse continuer à exercer sa vie au mieux. Il peut arriver qu'elle soit touchée par des incapacités croissantes ou des déficits de plus en plus importants qui la rendent beaucoup plus fragile.

Selon vous, à quoi ressemblera le résident de demain et quels seront ses attentes et ses besoins ?

Deux réponses sont possibles. Il est très possible, si le mouvement continue, que le résident en EHPAD soit quelqu'un de plus en plus fragile et de plus en plus âgé si on est dans une logique où les gens reculent le plus possible l'entrée en EHPAD. Cela les transformerait en lieu de fin de vie. Ils auront donc plus de besoins et d'attentes en termes de soins et d'écoute.

Ou bien, le résident serait en EHPAD dans une logique de recherche de lien social et d'accompagnement, et dans ce cas, on aurait des personnes avec des moyens financiers souvent faibles, voire très faibles et en même temps des personnes qui souhaiteraient continuer de vivre dans une société de service avec des gens qui rentreraient plus tôt et qui seraient demandeurs d'attention et de personnalisation de services. Mais le problème est qu'il n'ait pas sûr que cette demande de service soit pérenne, dans le sens où les gens n'auraient pas les moyens de se payer ces services. Quid de la solidarité et du système de financement de ces services ? Ces résidents auraient donc des besoins de prévention, d'écoute et de services.

Selon vous, pour quelles raisons une personne âgée souhaite entrer en EHPAD ? Et au contraire, pour quelles raisons ne le souhaiterait-elle pas ?

Assez souvent, ce souhait n'émane pas de la personne âgée elle-même, mais plutôt de son entourage. Si le souhait vient de la personne âgée, c'est pour deux raisons. Fondamentalement, c'est pour un besoin de sécurité en réponse à la peur, ensuite c'est la recherche de liens qui les poussent à entrer en EHPAD car ils peuvent avoir à vivre l'isolement ; et la maison de retraite, quoi qu'on en dise, est tout de même un lieu où justement on peut rompre, en partie du moins, l'isolement. Mourir chez soi est un désir de fin de vie, mais parfois mourir chez soi, c'est aussi mourir tout seul. Or dans une maison de retraite, quand on meurt, il y a tout de même autour de soi, du personnel et d'autres résidents.

La personne âgée ne souhaite pas entrer en EHPAD pour trois raisons. La première est que l'entrée en institution renvoie à l'image de la dernière étape de la vie. Deuxièmement, comme toute autre personne, c'est aussi la peur du changement : être dans un cadre rassurant que l'on connaît, même s'il n'est pas toujours très adapté, et d'un seul coup, c'est le grand saut dans l'inconnu. Pour finir, la crainte pour les personnes, encore plus ou moins autonomes, est de se dire qu'elles entrent dans un établissement collectif où l'environnement est contraignant et dicté par des règles (horaire de lever, coucher, repas...) leur faisant ainsi perdre leur liberté.

Selon vous, quels sont les quatre premiers critères de choix que regarde une personne âgée pour choisir un EHPAD ?

Le critère majeur est celui du prix, ensuite se poserait la question de l'éloignement de l'établissement par rapport à l'ancien domicile de la personne ou de celui de l'entourage susceptible de venir lui rendre visite. Le troisième élément relèverait de la notoriété de l'établissement concernant les prestations d'hôtellerie. Enfin, la qualité globale du soin interviendrait en quatrième critère de choix.

Pour vous, qu'est-ce qu'un EHPAD ?

Dans l'idéal, un EHPAD est un lieu pluriel avec des professionnels et des bénévoles, habité par des résidents. Cet ensemble de personnes que l'on pourrait appeler « les habitants » réinvente dans un lieu, avec ses contraintes, une sorte de quartier d'habitat.

Dans le réel, il y a une très grande diversité de situations des EHPAD dont certains sont pris par la contrainte d'un âge très avancé des résidents et ont du mal à développer les projets de vie personnalisés. Aujourd'hui, les EHPAD accueillent des personnes qui dépassent les 85 ans, voire plus et qui sont dans une situation physique ou cognitive qui rend leur vie à domicile quasi impossible, en termes de coût et de disponibilité de personnes. Ce sont des gens tellement fragilisés que l'accompagnement et la prise en soins dans un lieu collectif est plus sécurisant et plus agréable pour la personne très âgée. C'est un lieu très spécifique puisqu'il ne regroupe pratiquement que des gens en très grande fragilité ou en très grande perte d'autonomie qui sont tous parfaitement conscients que c'est la dernière étape avant le décès ; et en même temps cela peut rester un lieu où on va accompagner et favoriser des formes d'échanges, de joie, de plaisirs... Mais la vraie différence entre les EHPAD est en termes de qualité de la direction, du management à se rappeler qu'au-delà de la nécessité d'une performance économique, c'est un lieu qui a du sens et doit continuer à donner du sens.

Quel est votre constat actuel des dysfonctionnements en EHPAD ?

Les dysfonctionnements majeurs en EHPAD sont d'une part, la sur-présence de normes qui infantilisent les managers et d'autre part la présence de logiques institutionnelles très rigides et très contraignantes qui ne permettent pas aux personnes accueillies d'exercer pleinement leur citoyenneté et de vivre dignement jusqu'à la fin de leur vie. En effet, les EHPAD sont des lieux accueillant des personnes y entrant plus par contraintes que par plaisir. La question à se poser est la suivante : comment dans un monde qui n'est pas idéal peut-on trouver des compromis qui peuvent laisser subsister des moments de démocratie et de liberté de la personne ?

Pensez-vous que le modèle actuel des EHPAD soit à changer ? Si oui, comment envisagez-vous l'avenir des EHPAD ?

Pour des raisons budgétaires, nous sommes arrivés au bout du modèle actuel des EHPAD et ils risquent de ne pas bien correspondre aux attentes des nouveaux retraités, personnes âgées et futurs résidents dont il faut prendre en compte nécessairement les besoins. Il faut renforcer le personnel et s'appuyer le plus fort possible sur le volant des aidants et bénévoles.

Il existe deux situations possibles pour l'EHPAD de demain. Soit l'EHPAD accueille les personnes pour les derniers temps de la vie ; il sera donc un lieu d'accompagnement, le plus bienveillant possible, de la fin de vie. Ou bien c'est un lieu qui se transforme en plateforme de services (accompagnement, prévention et soins) pouvant à la fois accueillir des résidents mais également se déplacer chez les habitants de proximité ; il constituerait ainsi un lieu plus ouvert qui permettrait de dédramatiser l'entrée en EHPAD et de trouver des nouvelles sources de recettes financières. Mais on ne peut pas mixer les deux car on ne peut pas faire d'un lieu d'accompagnement de fin de vie un lieu ouvert car personne ne voudrait y entrer. Peut-être faudra-t-il faire deux types d'accueil et changer les noms. Néanmoins, les deux seront des lieux de vie et non de soins. Il n'est plus question de soigner mais de rendre les derniers jours, semaines, mois de vie les plus agréables possible.

Pour vous, l'EHPAD doit-il accueillir différents types d'habitats ou de publics ?

Si on part dans cette logique de plateforme de services, l'EHPAD pourrait accueillir différents types de publics. Des personnes relativement autonomes, souhaitant trouver des réponses collectives permettant d'améliorer la qualité de vie (sécurité, lien social, équipement). On aurait une sorte de continuum : je bénéficie des services à mon domicile et quand la situation se dégrade, je rejoins le lieu de vie où les équipements seront mieux adaptés à mes besoins et dont je connais déjà l'environnement. Cette continuité dédramatisera les choses, permettra de conserver ses habitudes et son voisinage et ainsi mieux vivre l'entrée en établissement.

Donc pas de nouveau modèle avec des logements pour étudiants, familles et personnes handicapées ?

Sur le papier c'est génial et une des utopies est de croire que ça va se faire naturellement, mais il ne faut pas forcer les gens et se concentrer sur les personnes fragiles.

Vous parlez de plateforme de service, à quels types de services pensez-vous ?

Cela peut être aussi bien des services de nécessité de vie quotidienne (repas, soins, aide à la toilette...) que des services de qualité de vie (envoyer un mail, visite de courtoisie...).

D'autres prestations que celles actuellement réalisées par les EHPAD devraient-elles être proposées (exemple boulangerie, salle de spectacle...) ?

Tout ce qui favorise, dans une équation économique supportable, la qualité de vie et l'intérêt de la vie pour les personnes est bon à prendre, tout ce qui contribue au maintien des capacités restantes et qui surtout crée des moments de plaisir. Il faut organiser des choses à titre individuel et à titre collectif pour contribuer au lien social. La seule limite est la limite économique.

Quel est le niveau de médicalisation à intégrer en EHPAD ? Doit-on envisager d'aller jusqu'à y intégrer un plateau technique dédié aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie ?

Il y a une tentation de surmédicaliser pour se surprotéger et mettre à distance la maladie ou la fragilité et en même temps, il y a une demande, donc un besoin. Il faut trouver un équilibre avec d'un côté, accompagner la fin de vie dans les meilleures conditions et d'un autre, arrêter la surmédicalisation et réduire les médicaments au profit de la présence et d'approches non-médicamenteuses. La surmédicalisation a une limite économique, mais le plateau technique dédié aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie peut avoir un sens si l'EHPAD devient une vraie plateforme et même une sorte d'hôpital gériatrique et généraliste de territoire local.

Ne serait-il pas intéressant de mettre en place ce plateau technique afin d'éviter les transferts vers l'hôpital ?

En effet, le plateau technique dédié aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie serait intéressant en EHPAD afin de permettre à la personne d'avoir le sentiment de mourir en sécurité car elle se trouverait dans un environnement qu'elle connaîtrait et serait donc plus sereine.

Pensez-vous que la loi 2002-2 soit encore adaptée à l'accompagnement en EHPAD de 2018 ?

Il faudrait une vision globale du vieillissement et redéfinir la place des EHPAD dans ce cadre là. Il faudrait rentrer dans une vision territoriale et non nationale.

Avec un âge d'entrée en EHPAD et un âge moyen qui augmente pour approcher les 90 ans et une durée moyenne de séjour en baisse, peut-on encore personnaliser l'accompagnement en 2018 comme on le faisait en 2002 ?

Dans cette logique d'entrée au dernier moment, les EHPAD sont des lieux d'accompagnement de fin de vie dont l'enjeu serait de démultiplier la bienveillance, d'écouter les personnes et de diminuer le plus possible la souffrance. Pour cela, il faudrait former les professionnels à cet accompagnement spécifique. On ne peut plus personnaliser l'accompagnement de la même façon car le public a changé et les motivations d'entrée ont changé.

Est-ce que l'accompagnement personnalisé passera par des services à la carte et payants ?

On va y venir car nous n'aurons pas la possibilité de faire autrement. On aura donc un système à deux vitesses constitué d'un socle minimal, et comme pour le reste de la vie, on pourra bénéficier de prestations supplémentaires en fonction des moyens. Malheureusement même en fin de vie, les limites sociales sont présentes. Le socle minimal devra être un socle qui respecte la dignité des personnes. Les services à la carte ne sont pas choquants car avec les nouvelles générations, la société est dans une culture de la consommation et du service.

De façon générale, au regard de l'évolution des pathologies, pensez-vous que le consentement en EHPAD doit encore être recherché systématiquement avant l'admission d'une personne ? Ne faudrait-il pas l'envisager comme la fin de vie dans un document type « directives anticipées » afin de pallier aux doutes qui peuvent subvenir lorsque la personne est atteinte de troubles cognitifs ?

Dans l'idéal ce serait effectivement mieux de pouvoir le faire telles que les directives anticipées, en étant sain de corps et d'esprit. Cependant, on peut avoir du mal à se projeter d'une part, mais on peut également changer d'avis d'autre part. Il n'y a donc pas de bonne solution, mais la moins mauvaise serait de favoriser le consentement éclairé avant l'entrée en EHPAD, tant que la personne est encore en capacité de le décider par elle-même.

Sept outils ont été mis en place par la loi 2002-2, pensez-vous qu'ils soient encore adaptés aujourd'hui ?

Sur le papier c'est bien, on a des avancées démocratiques et citoyennes, mais dans la réalité de l'action c'est un peu moins intéressant. Concernant le CVS, peut-être faudrait-il un mélange de CVS et de conseil éthique avec la présence obligatoire de personnes extérieures n'étant pas liées à l'établissement, mais compétentes dans le domaine. Il faudrait un outil un peu plus souple et un peu plus large. D'autant plus, que plus on accueillera des résidents de plus en plus âgés, moins ils pourront y participer, on a donc un décalage total. Ou bien, il faudrait plutôt mettre en place un système d'enquêtes régulières pour jauger la situation.

