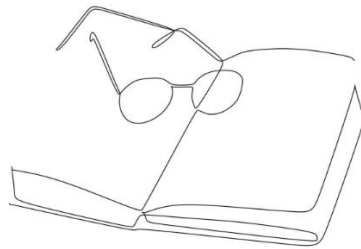


L'EHPAD DE DEMAIN

Enjeux et défis du vieillissement pour le territoire du LOT



Rapport



Laurence ALIDOR / Décembre 2025

Sommaire introductif et plan du rapport

Mener une mission sur l'évolution de l'offre, notamment en EHPAD, est particulièrement important pour le territoire lotois et je souhaite remercier les élus(es) du département, le président Serge Rigal et le DGS Rémi Bensoussan en particulier, qui m'en ont donné l'opportunité.

Je voudrais également saluer la mobilisation des collègues en interne, mais aussi celle de toutes les personnes (opérateurs, partenaires, experts) qui ont contribué à ce rapport, dans une démarche qui s'est voulue résolument participative.

Bien que ce travail soit le fruit d'une réflexion collective, la transcription finale, bien que réalisée avec le souci d'être au plus proche des remontées terrain, n'engagera que moi. Le cheminement a été le suivant : poser le sujet au niveau national et recenser tous les rapports récents traitants du sujet (chapitre 1), poser ensuite le diagnostic lotois et en faire ressortir des spécificités (chapitre 2), regarder toutes les expériences sur lesquelles on peut s'appuyer en lien avec des dynamiques déjà engagées (chapitre 3) et conclure sur des perspectives et recommandations pour notre territoire (chapitre 4). Bien que centré autour du sujet EHPAD de demain, les réponses étant plurielles et inclusives autour d'un EHPAD plateforme en lien permanent avec son environnement, des développements concernent l'ensemble de la chaîne mobilisable pour accompagner des personnes en perte d'autonomie

Les sources et les contacts sont donnés afin de favoriser par la suite des concrétisations attendues ! la révision du schéma autonomie, la mise en œuvre du service public départemental de l'autonomie (SPDA), l'évolution du travail social, la recherche d'une administration plus transversale sont d'autant de chantiers qui pourront se nourrir de certains constats et pistes de propositions.

Cette mission s'inscrit également dans un cadre plus large qu'il convient de mentionner :

- Dans le cadre de l'engagement politique « inventer le territoire du bien vieillir », un plaidoyer sur la cible des seniors permet de préciser des choix politiques clairs, sur lesquels l'administration pourra s'appuyer et surtout interpeller l'ensemble des décideurs sur la nécessité d'engager de nouvelles perspectives pour mieux accompagner les citoyens âgés. Bien sûr l'absence d'une politique nationale d'envergure est dommageable, mais ne pas se résoudre à ne rien faire et adapter localement nos politiques publiques est le sens du plaidoyer qui sera produit, dans lequel s'insère ce travail.
- L'ambition de la collectivité de signer la charte nationale Plan national nutrition santé (PNNS) afin de valoriser nos engagements visant à améliorer l'état de santé de nos concitoyens en favorisant une meilleure nutrition (alimentation + activité physique), ce qui interfère également avec le sujet de l'accompagnement des personnes âgées.

Un travail interne à l'administration vise enfin à intégrer plus largement les questionnements sur les déterminants de santé dans l'ensemble de nos politiques.

CHAPITRE I – Contexte et enjeux nationaux

1. Présentation du contexte national actuel des EHPAD
2. Enjeux et défis pour l'avenir (vieillesse de la population, besoins croissants, enjeux sanitaires et sociaux)
3. Objectifs de la mission : imaginer et proposer des pistes pour « un EHPAD de demain »

CHAPITRE II - Bilan de la situation actuelle dans le LOT

1. Situation démographique du LOT
2. Etat des lieux des EHPAD aujourd'hui
3. Les enjeux d'une politique globale du bien vieillir
4. Au-delà des EHPAD, le sujet des parcours des personnes en perte d'autonomie

CHAPITRE III - Les axes d'évolution pour « l'EHPAD de demain »