Concernant la charte des droits et libertés de la personne accueillie, il faudrait qu'il y ait un fait juridique disant que jusqu'au dernier jour de sa vie, on peut prendre des risques car vivre c'est prendre des risques. Il faudrait que l'établissement puisse définir les risques qu'il prend dans le contrat de séjour ; ainsi les familles en seraient informées et accepteraient d'être en accord avec cette prise de risques pour laisser plus de droits ou libertés à son parent. On déshumanise au prétexte de protéger. Il faut trouver un équilibre entre les droits et les devoirs. On a ici une des limites du système, une incohérence de la loi, il ne faut pas créer de nouvelles lois, il faut juste les simplifier et assouplir les cadres normatifs.

Où doit se situer l'EHPAD dans le parcours de vie de la personne âgée ? Et est-ce que l'offre des structures proposée dans ce parcours doit forcément être segmentée en fonction de l'âge, des soins, de l'autonomie et de la dépendance de la personne ?

Soit il doit se situer dans l'accompagnement du parcours de vie dans le cadre de la plateforme de service, soit il doit se positionner en fin de parcours de vie dans le cas de l'établissement dédié à la fin de vie. Il doit donc être segmenté en fonction de l'âge, des soins, de l'autonomie et de la dépendance.

Connaissez-vous le modèle des mini-villages au Pays-Bas ? Qu'en pensez-vous ?

Ce modèle est intéressant et permet de renforcer les liens entre les différentes populations. De plus, cela donne de nouvelles ressources à l'EHPAD, les prestations seront peut-être de meilleures qualités car elles seront servies au grand public, cela contribue également à dédramatiser le regard des uns et des autres, ça crée de l'animation pour les résidents, ça renforce le lien social et ça peut diminuer un peu ce côté « ghetto ». Tout le monde s'y retrouve. Donc pourquoi pas, mais il faut que ce soit faisable techniquement et économiquement.

Que pensez-vous de regrouper les personnes par typologie de maladie comme c'est le cas en Allemagne, au Canada ou encore en France avec l'association Les Petits Frères des Pauvres ?

Je ne suis pas convaincu par ces approches, mais de manière pragmatique, je peux comprendre que cette logique d'efficacité, d'être entre personnes ayant les mêmes difficultés, soit mise en place et qu'il y ait une demande sociale ; mais je n'ai pas envie de cela pour l'avenir du pays.

Associez-vous cela à de la ghettoïsation ou plutôt à une opportunité de proposer un meilleur accompagnement ?

Il faut faire attention à la tentation du ghetto, à la communautarisation, mais on peut comprendre que ce soit plus efficace et plus facile à vivre pour un certain nombre de personnes.

Pour une plus grande homogénéité du modèle de l'EHPAD, ce dernier ne devrait-il pas être construit sur les orientations d'un cahier des charges définissant les activités, les services, l'architecture et le public accueilli ?

Il faudrait la mise en place d'un cahier des charges pour un socle commun minimal telles que l'autonomie, la bientraitance, la bienveillance, l'éthique et les prestations délivrées ; mais la règle première serait qu'il n'y ait pas de règle. La structure, qui ne serait plus appelée EHPAD, serait alors adaptée aux particularités du territoire où il est implanté et aux publics concernés. Le fait de faire un cahier des charges unique pour que l'on fonctionne tous de la même façon ne fonctionne pas du tout car nous ne sommes pas tous pareils.

Pour vous, quels sont les freins au développement d'une autre conception de l'EHPAD ? Et comment les surmonter ?

Le principal frein est le manque de vision positive qu'ont la société et nos dirigeants sur le vieillissement. Tant qu'il n'y a pas une vision positive de l'âge, on ne pourra pas avancer. On pourra surmonter ce frein quand on sera capable de mener un débat public pour se demander quelle société on veut pour le grand âge. Ensuite il y a des freins économiques car quelle que soit la vision que l'on a, il faut de l'argent.

Aujourd'hui, suite aux différents sujets abordés dans la presse et les médias, et même avant, l'EHPAD renvoie une image d'un établissement lugubre voire celle d'un mouoir. Comment redonner une bonne image et de l'attractivité à ces établissements ? Quels seraient les meilleurs qualificatifs d'un EHPAD ?

Tant que la société ne s'interroge pas, et qu'elle a une vision négative du vieillissement, il n'y a aucune raison qu'elle ait une vision positive de l'endroit où on regroupe les personnes âgées. Il faut également que l'on arrive à ouvrir les EHPAD sur l'extérieur et montrer qu'il s'y passe plein de choses positives et joyeuses.

Avez-vous d'autres remarques ou suggestions à apporter sur le thème de l'EHPAD de demain ?

Non, le questionnaire est très exhaustif, nous avons fait le tour de la question je pense.

GRILLE D'ENTRETIEN

**M. Bernard ENNUYER, Sociologue spécialiste des questions liées au vieillissement
Vendredi 17 Août 2018 à 09h30**

Cadre et objectif de l'entretien : Cet entretien est réalisé dans le cadre de l'écriture d'un mémoire sur le thème « L'EHPAD de demain », rédigé en vue de l'obtention du Master 2 Management Sectoriel de l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé. L'objectif de cet entretien vise principalement à déterminer la place de la personne âgée dans la société et le modèle actuel de l'EHPAD. Cet échange permettra également d'appréhender les dysfonctionnements du modèle de l'EHPAD, de se questionner sur la pérennité de ce modèle et de s'interroger sur l'EHPAD de demain afin qu'il puisse répondre aux attentes et besoins des futurs résidents.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'Université de Lille Droit & Santé en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

Pour vous, qui est une personne âgée ?

Je ne peux pas répondre à cette question, car la notion de personne âgée n'a pas de sens. Elle n'a pas de sens car comme le disait Bourdieu, « l'âge n'est pas une variable d'identification des gens ». Je refuse donc d'identifier les gens par leur âge. Bourdieu disait également que « l'âge est une donnée biologique, socialement manipulée et manipulable ». L'âge est une manipulation sociale et en tant que telle je n'accepte pas qu'on définisse une personne par son âge. La notion d'âge et de personne âgée ne sont donc pas pertinentes. La représentation de l'âge dans les politiques publiques est déficitaire. On ne peut pas catégoriser l'âge comme symbole de déficit. L'âge en tant que tel et les représentations sont extrêmement discutables et contestables. J'ai une position ultra minoritaire, je suis un citoyen français, je ne vois pas pourquoi si j'ai plus de 60 ans je devrais être catégorisé « personne âgée ».

Selon vous, à quoi ressemblera le résident de demain et quels seront ses attentes et ses besoins ?

Même si la question est intéressante, je ne sais pas. A titre personnel, mon besoin est de toujours être considéré comme un citoyen et être correctement soigné. J'ai besoin d'être soigné comme n'importe quel citoyen dans des structures accessibles financièrement et j'aimerais avoir le choix de mon accompagnement. Je ne veux pas rentrer en EHPAD et si je n'ai pas le choix, je préférerais une petite structure. Et comme sociologue, comme disait RICOEUR, « sur les questions de la vie quotidienne, les experts n'en savent pas plus que les gens eux-mêmes ». Comme expert, je n'ai pas à me prononcer sur les besoins des gens et je ne peux pas le faire. Avec les évolutions et la vitesse à laquelle ça avance, on ne sait pas comment sera la société dans 10 ans.

Selon vous, pour quelles raisons une personne âgée souhaite entrer en EHPAD ? Et au contraire, pour quelles raisons ne le souhaiterait-elle pas ?

La raison pour laquelle certaines personnes entrent en EHPAD, est qu'ils n'ont pas le choix. Elles sont isolées, elles n'ont pas d'aide familiale, elles ont besoin d'accompagnement et n'ont pas celui-ci à domicile. Contraintes et forcées, les raisons d'entrée en EHPAD sont : isolement, insécurité et aide à domicile apportée insuffisante (Soit je ne l'approuve pas, soit je ne peux pas me la payer). 90% des gens ne souhaitent pas entrer en EHPAD car pour eux les EHPAD sont des mouroirs où il n'y a que des vieux. Et ils ne souhaitent pas une concentration de gens et surtout de gens qui vont mal.

Selon vous, quels sont les quatre premiers critères de choix que regarde une personne âgée pour choisir un EHPAD ?

Je ne sais pas, il n'y a pas d'étude faite sur les critères de choix d'un EHPAD ; les gens entrent où ils trouvent de la place et la plupart du temps, ce n'est pas le résident qui choisit l'EHPAD mais son entourage. Je dirais que les critères de choix sont la proximité géographique et l'accessibilité financière. Je pense que les prestations et l'environnement ne rentrent qu'après en ligne de compte.

Pour vous, qu'est-ce qu'un EHPAD ?

Pour moi, un EHPAD est un lieu d'enfermement et d'exclusion ; les gens sont en dehors de la société. C'est un lieu de concentration où on se trouve entre vieux qui ne vont pas bien. Un lieu où on n'a pas choisi d'être généralement. Malgré tous les efforts de ceux qui y travaillent, les normes font que les droits et libertés ne sont pas respectés et que l'EHPAD n'est pas un lieu de vie. J'ai une vision très négative des EHPAD.

Quel est votre constat actuel des dysfonctionnements en EHPAD ?

Le dysfonctionnement basique et majeur est que si on veut s'occuper correctement des personnes dans les EHPAD actuels, il faut du personnel suffisamment nombreux, correctement payé et suffisamment formé ; or, tous ces critères ne sont pas respectés. On a un manque de personnel et de formations, un manque

d'accompagnement du personnel et de salaires. Les EHPAD n'ont pas les moyens de fonctionner correctement. Peut-être aussi y a-t-il un problème de taille, car quand on dépasse 40 ou 50 personnes, ce n'est plus jouable d'avoir un mode de vie individuel. Les normes, les lois, les réglementations, les procédures, la traçabilité sanitaire... sont aberrantes et leur inflation tout autant car elle empêche la vie (dans ses aléas, ses difficultés) en EHPAD, aussi bien des résidents que des professionnels. Ces contraintes se sont intensifiées dans les dernières années, on voudrait que les gens en EHPAD ne prennent aucun risque et ne meurent pas.

Pensez-vous que le modèle actuel des EHPAD soit à changer ? Si oui, comment envisagez-vous l'avenir des EHPAD ?

Je pense que les EHPAD n'ont pas d'avenir sous leur forme actuelle et je ne souhaite pas qu'ils en aient. Je voudrais que les EHPAD se transforment en mini-structures. Il faut changer la taille, les normes, les procédures, le fonctionnement actuel... S'il y a un avenir pour l'accompagnement des personnes en difficulté, en fin de vie, cela sera sous la forme des domiciles collectifs du modèle allemand. La formule moderne de l'EHPAD, c'est la multiplication des domiciles collectifs de 8 à 10 personnes en ville, dans un habitat ordinaire tels que des maisons, des immeubles... afin que les contacts se fassent naturellement.

[Ces lieux d'accompagnement doivent donc rester des lieux de vie et non des lieux de soins ?](#)

C'est rester sur des lieux de vie avec le minimum de soins car on a médicalisé les EHPAD à outrance alors que beaucoup de gens n'ont pas besoin de soins très lourds, ils ont juste besoin qu'on prenne soin d'eux.

Le modèle serait donc un lieu où on « vit » et où on « prend soin de ».

[Pourraient-ils accueillir différents types d'habitats ou de publics ?](#)

Le logement collectif de 8-10 personnes n'accueillerait que des personnes désorientées, démentes, mais il serait situé dans un immeuble, une maison divisée en plusieurs logements... ainsi les 8-10 personnes côtoieraient différents publics. Les autres personnes peuvent rester dans des logements ordinaires individuels, à condition qu'ils soient sécurisés, non isolés et reliés à un centre de soins et d'aide ouvert 24/24 et 7/7.

[L'EHPAD devrait-il se transformer en plateforme de service ?](#)

Non. Les maisons de santé, avec une permanence de nuit, peuvent très bien jouer ce rôle là.

Quel est le niveau de médicalisation à intégrer en EHPAD ? Doit-on envisager d'aller jusqu'à y intégrer un plateau technique dédié aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie ?

Non. C'est la maison de santé qui jouera ce rôle et apportera les soins courants. S'il y a des soins importants, on transférera les gens à l'hôpital ou en unité de soins palliatifs comme c'est le cas pour le reste de la population. Qu'on ait 30 ans ou 80 ans, personne n'a envie de finir ses jours à l'hôpital donc pourquoi devrait-on faire une exception pour les gens de 80 ans et plus ? En quoi l'âge serait-il un facteur discriminant ? De plus, plus on développe de chose à l'EHPAD, plus ça en fait un lieu clos, l'EHPAD ne doit pas devenir un plateau hospitalier car on en ferait un hôpital pour vieux. Il faut que les gens soient dans les mêmes structures car si on crée des unités spécifiques, on crée nécessairement un ghetto. Il faudrait amener plus de services à domicile pour que les gens puissent mourir chez eux, tels que les services d'HAD. Il faut inverser la logique, plutôt que de créer des lieux spécifiques, il faut que le spécifique vienne dans les lieux où les gens habitent.

Pensez-vous que la loi 2002-2 soit encore adaptée à l'accompagnement en EHPAD de 2018 ?

La loi de 2002-2 n'a jamais été adaptée à l'accompagnement en EHPAD. Dans son chapitre des droits des usagers, c'est du discours et non la réalité car ça n'a jamais été respecté. Et pour les gens qui n'ont pas les moyens financiers, elle n'a jamais existée. Elle n'était donc pas adaptée en 2002 et l'est encore moins en 2018.

[Avec un âge d'entrée en EHPAD et un âge moyen qui augmente pour approcher les 90 ans et une durée moyenne de séjour en baisse, peut-on encore personnaliser l'accompagnement en 2018 comme on le faisait en 2002 ?](#)

Sûrement pas. L'accompagnement personnalisé ne fonctionnait déjà pas en 2002, donc il fonctionne encore plus mal en 2018. Ce n'est pas parce qu'on met en place les projets d'accompagnement personnalisés que l'on change la donne. On le fait parce que c'est obligatoire mais après on ne les utilise pas. C'est du formalisme.

[Est-ce que l'accompagnement personnalisé passera par des services à la carte et payants ?](#)

A priori oui, c'est ce qui est en train de se dessiner, mais ça ne date pas d'aujourd'hui. On y est déjà et on y va davantage. Les gens qui ont les moyens se font aider correctement, les autres iront là où ils peuvent.

[De façon générale, au regard de l'évolution des pathologies, pensez-vous que le consentement en EHPAD doit encore être recherché systématiquement avant l'admission d'une personne ? Ne faudrait-il pas l'envisager comme la fin de vie dans un document type « directives anticipées » afin de pallier aux doutes qui peuvent subvenir lorsque la personne est atteinte de troubles cognitifs ?](#)

Les directives anticipées, je n'y crois pas car on peut changer d'avis, d'autant plus qu'on les rédige quand on va bien. Donc doit-on enfermer les gens dans un avis qu'ils ont donné 15 ans auparavant quand ils allaient bien et avec des informations limitées, en supposant qu'ils n'ont pas changé d'avis entre temps ? D'instinct, on fait confiance aux gens qui nous entourent. Il n'y a pas de bon moment, il faut, dès qu'il y a un choix à faire, rechercher au maximum le consentement des gens, y compris pour des gens déments car très souvent, on va trop vite en besogne en pensant que les gens ne vont pas comprendre. Faisons le « pari du

sens » : faisons le pari que peut-être les gens peuvent comprendre les choses, au moins, disons leur de quoi il s'agit.

[Sept outils ont été mis en place par la loi 2002-2, pensez-vous qu'ils soient encore adaptés aujourd'hui ?](#)

Ils ont leur utilité à condition qu'on les rende utiles pour les gens. Ils sont intéressants sur le principe, mais leur complexification les a rendus inutilisables. Par exemple, si le livret d'accueil fait 15 pages, on est sûr que personne ne le lira. Le conseil de la vie sociale est une vitrine pour faire joli et ne fonctionne dans aucun établissement. La charte des droits et des libertés n'est faite que de droits et de libertés formels. Le projet d'établissement est très intéressant à travailler en équipe, mais il ne vit que le temps où l'équipe qui l'a créé est en activité ; après, il est perdu.

Où doit se situer l'EHPAD dans le parcours de vie de la personne âgée ? Et est-ce que l'offre des structures proposée dans ce parcours doit forcément être segmentée en fonction de l'âge, des soins, de l'autonomie et de la dépendance de la personne ?

Les petits logements collectifs doivent être disponibles au moment où les gens en ont besoin, que ce soit à 30 ans ou à 90 ans. Les nouveaux dispositifs devront être à la disposition des gens. On ne peut pas segmenter les structures en fonction de l'âge, des soins, de l'autonomie ou de la dépendance de la personne, il faut prendre en compte la situation globale de la personne. Il ne faut pas que les gens aillent dans les structures de soins, mais il faut que les soins aillent à l'endroit où se trouvent les gens.

Connaissez-vous le modèle des mini-villages aux Pays-Bas ? Qu'en pensez-vous ?

Je ne connais pas mais cela ne m'intéresse pas, j'associe cela à un ghetto doré. Mais je n'ai pas réellement d'avis sur la question car je n'ai pas étudié le sujet mais je préfère le modèle des domiciles allemands.

Que pensez-vous de regrouper les personnes par typologie de maladie comme c'est le cas en Allemagne, au Canada ou encore en France avec l'association Les Petits Frères des Pauvres ?

Uniquement pour les pathologies Alzheimer car il a été prouvé qu'une mixité de gens déments/non déments n'est pas jouable, ni pour les résidents, ni pour le personnel.

[Pourquoi n'associez-vous pas les logements collectifs allemands à de la ghettoïsation alors qu'ils regroupent, comme les mini-villages aux Pays-Bas des personnes Alzheimer ?](#)

La différence est par rapport au nombre de personnes accueillies donc à la taille de la structure mais également le fait que les logements collectifs soient intégrés à la ville et non en dehors de la ville. Ces modèles sont également des mini-ghettos mais on cherche la moins mauvaise solution car il n'y a pas de bonnes structures. Il faut donc chercher la structure la moins ghettoïsante ; pour moi, le modèle allemand en est le moins.

[Associez-vous cela à une opportunité de proposer un meilleur accompagnement ?](#)

Dans le modèle allemand, ce sont les enfants qui choisissent les équipes de soins et gère la structure au niveau administratif.

Pour une plus grande homogénéité du modèle de l'EHPAD, ce dernier ne devrait-il pas être construit sur les orientations d'un cahier des charges définissant les activités, les services, l'architecture et le public accueilli ?

Il ne faut pas labelliser le modèle.

Pour vous, quels sont les freins au développement d'une autre conception de l'EHPAD ? Et comment les surmonter ?

La vision très négative que la société et ses élites ont de la personne âgée constitue un frein à une nouvelle conception. Il faut montrer à la société qu'elle se trompe sur le regard qu'elle porte sur la personne âgée en l'encourageant à aller sur le terrain échanger des moments avec les résidents pour se rendre compte par elle-même qu'elle se trompe.

Aujourd'hui, suite aux différents sujets abordés dans la presse et les médias, et même avant, l'EHPAD renvoie une image d'un établissement lugubre voire celle d'un mouvoir. Comment redonner une bonne image et de l'attractivité à ces établissements ? Quels seraient les meilleurs qualificatifs d'un EHPAD ?

Je n'ai pas envie de redonner une bonne image et de l'attractivité aux EHPAD car étant des lieux d'exclusion et d'enfermement j'ai envie qu'ils disparaissent le plus rapidement possible et les remplacer par le modèle allemand pour les gens qui ont besoin de structures d'aide et de soins. Le qualificatif serait « prendre soin (soigner et accompagner) des gens sur la longue durée », qui renvoie au terme européen « long term care ».

Avez-vous d'autres remarques ou suggestions à apporter sur le thème de l'EHPAD de demain ?

Non, nous en avons déjà beaucoup dit, le questionnaire est complet, il aborde beaucoup de thèmes.

ANNEXE IV : ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF M. SERGE GUNST

GRILLE D'ENTRETIEN

M. Serge GUNST, Vice-président de la FHF Hauts-de-France, représentant le secteur médico-social

Vendredi 17 Août 2018 à 09h30

Cadre et objectif de l'entretien : Cet entretien est réalisé dans le cadre de l'écriture d'un mémoire sur le thème « L'EHPAD de demain », rédigé en vue de l'obtention du Master 2 Management Sectoriel de l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé. L'objectif de cet entretien vise principalement à déterminer la place de la personne âgée dans la société et le modèle actuel de l'EHPAD. Cet échange permettra également d'appréhender les dysfonctionnements du modèle de l'EHPAD, de se questionner sur la pérennité de ce modèle et de s'interroger sur l'EHPAD de demain afin qu'il puisse répondre aux attentes et besoins des futurs résidents.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'Université de Lille Droit & Santé en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

Pour vous, qui est une personne âgée ?

Je ne sais pas. Nous vieillissons de façon extrêmement différente, il n'y a donc pas un modèle « personne âgée ». Cependant, j'aime bien la philosophie canadienne qui dit qu'une personne âgée ce n'est pas moi, c'est celui qui a 15 ans de plus que moi. Nous vieillissons mais nous ne sommes jamais une personne âgée.

Selon vous, à quoi ressemblera le résident de demain et quels seront ses attentes et ses besoins ?

La population de demain ne sera pas une population qui se sera physiquement « abîmée » au travail comme les générations précédentes. Les conditions de vie ne sont pas les mêmes, nous sommes donc sur un créneau différent. Cependant, nous n'avons pas la lecture du profil du résident de demain. Les gens vieillissent de mieux en mieux c'est un fait, mais on ne sait pas comment ils vieilliront demain.

Il n'y aura qu'une seule attente, ce sera d'avoir de l'aide au quotidien et un besoin fondamental d'être accompagné par des professionnels qualifiés pour la fin de vie. Il n'y aura pas d'attente de confort...

Selon vous, pour quelles raisons une personne âgée souhaite entrer en EHPAD ? Et au contraire, pour quelles raisons ne le souhaiterait-elle pas ?

Rarement les personnes âgées souhaitent réellement entrer en EHPAD. Elles entrent en institution par nécessité, ce n'est pas un choix de vie. L'entrée rassure la famille. La seule motivation pour la personne âgée serait la sécurité (cambriolage, solitude).

Aujourd'hui, l'EHPAD véhicule une image d'interdits et de restrictions qui ne donne aucunement envie d'y venir. Et au contraire, les personnes âgées ne souhaitent pas entrer en EHPAD, car celui-ci n'est pas gai, ce n'est pas marrant de voir les autres devenir dépendants et cela renvoie à leur propre image. De plus, les personnes ne souhaitent pas perdre leurs droits et leurs libertés.

Selon vous, quels sont les quatre premiers critères de choix que regarde une personne âgée pour choisir un EHPAD ?

C'est rarement la personne âgée qui choisit. L'un des premiers critères serait le prix, ensuite le cadre et l'ambiance de l'établissement, puis généralement la famille regarde les compétences médicales pour la sécurité des soins. Enfin, le quatrième critère serait l'individualité de la chambre.

Pour vous, qu'est-ce qu'un EHPAD ?

Aujourd'hui, nos EHPAD répondent aux personnes qui ne savent plus rester à domicile. L'EHPAD n'est pas un choix, il est devenu une nécessité. L'EHPAD est un lieu de privation de droits et de libertés, qui accueille un certain nombre de personnes, d'origine différentes, avec des besoins complètement différents que nous essayons de faire cohabiter en collectivité.

Quel est votre constat actuel des dysfonctionnements en EHPAD ?

Dans une société où nous avons développé l'individualité de la personne, le modèle actuel de l'EHPAD en collectivité n'a plus aucun sens. De plus, on a tellement réglementé les EHPAD que nous ne pouvons pas dispenser de prestations individuelles. Les bonnes pratiques en EHPAD sont une référence, cependant, elles sont généralistes. Or, les résidents souhaitent un accompagnement individuel. Ensuite, il y a l'excès de sécurité qui accentue la dépendance en EHPAD. Quand on entre en institution, motivés par un sentiment de responsabilité, les professionnels pensent la sécurité pour vous et vous surveillent pour que ça aille. Or, ce n'est pas le souhait des résidents. Il y a donc une vraie nécessité de répondre aux attentes du résident et non à celles de la famille ou de l'Etat. Cependant, le risque existe chez tout individu, mais chez la personne âgée, les conséquences sont plus importantes, nous ne voulons donc plus que le risque existe. La personne âgée perd donc en qualité de vie et en autonomie très rapidement. L'excès de réglementation crée des

absurdités (libertés, droits, alimentation...). Enfin, l'une des grandes erreurs du modèle actuel de l'EHPAD est d'essayer de mettre tout le monde au même niveau, comme une justice sociale, alors que tout le long de la vie cela n'existe pas. Résultat, nous gommons les niveaux sociaux et les gens ont du mal à s'y retrouver ; quelle que soit la catégorie socio-professionnelle, quand on entre en EHPAD on est catégorisé « vieux » comme le reste des résidents. Par exemple, les sorties ou activités sont décidées en fonction des moyens les plus bas, nous ramenons donc celui qui a les moyens à celui qui n'en a pas.

Pensez-vous que le modèle actuel des EHPAD soit à changer ? Si oui, comment envisagez-vous l'avenir des EHPAD ?

Oui, c'est évident. Le modèle actuel de l'EHPAD est un modèle en fin de vie. La formule ne durera plus très longtemps car elle ne satisfait pas. D'une part, on regroupe dans un espace donné des personnes qui sont complètement différentes (dépendance et désorientation) avec des prises en charge également différentes. D'autre part, on se rend compte que ce que nous faisons aujourd'hui n'a plus de sens et que le regroupement de ces différents types de personnes, dont les besoins sont différents, fait que l'on accentue la sécurité. Compte tenu du risque pour les personnes désorientées, nous avons tendance à enfermer tout le monde mais ce mode de vie ne pourra pas durer et ne sera plus accepté. Le modèle d'aujourd'hui est donc complètement obsolète. Toutefois, il ne faut pas tomber dans de la « ghettoïsation » non plus. Cependant, il reste encore beaucoup d'interrogations et d'incertitudes sur le modèle de l'EHPAD de demain. Quels types de personnes âgées aura-t-on en institution ? Nous pouvons être d'accord pour dire que les gens voudront rester à domicile, par conséquent en EHPAD il n'y aura que des personnes très dépendantes. Mais il est difficile de définir leur dépendance dans les 20 années à venir (physique ? mentale ?). En outre, il faudra que l'EHPAD réponde aux attentes et aux besoins du résident et non pas à celles de la famille ou de l'Etat comme c'est le cas aujourd'hui. Enfin, une des erreurs à ne pas reproduire est qu'il ne faut pas que l'EHPAD gomme les niveaux sociaux car il faut que chacun puisse garder son identité.

[Pour vous, l'EHPAD doit-il rester un lieu de vie ?](#)

Oui. Il doit même le devenir plus que le rester. Il doit devenir un lieu où l'on peut avoir une vie individuelle et où on peut respecter l'individualité de chacun. Il ne doit donc pas être un système collectif qui annonce des bonnes pratiques générales car en maison de retraite il faut s'adapter à chaque résident et à chaque pathologie. C'est en rendant les prestations individuelles qu'on fera des EHPAD des lieux de vie et qu'on donnera du soin adapté à la personne. Aujourd'hui, on a tendance à dire qu'on est maltraitant en établissement, de ce fait, on réglemente pour vérifier si les EHPAD sont bien traitants. Or, c'est une erreur car c'est au directeur d'établissement de vérifier qu'il n'y a pas de maltraitance dans son établissement et de rendre le personnel bien traitant, ce n'est pas à l'Etat de planifier toute la démarche.

[Pour vous, l'EHPAD doit-il accueillir différents types d'habitats ou de publics ?](#)

Oui, à condition que ce soit dans le respect de chaque public et qu'il n'y ait pas obligation de cohabitation. Les coopérations intergénérationnelles sont intéressantes à condition qu'elles soient consenties et pas seulement pour une raison budgétaire. Il faut donc accueillir différents types d'habitats et de publics mais dans des structures adaptées. Il faut de petits espaces de vie pour être le plus proche possible d'une individualité. Les structures de personnes âgées créent des ghettos de gens extrêmement intolérants car la vie (naissance, mariage, baptême...) n'y est pas représentée.

Quel est le niveau de médicalisation à intégrer en EHPAD ? Doit-on envisager d'aller jusqu'à y intégrer un plateau technique dédié aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie ?

Les personnes âgées doivent pouvoir être accompagnées sur une fin de vie sans douleur.

Pensez-vous que la loi 2002-2 soit encore adaptée à l'accompagnement en EHPAD en 2018 ?

La loi 2002-2 n'a jamais été adaptée à l'accompagnement en EHPAD car elle a poussé à la réglementation et à la sécurisation et a, par conséquent, renforcé les absurdités. Elle a tout de même engendré quelques avantages en créant des conditions de contrôle des EHPAD ; cependant, elle contrôle des choses très programmées et administratives générales tels que les bonnes pratiques professionnelles, le contrat de séjour... alors qu'il faudrait plutôt être contrôlé sur la qualité de vie des résidents, le nombre d'hospitalisation, l'état de santé, la bienveillance, l'attitude du personnel... De plus, nous devrions être beaucoup plus contrôlés par la répression des fraudes ceci afin de savoir si le résident bénéficie bien de la prestation correspondant à ce qu'il paie.

La loi 2002-2 a aussi créé des paradoxes. Par exemple, elle dit que dorénavant, les EHPAD seront en grande partie financés en fonction de l'état de dépendance et du besoin en soin des résidents, c'est-à-dire qu'en tant que directeur, plus les personnes sont dépendantes, plus j'obtiens de moyens financiers. Où est le sens éthique du fonctionnement ?

[Est-ce que l'accompagnement personnalisé passera par des services à la carte et payants ?](#)

Oui, on sera sûr de la prestation individuelle payée par la personne âgée. Ce sont les prestations extérieures qui auront du sens car elles permettront de redonner de la vie, de l'individualité et de conserver son statut social.

[Sept outils ont été mis en place par la loi 2002-2, pensez-vous qu'ils soient encore adaptés aujourd'hui ?](#)

Le conseil de la vie sociale est une obligation et n'a plus d'intérêt aujourd'hui.

Il ne faut pas un projet d'établissement mais des projets en fonction du type de prise en charge pour la rendre la plus individuelle possible.

Où doit se situer l'EHPAD dans le parcours de vie de la personne âgée ? Et est-ce que l'offre des structures proposée dans ce parcours doit forcément être segmentée en fonction de l'âge, des soins, de l'autonomie et de la dépendance de la personne ?

L'EHPAD devrait être plus fractionné pour sectoriser la réponse en trois environnements : une unité dédiée à la dépendance physique, une autre à la désorientation et une dernière plus hôtelière. Il serait stipulé dans le contrat de séjour qu'à un certain niveau de dépendance la personne changerait de secteur ceci afin d'apporter une réponse adéquate en fonction de l'état de dépendance de la personne.

Connaissez-vous le modèle des mini-villages au Pays-Bas ? Qu'en pensez-vous ?

Oui mais je pense que le regroupement des personnes âgées n'a pas de sens car la vie n'est pas faite comme cela. Faire un ghetto de vieux, comme un ghetto de jeunes d'ailleurs, n'a pas de sens car cela en fait des personnes aigries.

Que pensez-vous de regrouper les personnes par typologie de maladie comme c'est le cas en Allemagne, au Canada ou encore en France avec l'association Les Petits Frères des Pauvres ?

C'est un non-sens car les personnes n'ont pas vocation à vivre entre elles. La structure ne doit pas être fermée. On doit être capable de construire des structures dans lesquelles il y a trois fonctionnements différents. L'erreur n'est pas de regrouper les personnes ensemble, elle est de fonctionner de la même façon pour chacun alors que leurs besoins ne sont pas les mêmes.

Associez-vous cela à de la ghettoïsation ou plutôt à une opportunité de proposer un meilleur accompagnement ?

Non pas forcément car nous le faisons tout le temps, par exemple à l'hôpital on a différents services : cardio, gastro...

Pour une plus grande homogénéité du modèle de l'EHPAD, ce dernier ne devrait-il pas être construit sur les orientations d'un cahier des charges définissant les activités, les services, l'architecture et le public accueilli ?

Oui, mais à condition que nous soyons au maximum dans l'individualité, avec une spécialisation des EHPAD : certains prendraient plus en charge les soins, d'autres la dépendance... afin que les EHPAD puissent se dire entre eux « moi je prends telles personnes car je suis plus à même de m'en occuper et je t'envoie telles autres car tu es plus spécialisé que moi... ». Seulement, aujourd'hui ce n'est pas possible car les EHPAD sont en concurrence et nous ne sommes pas labellisés sur un domaine mais généralistes.

Pour vous, quels sont les freins au développement d'une autre conception de l'EHPAD ? Et comment les surmonter ?

Le principal frein est budgétaire. Qu'est-ce que les pouvoirs publics vont mettre financièrement dans le nouveau modèle ? Va-t-on faire de cette dépendance un risque au même titre que la maladie (solidarité) ? Ou va-t-on demander à chacun de payer par une assurance privée ? C'est un élément important qui va définir la vie des EHPAD de demain. Quid du financement de la prise en charge des personnes âgées. Ensuite, il y a un frein politique car la réglementation excessive est une volonté politique. On réglemente comme si les personnes ne devaient jamais mourir, on réglemente leur vie de façon très excessive. Pour exemple, il est paru au journal officiel, l'alimentation d'une personne âgée. Le nombre d'interdits ne fait que s'accroître. Il faut contrôler l'EHPAD, mais arrêter de le réglementer. Enfin, la complexité de créer le modèle de l'EHPAD de demain est de ne pas avoir réellement de lecture de ce que sera une personne âgée de demain. Or, pour des raisons économiques, je sais que je dois construire pour 25 ans minimum alors que je ne sais pas ce que sera une personne âgée dans 25 ans. Je ne sais donc pas comment construire c'est donc une difficulté pour répondre à la demande car on a énormément de mal à identifier le profil et la demande. Le sujet de l'EHPAD de demain est un vrai sujet de société qui n'est pas traité.

Aujourd'hui, suite aux différents sujets abordés dans la presse et les médias, et même avant, l'EHPAD renvoie une image d'un établissement lugubre voire celle d'un mouroir. Comment redonner une bonne image et de l'attractivité à ces établissements ? Quels seraient les meilleurs qualificatifs d'un EHPAD ?

L'EHPAD d'aujourd'hui fait beaucoup d'efforts et a énormément progressé depuis les hospices, mais on n'apprécie pas ces efforts à leur juste mesure. Il faut une prestation individuelle et s'ouvrir sur l'extérieur avec des gens qui entrent et qui sortent permettant de créer de la vie ; ceci permettra de voir que des efforts sont faits.

Avez-vous d'autres remarques ou suggestions à apporter sur le thème de l'EHPAD de demain ?

Non, rien que nous n'ayons déjà abordé.

GRILLE D'ENTRETIEN

Mme Charlotte LECOCQ, Députée du Nord, missionnée sur la situation et la problématique des EHPAD par la ministre Agnès BUZYN
Vendredi 31 Août 2018 à 10h00

Cadre et objectif de l'entretien : Cet entretien est réalisé dans le cadre de l'écriture d'un mémoire sur le thème « L'EHPAD de demain », rédigé en vue de l'obtention du Master 2 Management Sectoriel de l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé. L'objectif de cet entretien vise principalement à déterminer la place de la personne âgée dans la société et le modèle actuel de l'EHPAD. Cet échange permettra également d'appréhender les dysfonctionnements du modèle de l'EHPAD, de se questionner sur la pérennité de ce modèle et de s'interroger sur l'EHPAD de demain afin qu'il puisse répondre aux attentes et besoins des futurs résidents.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'Université de Lille Droit & Santé en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

Pour vous, qui est une personne âgée ?

D'abord c'est un adulte, une personne que l'on doit définir plus par ses capacités, son parcours et son expérience. C'est une personne qui a un libre arbitre et un rôle à jouer dans la société. Et elle a un certain âge (70-80 ans) mais la notion d'âge évolue beaucoup dans notre société car quand on est enfant on pense qu'une personne de 60 ans est âgée alors que quand on est adulte, on a une vision différente car la personne de 60 ans est encore active.

Selon vous, à quoi ressemblera le résident de demain et quels seront ses attentes et ses besoins ?

La population vieillit, on vit plus vieux et le vieillissement s'accompagne de nouveaux besoins. Le résident de demain sera donc plus âgé avec des besoins de réponses adéquates pour prendre en charge sa grande dépendance ; ils auront donc besoin de soins. Le résident de demain souhaitera continuer à avoir sa place dans la société, un rôle, une voix, des interactions, une reconnaissance de ce qu'elle a été, ce qu'elle est et ce qu'elle peut encore apporter à son entourage. Il est crucial de renvoyer la reconnaissance et l'utilité de la personne et de la considérer comme un citoyen à part entière.

Selon vous, pour quelles raisons une personne âgée souhaite entrer en EHPAD ? Et au contraire, pour quelles raisons ne le souhaiterait-elle pas ?

Une personne âgée souhaite entrer en EHPAD pour être prise en charge notamment au niveau des soins et de l'hébergement mais également pour rompre l'isolement et retrouver une vie sociale avec d'autres personnes.

Le retour que l'on a aujourd'hui est plutôt que les personnes âgées ne souhaitent pas entrer en EHPAD et que les familles ne souhaitent pas mettre leur proche en EHPAD car ces structures ont une mauvaise image. L'entrée en institution est donc vécue sous la contrainte car cela revient à se couper du monde finalement et que c'est clairement annonciateur de la fin.

Selon vous, quels sont les quatre premiers critères de choix que regarde une personne âgée pour choisir un EHPAD ?

Le prix pour 90% des personnes ensuite, l'état général du bâtiment puis la qualité des soins et enfin la qualité des prestations.

Pour vous, qu'est-ce qu'un EHPAD ?

Un EHPAD est avant tout un lieu de vie et d'accompagnement des personnes âgées, qui apporte des réponses à certains besoins liés à l'âge et la dépendance. C'est également un lieu de lien social. Cependant, il y a des évolutions à apporter car ils sont souvent cloisonnés et en dehors de la ville.

Quel est votre constat actuel des dysfonctionnements en EHPAD ?

Le principal dysfonctionnement est que le public qui entre en EHPAD a fortement évolué mais sans que l'organisation des EHPAD et le management des professionnels aient pris en compte cette évolution. Les professionnels sont donc en difficulté pour répondre aux nouveaux besoins du public. Les formations ne sont donc plus efficaces et pas en accord avec la réalité (durée des toilettes par exemple). Ensuite, nous pouvons évoquer le manque d'effectifs.

Pensez-vous que le modèle actuel des EHPAD soit à changer ? Si oui, comment envisagez-vous l'avenir des EHPAD ?

C'est sûr, mais il ne faut pas raisonner que sur l'EHPAD, il faut raisonner sur tous les types de solutions, de

réponses qui existent aux besoins liés au vieillissement et à la dépendance avec une notion de maillage, de souplesse et de décloisonnement entre toutes ces réponses. Il peut également être un lieu intergénérationnel mais qui a d'abord vocation à répondre aux besoins de personnes très dépendantes. Il faudrait développer les pédagogies type Montessori qui contribuent vraiment au rôle de la personne âgée dans l'EHPAD (distribution du courrier, élaboration des menus...).

L'EHPAD doit-il rester un lieu de vie ou plutôt un lieu de soins ?

Il doit rester un lieu de vie mais il y aura toujours un besoin en soins donc le nouveau modèle devra également répondre aux personnes très âgées qui ont besoin d'une aide médicale.

Pour vous, l'EHPAD doit-il accueillir différents types d'habitats ou de publics ?

Je ne sais pas s'il peut répondre aux différents besoins des différents types de public. Ce serait plus aux professionnels en EHPAD de répondre à cette question.

L'EHPAD devrait-il être conçu comme une plateforme de services ?

En plus d'être un bâtiment qui propose des logements, il devrait être une plateforme de services tant pour les personnes de l'extérieur, afin que des professionnels qualifiés puissent apporter des réponses aux besoins des personnes âgées à domicile, en accueil familial ou en résidences-autonomie que pour les résidents, afin de décloisonner l'EHPAD, en ouvrant par exemple, un restaurant, un salon de coiffure, un bureau de poste à la population. L'EHPAD de demain doit être très ouvert, dans la société, dans la cité afin de toujours permettre à la personne âgée d'avoir son rôle et sa place dans celle-ci.

Quel est le niveau de médicalisation à intégrer en EHPAD ? Doit-on envisager d'aller jusqu'à y intégrer un plateau technique dédié aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie ?

Les professionnels devront avoir toutes les compétences liées à la prise en charge de la grande dépendance. De plus, les personnes âgées entrent en EHPAD très âgées et y meurent vite, les professionnels doivent être formés à l'accompagnement de la fin de vie.

Pensez-vous que la loi 2002-2 soit encore adaptée à l'accompagnement en EHPAD de 2018 ?

La loi 2002-2 a quand même eu l'impact d'annoncer l'idée que la personne avait encore des projets, un rôle, des envies... et que ce n'était pas à elle de s'adapter à la vie en établissement mais l'inverse. Elle est mise en œuvre différemment d'un établissement à un autre et est parfois vécue comme une formalité à laquelle il fallait se plier. Il y a s'en doute à revisiter le sens de la loi 2002-2, sa mise en œuvre et regarder si les objectifs sont atteints et comment on peut mieux les atteindre.

Où doit se situer l'EHPAD dans le parcours de vie de la personne âgée ? Et est-ce que l'offre des structures proposée dans ce parcours doit forcément être segmentée en fonction de l'âge, des soins, de l'autonomie et de la dépendance de la personne ?

Il faut décloisonner les EHPAD, cependant je ne sais pas répondre à cette question car les professionnels ont différents points de vue à ce sujet car les approches sont assez différentes en fonction des pathologies et des typologies de handicap. On doit partir des besoins de la personne et construire des réponses adaptées. Je pense qu'il faut plutôt raisonner en offre de services. Qu'est ce que l'EHPAD offre comme services ? A quels besoins répond-t-il ? Et en fonction de cela, les personnes intéressées pourraient intégrer l'établissement. Il faut être vigilant à proposer un accompagnement qui soit réaliste pour les professionnels afin de ne pas les mettre en difficulté en générant des situations complexes. La dimension inclusive doit se faire en ouvrant les établissements sur l'extérieur.

Connaissez-vous le modèle des mini-villages au Pays-Bas ? Qu'en pensez-vous ?

Je connais un petit peu. C'est une réponse intéressante mais elle ne doit pas être unique.

Pour vous, quels sont les freins au développement d'une autre conception de l'EHPAD ? Et comment les surmonter ?

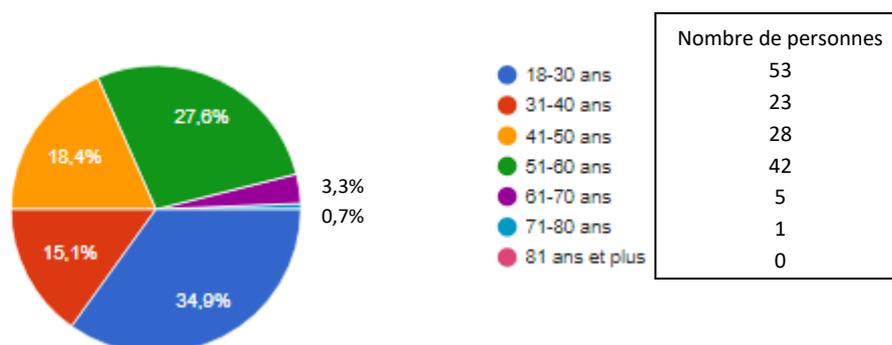
Le premier frein est la vision que l'on peut avoir de la personne âgée, le fait que la société ne se saisisse pas du sujet, mais également qu'il n'y ait pas de portage politique pour amener à repenser complètement la dépendance et donc toutes les réponses que l'on pourrait y apporter. Il faut créer une vision commune avec l'ensemble des acteurs et toute la société car celle-ci a besoin de faire évoluer sa vision très négative de la personne âgée et du vieillissement. Mais cela est en train de changer.

Avez-vous d'autres remarques ou suggestions à apporter sur le thème de l'EHPAD de demain ?

Sur le plan politique, la ministre Agnès BUZYN a annoncé qu'elle allait ouvrir une large concertation citoyenne sur le sujet, ce sera l'occasion de faire réfléchir la société sur celui-ci. Il faut travailler sur la prise de conscience de la société, valoriser l'existant et ensuite politiquement, cela serait de porter le sujet en soutenant des projets allant dans le sens de l'EHPAD de demain.

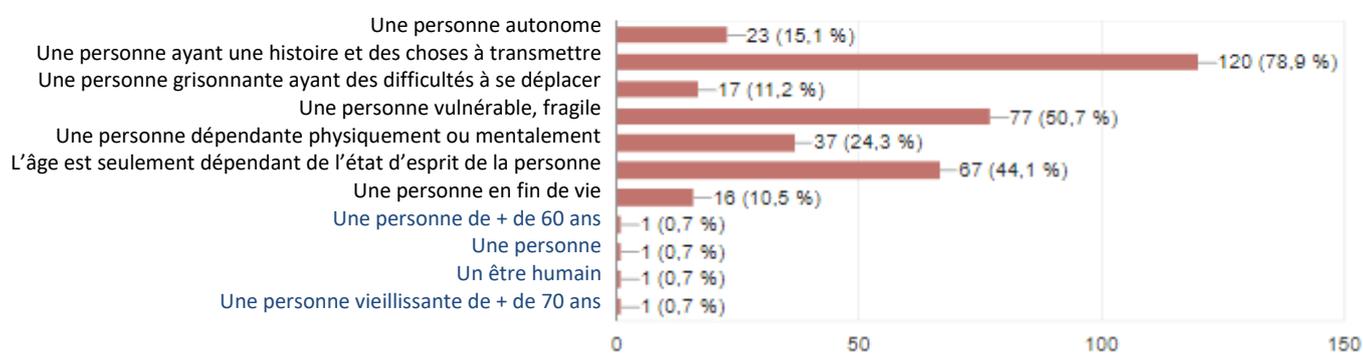
1) A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

152 réponses



2) Comment définiriez-vous une personne âgée ? (plusieurs réponses possibles)

152 réponses



3) Selon vous, à quoi ressemblera le résident de demain et quels seront ses attentes et ses besoins ?

152 réponses

Profil du résident de demain	Nombre de réponses*	%**	Verbatimes
Résident plus âgé et plus dépendant avec une pathologie avancée (Alzheimer ou Parkinson)	52	45,6%	« de plus en plus âgés », « vivre plus longtemps », « plus vieux qu'aujourd'hui », « espérance de vie augmente », « personne plus dépendante », « pathologie avancée », « polyopathologique », « de plus en plus dépendants », « de moins en moins autonomes »
Résident autonome et dynamique	32	28,1%	« Beaucoup plus autonome », « autonome », « actif », « plus autonome », « actif plus longtemps », « dynamique », « force de propositions », « voyager », « déménagement », « acceptant difficilement la vie en collectivité », « mobile »
Résident 2.0	30	26,3%	« tourné vers les nouvelles technologies », « résident connecté », « connecté H24 », « appris à vivre avec les évolutions de son temps », « autonomie technologique », « hyper connecté »
Résident plus exigeant (qualité accueil et accompagnement)	18	15,8%	« impatient », « exigeant », « avis sur la qualité de la prestation », « consommateur », « plus client que patient »

*Sur les 152 personnes ayant participé à l'enquête, 75% (114 personnes) ont déterminé le profil du résident de demain. Cependant, certaines personnes ont donné plusieurs réponses, c'est pourquoi le nombre total de réponses est supérieur au nombre de personnes ayant déterminé un profil.

**Les pourcentages sont effectués sur les 75% de répondants.

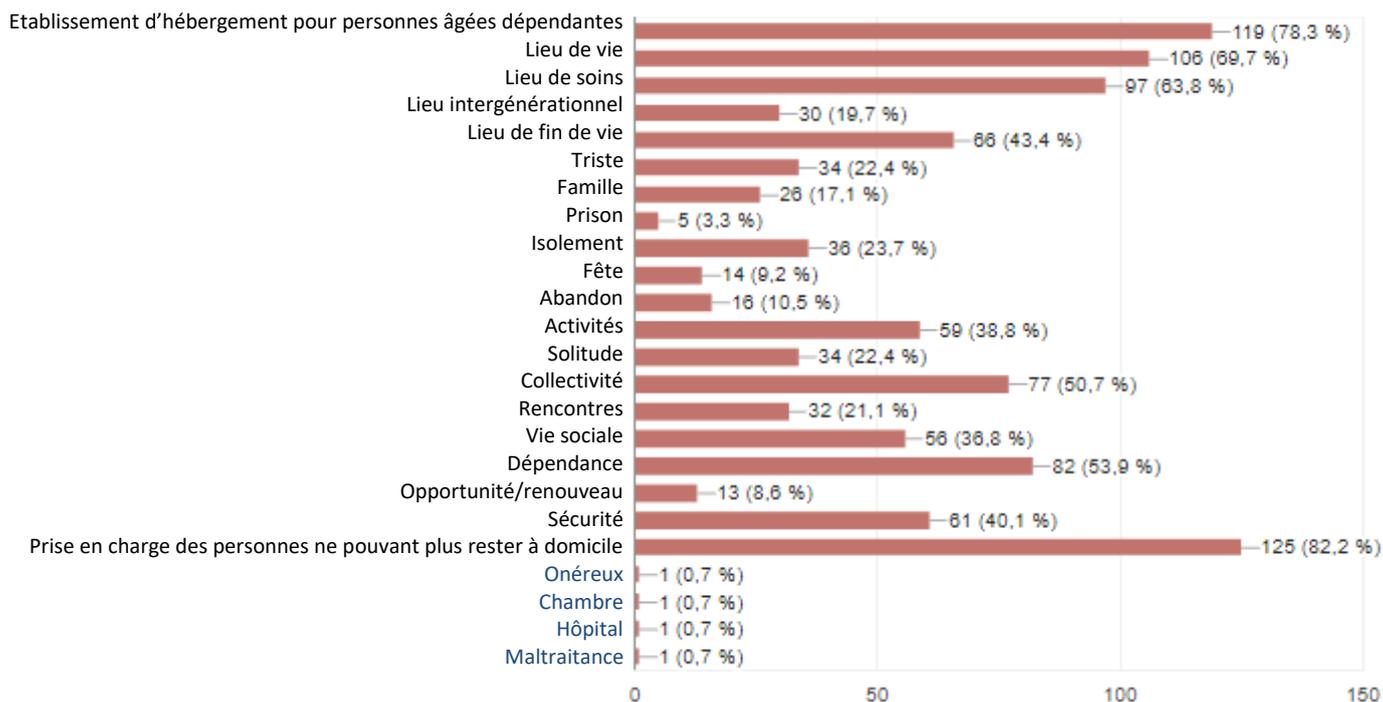
Attentes et besoins du résident de demain	Nombre de personnes*	%**	Verbatimes
Personnalisation/ individualisation (accompagnement et lieu de vie)	120	82,2%	« prise en charge personnalisée », « projet de vie », « écoute », « proximité », « soins et activités personnalisés », « intérêts personnels », « rythme de vie moins collectif », « attention », « reconnaissance », « se sentir chez lui », « prise en compte de son histoire et sa personnalité », « plus de temps avec le personnel », « personnel attiré », « être considéré », « dignité », « sur-mesure », « chaleur humaine », « considération », « rythme respecté », « sans le poids de la collectivité »
Autonomie/Liberté/ Vie privée	108	74%	« conserver son autonomie », « ne pas être enfermé », « avoir le choix », « liberté », « conserver l'autonomie acquise », « autonomie primordiale », « acteur de sa propre vie », « maître de ses actes », « se débrouiller seul », « se réaliser personnellement », « garder ses choix et être libre », « se restaurer quand il le souhaite », « sans contrainte », « ne pas être passif », « participer à l'organisation », « participatif », « une vie comme si il était libre », « intimité »
Prestations de services/Animations	92	63%	« en attente de services », « transport », « activités adaptées », « activités plus dynamiques », « sorties », « activités intergénérationnelles », « stimulation », « partage », « besoin d'activités », « lien social », « service hôtelier »
Intégré dans la société	81	55,5%	« ouverture sur l'extérieur », « intégration dans la société », « être entendu », « citoyens », « habitat où il y aura des personnes de tous les âges », « au cœur de la cité », « donner l'ouverture au monde », « un EHPAD en centre ville », « se reconnecter socialement », « lien social »
Technologies	70	47,9%	« technologies (téléphone, ordinateur, internet, télé...) », « établissement domotisé », « besoin d'outils informatiques », « nouvelles technologies », « équipement de sa structure d'accueil (wifi, ordinateur...) », « innovation », « tablettes », « Smartphones »
Accompagnement/Aide	11	7,5%	« aide dans les actes de la vie quotidienne », « accompagnement », « aide humaine », « atténuer ses dépendances »
Confort	10	6,8%	« confort », « fin de vie paisible et gaie », « bien-être », « soins esthétiques », « soins du corps », « soins de bien-être »
Besoins en soins et personnel formé	10	6,8%	« prise en charge de la dépendance », « soins adaptés », « de plus en plus de soins », « mieux soigné », « besoin en soins plus complexe », « personnel compétent », « personnel dévoué »
Accompagnement de la fin de vie	2	1,4%	« soins particuliers de fin de vie », « accompagnement de la fin de vie »

*Sur les 152 personnes ayant participé à l'enquête, 96% (146 personnes) ont déterminé les attentes et les besoins du résident de demain. Cependant, certaines personnes ont donné plusieurs réponses, c'est pourquoi le nombre total de réponses est supérieur au nombre de personnes ayant déterminé les attentes et les besoins.

**Les pourcentages sont effectués sur les 96% de répondants.

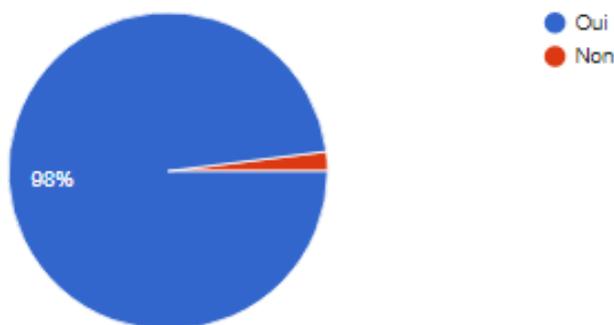
4) Qu'associez-vous au mot EHPAD ? (plusieurs réponses possibles)

152 réponses



5) Le modèle actuel de l'EHPAD devrait-il évoluer ?

152 réponses



Pourquoi ?

133 réponses

Motivations	Nombre de personnes*	%**	Verbatimes
S'adapter à l'évolution des attentes et des besoins des futurs résidents pour donner envie d'y entrer	84	63,2%	« automatisation des prises en charge », « modèle pas adapté à la vie », « pas assez de temps avec les résidents », « EHPAD n'offre pas de confort de vie », « collectivité », « plus à l'écoute, plus de respect », « correspond en partie », « psychologie au second plan », « les besoins changent », « suivre l'évolution », « isolement », « nouvelle prise en charge globale », « ne satisfait pas », « ne donne pas envie », « vécu comme une échec », « ne laisse pas de choix, de désirs », « avancées trop lentes », « modèle poussiéreux », « recentrer les priorités », « modèle des années 80-90 », « trop collectif »
Modèle hospitalier	72	54,1%	« EHPAD ressemble plus à un hôpital », « orienté soins », « lieu de soin », « vision hospitalière », « trop proche de l'hôpital », « chambre d'hôpital », « manque d'humanité », « trop tourné vers le soin », « blouse blanche »

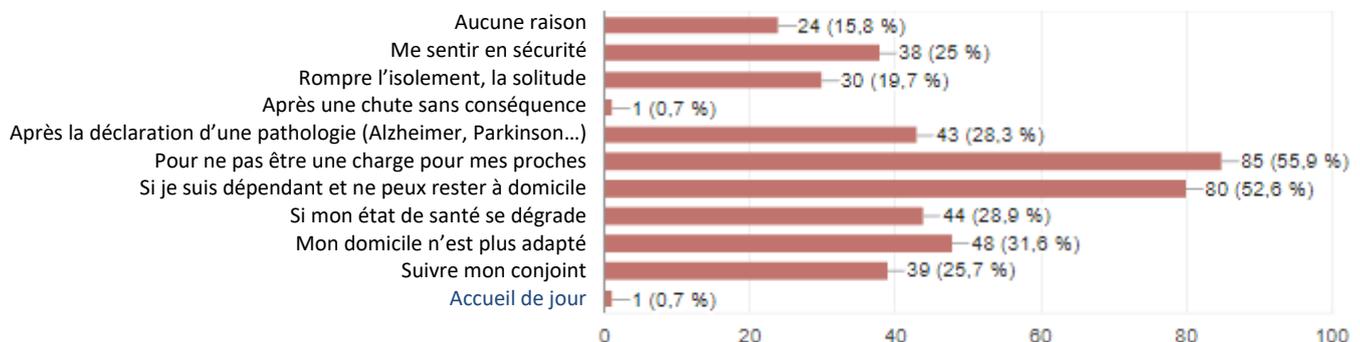
Accompagnement inadapte dû à un manque de personnel	67	50,4%	« le personnel est insuffisant », « trop peu moyen humain », « employés surmenés », « plus de personnel », « ETP insuffisant », « déficit de personnel », « offrir des conditions de travail sécurisante », « manque de personnel », « manque de temps »
Manque d'ouverture	67	50,4%	« Que pour les grabataires », « manque de diversité de gens », « public restreint », « faire partie d'une vie de quartier », « accoupler un EHPAD et une crèche », « ouverture vers l'extérieur », « plus de lien social », « trop fermé », « concentrationnaire », « pas assez intergénérationnel », « plus ancré sur le territoire », « EHPAD intégré dans la cité »
Modèle restrictif	58	43,6%	« trop rigide », « trop étrié », « trop moralisateur », « trop institutionnel », « trop de restrictions », « formaté », « entraînant la dépendance », « infantilisant »
Organisation non efficiente	11	8,3%	« organisation non efficiente », « pas assez moyen financier », « manque de moyen », « les politiques restreignent les budgets alloués aux EHPAD », « trop d'exigences », « déséquilibre économique »
Maltraitance institutionnelle	10	7,5%	« maltraitance », « prise en charge incorrecte », « ne permet pas de rester autonome », « maltraitance »

*Sur les 152 personnes ayant participé à l'enquête, 87,5% (133 personnes) ont motivé leur choix de faire évoluer le modèle actuel de l'EHPAD. Cependant, certaines personnes ont donné plusieurs réponses, c'est pourquoi le nombre total de réponses est supérieur au nombre de personnes ayant répondu à cette question.

**Les pourcentages sont effectués sur les 87,5% de répondants.

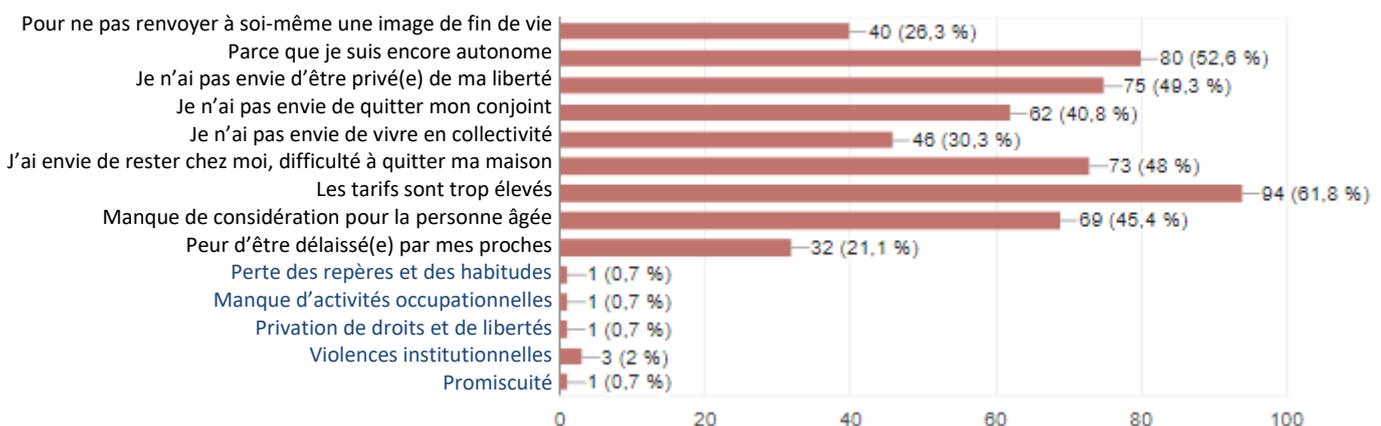
6) Pour quelles raisons souhaiteriez-vous entrer en EHPAD ? (plusieurs réponses possibles)

152 réponses



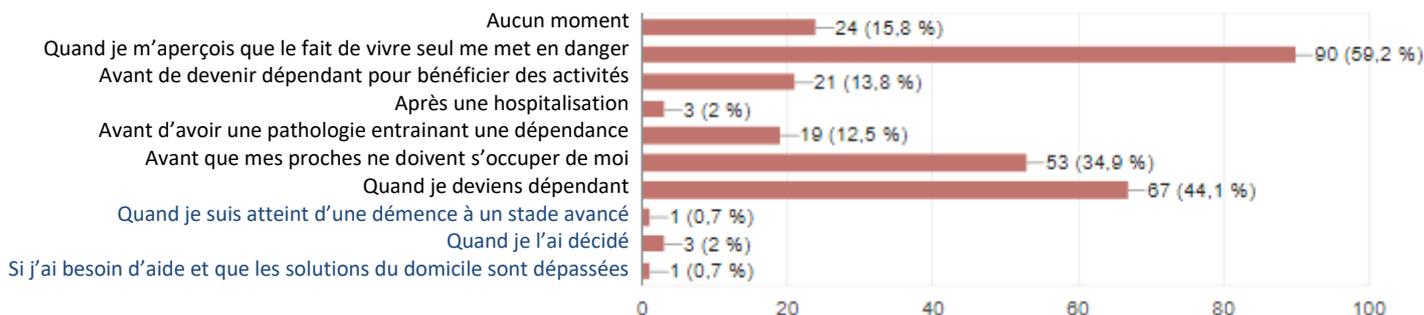
7) La grande majorité des entrées en EHPAD, se font à un âge avancé ou sont des entrées dites en urgence. Pour quelles raisons ne souhaiteriez-vous pas entrer en EHPAD ?

152 réponses



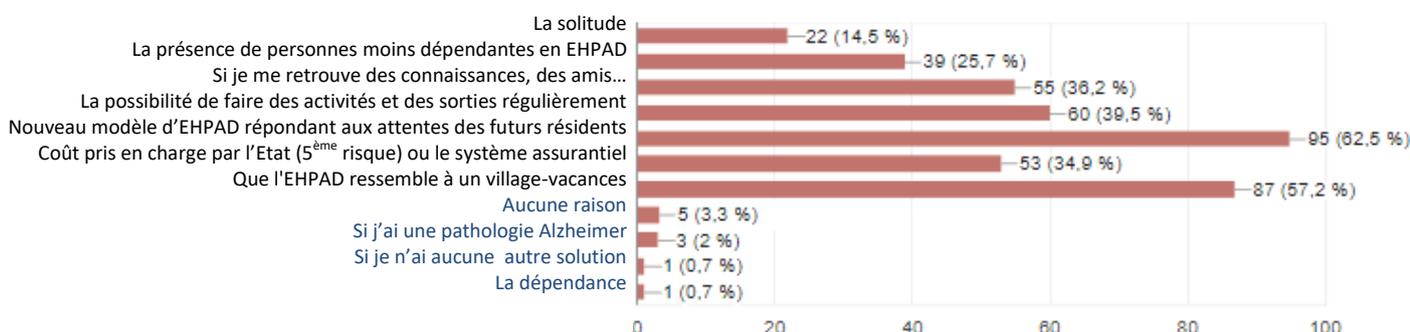
8) A quel moment estimez-vous opportun d'intégrer une maison de retraite ? (plusieurs réponses possibles)

152 réponses

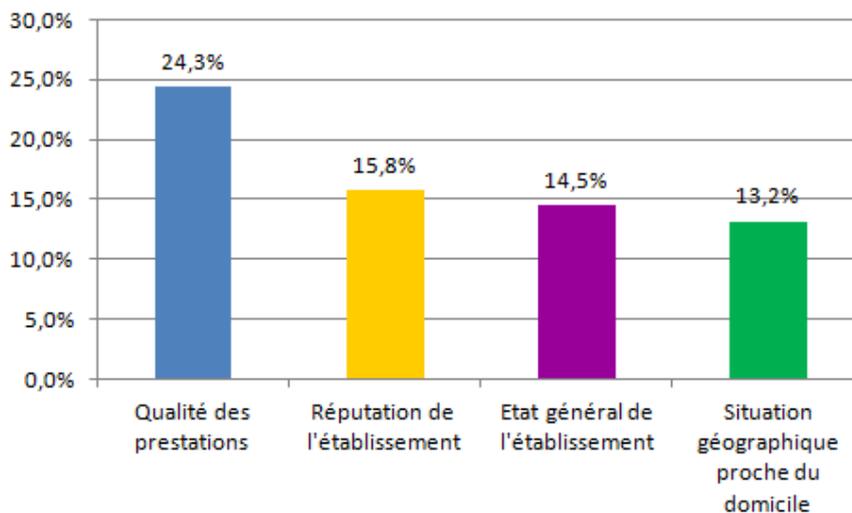


9) En 2015, l'âge moyen d'entrée en EHPAD était de 85 ans et il ne cesse d'augmenter, qu'est-ce qui vous ferait entrer en EHPAD plus précocement ? (plusieurs réponses possibles)

152 réponses

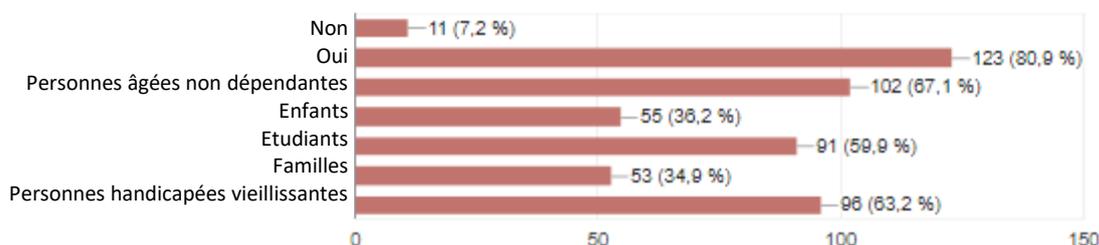


10) Quels sont les quatre premiers critères de choix que vous regarderiez pour envisager une entrée en EHPAD ? (Une réponse par ligne)



11) L'EHPAD de demain devrait-il accueillir différents types de publics ? Si oui, lesquels ?

152 réponses



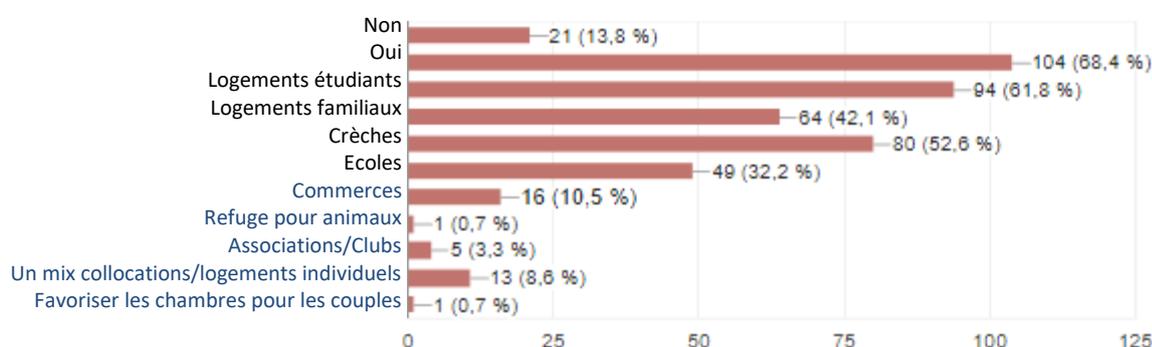
Pourquoi ?

152 réponses

Intérêts	Nombre de personnes	%	Verbatimes
Mixité sociale/ liens intergénérationnels	120	78,9%	« mélanger les générations », « varier les publics », « intergénérationnel », « diversifier la population », « continuité lien familial », « on gagne à se mélanger », « favoriser les échanges », « lien avec la vie et la ville », « diversité », « brassage intergénérationnel », « partage d'expérience », « casser les barrières intergénérationnelles », « la mixité c'est le succès », « interaction sociale », « représenter la vraie vie », « interactions intergénérationnelles = valeur ajoutée », « diversité », « mélanger les générations », « enrichir les contacts »
Inclusion des personnes et solidarité	92	60,5%	« réponse pour les PH », « inclusion dans la société », « se sentir incluse », « aider et apporter du soutien », « aide contre connaissances », « vivre en société », « partage de connaissance », « échange », « établir de nouveaux liens », « lien social », « ouverture sur l'extérieur », « arrêter l'isolement », « favoriser les rencontres », « pour faire société », « éviter l'isolement », « éviter le cloisonnement », « vivre dans la société et pas à côté », « aider selon ses capacités », « être le reflet de notre société », « maintenir le vivre ensemble », « réduire l'isolement »,
Cesser la discrimination, la stigmatisation et changer les regards	79	52%	« forme de discrimination », « changer l'image », « faire évoluer les regards », « renvoyer une image moins triste », « ambiance du lieu », « amoindrir l'image mouvoir », « sortir des stéréotypes », « ouvrir les esprits », « ne plus être ressenti comme une prison », « pas faire de différence », « pas un ghetto, ni un mouvoir », « avoir une vision plus jeune, plus positive », « ressembler à la société »
Amélioration des conditions de vie	28	18,4%	« Amélioration du cadre de vie », « dynamiser », « redonner de la vie », « lieu polyvalent », « gagnant-gagnant », « être moins vite dépendant », « sortir du soins », « laisser une possibilité à tous de bien vieillir », « valorisation », « gaité », « rendre la vie plus agréable »
Rejoindre son conjoint	2	1,3%	« être indépendant et vouloir rejoindre son conjoint »

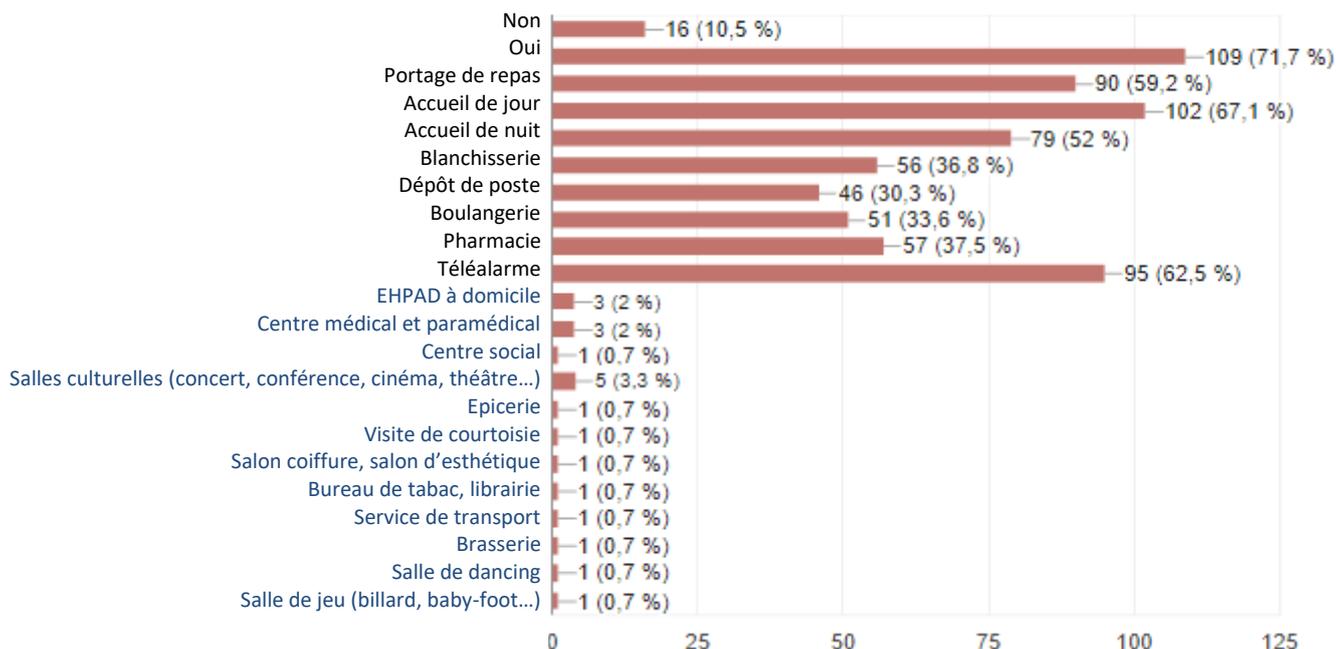
12) L'EHPAD de demain devrait-il accueillir différents types d'habitats ? Si oui, lesquels ?

152 réponses



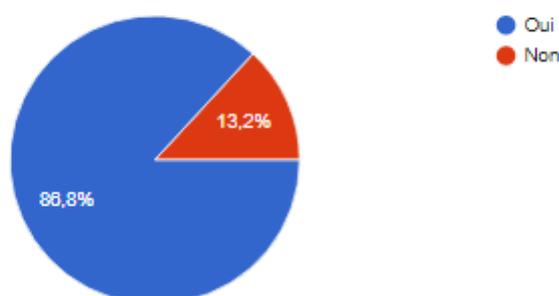
13) L'EHPAD de demain devrait-il proposer de nouveaux services et être conçu comme une plateforme de service pour les personnes extérieures ? Si oui, lesquels ?

152 réponses



14) Afin d'éviter les transferts à l'hôpital, devrait-on envisager de créer dans les EHPAD un plateau technique dédié aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie ?

152 réponses



Pourquoi ?

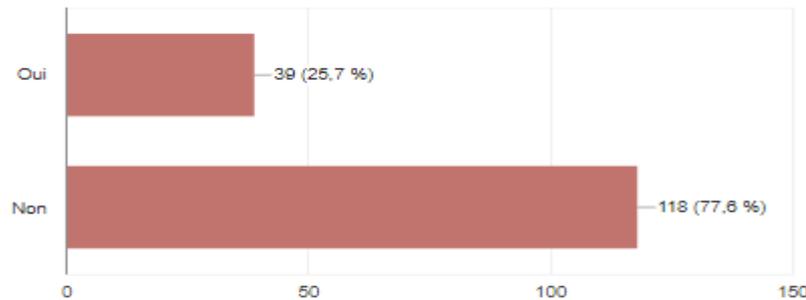
152 réponses

Motivations	Nombre de personnes	%	Verbatimes
Paisibilité du décès	106	69,7%	« faciliter ce moment », « moins traumatisant », « ce serait le rêve », « éviter le traumatisme », « être accompagné dans un environnement connu », « moins stressant », « bénéfique pour les résidents », « prise en charge du décès optimal », « finir sa vie à la résidence », « éviter le ballotage », « mourir chez elle », « accompagnement tout au long de la prise en soins », envisager la fin de vie différemment », « dignité et confort du patient », « lui permettre de partir dans son dernier lieu de vie », « respect du corps et du soin », « ne pas quitter ses repères », « meilleure acceptation du moment », « fin de vie moins médicalisée », « approche moins hospitalière », « moins traumatisant pour les proches », « ne pas créer de rupture », « éviter la séparation », « fin de vie dans un lieu familial, rassurant, accompagné », « mourir avec dignité »
Eviter les problématiques dues au transport	22	14,5%	« dépenses inutiles », « éviter les déplacements », « affaiblis les personnes », « éviter le stress du déplacement », « éviter la iatrogénie », « aller-retour perturbant et traumatisant », « ne pas dégrader l'état de santé », « transferts fatigants »

Soulager les hôpitaux	11	7,2%	« hôpital surchargé », « unité de soins palliatives saturées », « pas surcharger les services », « les hôpitaux n'ont pas la place »
-----------------------	----	------	--

15) Est-ce que les structures proposées pour l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées doivent forcément être segmentées en fonction de l'âge, des soins, de l'autonomie et de la dépendance de la personne ?

152 réponses



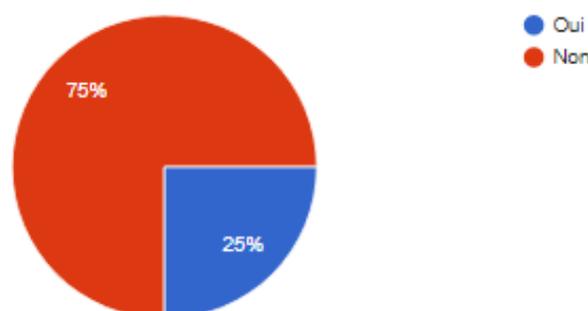
16) Les Pays-Bas ont créé un modèle d'EHPAD conçu sous la forme d'un petit village, c'est-à-dire qu'il est composé d'un établissement accueillant des personnes âgées mais également de petits commerces ouverts à l'ensemble la population, tels que : un restaurant, une boulangerie, une épicerie, un coiffeur ou encore une salle de spectacle. Ce modèle favorisant l'inclusion des personnes âgées dans la société commence à se développer en France. Que pensez-vous de ce modèle ?

152 réponses

Avis	Nombre de personnes	%	Verbatimes
Modèle de référence et innovant	146	96,1%	« doit être un modèle de référence », « inspiration », « parfait », « idéaliste », « appliquer de suite », « parfait », « super », « enthousiasmant », « génial », « très bonne manière de voir la prise en charge », « très positif », « faire de même en France », « exceptionnel la France à du retard », « à généraliser », « incluant », « modèle rassurant », « à mettre en place rapidement », « en faveur », « modèle citoyen », « révolutionnaire », « idéale », « c'est l'avenir », « impression de ne pas être en institution », « modèle intégratif », « innovant », « idée innovante », « préserve de la vie extérieure », « novateur »
Modèle stigmatisant	6	3,9%	« très stigmatisant », « village à l'extérieur de la ville », « pas adapté », « ghetto »

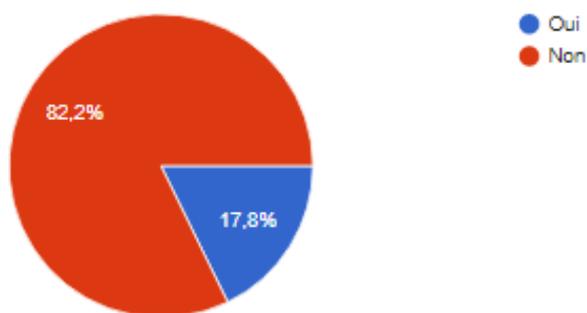
17) En structure d'accueil, seriez-vous gêné(e) à l'idée de vivre et partager des instants de vie (repas, activités...) avec des personnes plus dépendantes que vous ?

152 réponses



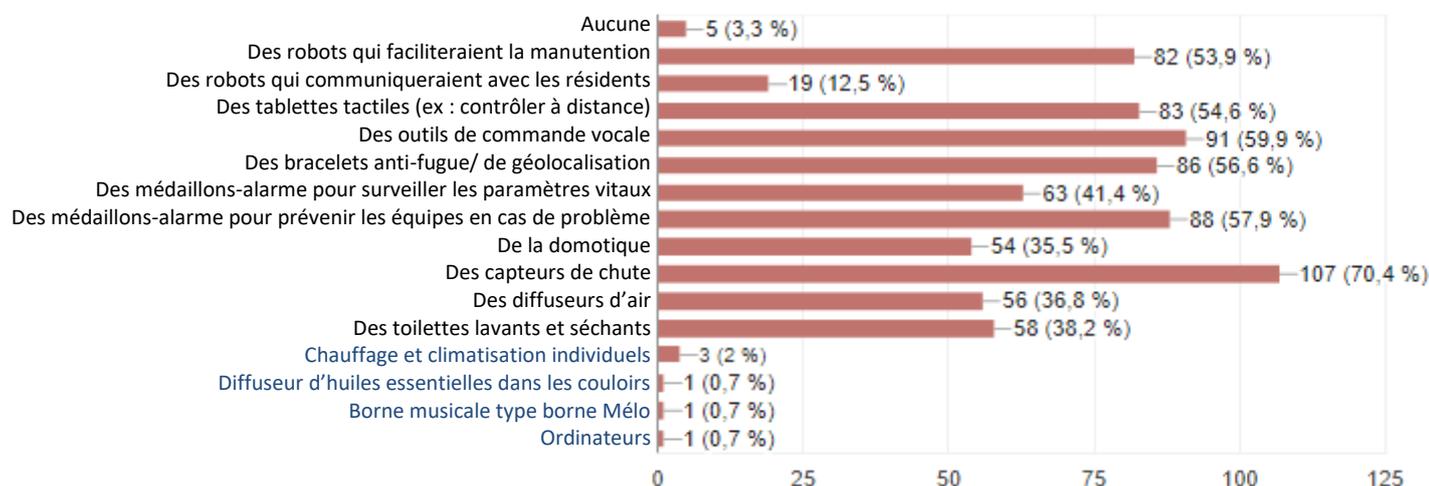
18) En structure d'accueil, seriez-vous gêné(e) à l'idée de vivre et partager des instants de vie (repas, activités...) avec des personnes âgées en situation de handicap ?

152 réponses



19) A l'heure du tout numérique, le marché des nouvelles technologies en EHPAD bat son plein, notamment pour maintenir l'autonomie des résidents. Quels sont les nouvelles technologies que vous souhaiteriez voir en EHPAD ? (plusieurs réponses possibles)

152 réponses



20) Aujourd'hui, suite aux différents sujets abordés dans la presse et les médias, et même avant, l'EHPAD renvoie l'image d'un établissement lugubre voire celle d'un mouiroir. Comment redonner une bonne image et de l'attractivité à ces établissements ?

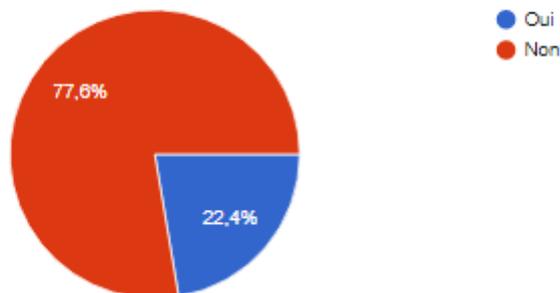
152 réponses

Avis	Nombre de personnes*	%	Verbatimes
Nouveau modèle d'EHPAD	82	53,9	« changer le modèle », « innover une nouvelle forme d'accompagnement », « transformer les EHPAD en lieu de vie », « lieu de rassemblement », « égayer la vie en EHPAD », « proposer plus d'activités », « lieu de vie dynamique », « donner un coup de jeune au modèle », « faire des EHPAD types villages vacances »
Ouverture sur l'extérieur	68	44,7%	« inclusion des EHPAD dans la vie du territoire », « ouvrir à plusieurs publics », « échange intergénérationnel », « ouvrir les EHPAD »
Meilleure communication par les médias	59	38,8%	« montrer des images positives », « diffuser des bons moments », « montrer à la télé », « montrer dans la presse », « médiatiser le positif », « meilleure communication », « reportages positifs »
Donner plus de moyens	15	9,9%	« plus de personnel », « mettre les moyens humains », « le gouvernement doit mettre l'argent », « rétablir les moyens financiers »
Aucun	6	3,9%	« trop tard », « ancré dans les mœurs », « rien à faire »

*Sur les 152 personnes ayant participé à l'enquête, certaines personnes ont donné plusieurs réponses, c'est pourquoi le nombre total de réponses est supérieur au nombre de personnes ayant participé à l'enquête.

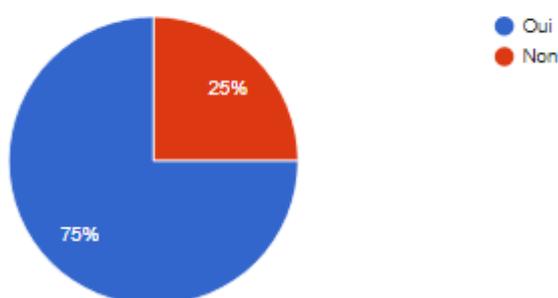
21) Aujourd'hui, si vous deviez vous projeter, envisageriez-vous une entrée en EHPAD ?

152 réponses



22) Si le modèle actuel de l'EHPAD se réinvente pour répondre aux attentes et besoins des futurs résidents, envisageriez-vous une entrée en EHPAD ?

152 réponses



23) Quel nouveau modèle d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées imaginez-vous et souhaiteriez-vous ? Quels termes aimeriez-vous y associer ?

152 réponses

Modèles souhaités	Nombre de réponses*	%	Verbatimes
Modèle intergénérationnel	117	77%	« rencontres intergénérationnelles », « partage », « mixité de populations », « collectivité très variées », « mixité sociale », « multigénérationnel », « inclusif », « liens intergénérationnels », « mélanger diverses populations »
Modèle EHPAD-Village	98	64,5%	« EHPAD village », « modèle pays bas », « village avec des magasins », « village vacances », « liberté de se balader », « sorties sécurisée », « liberté de se déplacer », « commerces », « résidence-village », « centre de vacances », « village personnes âgées », « village/résidence protégé(e) », « les modèle des scandinaves », « petit village », « village participatif »
Modèle maisons collocations	81	53,3%	« petits lieux de vie », « personnalisation », « individualité », « comme à la maison », « se sentir chez soi », « plus proche du mode de vie du domicile », « respect du rythme », « familial », « accompagnement personnalisé », « autonomie », « habitat groupé »
Modèle EHPAD 2.0	43	28,3%	« innovation », « domotique », « technologies », « maison d'accueil technologique », « des robots », « nouveauté technologie »

*Sur les 152 personnes ayant participé à l'enquête, certaines personnes ont donné plusieurs réponses, c'est pourquoi le nombre total de réponses est supérieur au nombre de personnes ayant participé à l'enquête.

LE DEVENIR DES EHPAD

Le présent travail est une contribution à une meilleure réflexion sur la place donnée aux seniors dans notre société, sur le **devenir** de l'**EHPAD** et sur sa **transformation** en vue d'un nouveau modèle plus efficient.

Depuis plus de 300 ans, des structures accueillant des **personnes âgées** existent et n'ont de cesse d'évoluer. Cependant, aujourd'hui, le constat est général : le modèle actuel de l'EHPAD, conçu il y a quarante ans, n'est plus adapté.

Ce dernier est périmé et doit donc, une nouvelle fois, prouver sa capacité à se réinventer et à innover pour correspondre au plus près à l'évolution du mode de vie de la société et aux aspirations des nouvelles générations. La prise en charge de nos aînés étant un sujet majeur de société, une nouvelle stratégie doit donc être définie.

Afin de recueillir l'avis de la société sur le sujet ainsi que ses **attentes** et ses **besoins** en termes d'**accueil** et d'**accompagnement** du vieillissement, une enquête a été diffusée à la population et des entretiens semi-directifs ont été menés avec des professionnels du secteur. Si les analyses ont amené à observer des données qualitatives, elles ont également permis de quantifier de nombreuses insuffisances. Le modèle de l'EHPAD est donc en fin de vie. Face aux nouvelles attentes et aux nouveaux besoins des futurs résidents, le modèle d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées doit se réinventer afin de proposer un format adapté à leur demande. Les recommandations préconisées permettront d'enrichir la réflexion et de suggérer des actions permettant, à terme, d'optimiser l'accueil et l'accompagnement en institution.

Mots-clés : **Accueil, accompagnement, attentes, besoins, devenir, EHPAD, personnes âgées, transformation.**

THE FUTURE OF RETIREMENT HOMES

The present work is a contribution to a better reflection on the place given to seniors in our society, on the **future** of **retirement homes** and on its **transformation** towards a new, more efficient model.

Structures welcoming the **elderly** have existed for more than 300 years, and are constantly evolving. However, today, the overall conclusion is that the current model of the retirement home, designed forty years ago, is no longer suitable.

The latter is out of date and so must, once again, prove its ability to reinvent itself and innovate in order to correspond as closely as possible to the evolution of the way of life of society and the aspirations of the new generations. The care of our elders is a major topic of society, and a new strategy must be defined.

In order to gather the opinion of society on the subject as well as its **expectations** and **needs** in terms of **reception** and **support** of people aging, a survey was handed out to the population and semi-structured interviews were conducted with professionals of the sector. While the analysis revealed qualitative data, it also revealed a number of shortcomings. The present retirement home model is therefore coming to an end. Faced with the new expectations and needs of future residents, the model of reception and support for the elderly must be reinvented to provide a format adapted to the demand. The recommendations proposed here, will make it possible to deepen our reflection and to suggest actions that will eventually optimize reception and support in institutions.

Key-words : **Reception, support, expectations, needs, future, retirement home, the elderly, transformation.**