1. Innovation et technologie

2. Approche centrée sur la personne

- A. Personnalisation des soins et accompagnement
- B. Sujet de l'accessibilité financière
- C. Inscription dans un réseau d'acteurs

3. Organisation et gouvernance

4. Environnement et cadre de vie

1. Conception architecturale adaptée (espaces verts, accessibilité)
2. Création d'un lieu de vie stimulant et convivial
3. Intégration des enjeux environnementaux et climatiques

5. Durabilité et financement

1. Modèles économiques innovants
2. Financement public et privé, partenariats

CHAPITRE IV - CONCLUSIONS /Perspectives et recommandations

1. Perspectives opérationnelles pour le Lot
2. Politiques publiques à renforcer ou à instaurer
3. Implication des usagers et de la société civile

LISTE DES ANNEXES :

Annexe 1 : Liste des personnes auditionnées

Annexe 2 : Retour sur les questionnaires structures

Annexe 3 : Synthèse des focus groupes et verbatims par établissement

Annexe 4 : Fiches monographiques CNSA

Annexe 5 : Résumé des assises du social : Et si vieillir devenait une aventure ?

Annexe 6 : Proposition de plaidoyer

CHAPITRE I – Contexte et enjeux nationaux

1. Présentation du contexte actuel des EHPAD

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et ils sont à un tournant, avec des défis importants liés à l'évolution démographique, à la qualité de vie des résidents, aux conditions de recrutements, fidélisation du personnel et à la soutenabilité financière. Le vieillissement de la population en France change de nature à partir de 2025, en se concentrant sur les plus de 75 ans. Il implique donc une hausse potentielle significative du risque de perte d'autonomie des personnes âgées. De 2020 à 2050, la population des plus de 75 ans va augmenter de 90% (+5,8 M), et représenter une personne sur 6 en 2050, selon l'Insee. Les centenaires sont 31 644 en 2024, puis vont plus que doubler d'ici à 2040 (76 000), et quadrupler d'ici à 2050 (125 700)..... d'où la pertinence de repenser l'offre.

Selon une mission sénatoriale de septembre 2024 sur la situation des EHPAD, au 31 décembre 2022, environ 60 % des Ehpads publics et 55 % des Ehpads tous statuts confondus présentaient un déficit (source : annexe 6 du PLFSS pour 2024). La situation de ces établissements s'est fortement dégradée depuis 2021 : non seulement la proportion d'Ehpads déficitaires a augmenté mais l'ampleur des déficits s'est aggravée. La situation des Ehpads rattachés à un établissement public de santé est la plus dégradée. De nombreux établissements sont désormais confrontés à des difficultés de trésorerie à court terme.

En réponse un fonds exceptionnel d'urgence doté de 100 millions d'euros a été mis en place pour 2024 pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) en difficulté, quel que soit leur statut. Ce fonds est reconduit à hauteur de 300 millions d'euros pour 2025, ce qui témoigne une situation en constante aggravation et interroge directement le modèle économique des EHPAD. Lors du vote du PLFSS devant l'assemblée l'objectif global de dépenses « personnes âgées » est rehaussé de 150 millions d'euros en soutien supplémentaire aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpads) » (art. 54. Le gouvernement. Explique que « Ce soutien supplémentaire vise notamment à améliorer la qualité de prise en charge des résidents et à encourager l'ouverture des établissements vers l'extérieur. » Dans sa version initiale, le PLFSS 2026 ne prévoyait plus aucun fonds d'urgence pour les Ehpads.

Le taux d'occupation en EHPAD a diminué sous l'impact de la crise COVID, et suite au scandale ORPEA, les deux dégradant l'image d'un EHPAD auprès de la population française : entre 2019 et 2023 selon une enquête IFOP la part des français souhaitant rester à domicile est passée de 75% à 81%.

La très grande majorité des EHPAD sont conçus comme des lieux de soins et non des lieux de vie : la taille moyenne de l'espace privatif est de 21m² et pour 20% des EHPAD il existe encore des logements sans douches. Par ailleurs la transition énergétique des EHPAD est un enjeu financier et écologique majeur.

Le secteur est également caractérisé par des tensions en ressources humaines. Selon la source Anap (Agence nationale d'appui à la performance), en 2023, le taux d'absentéisme dans les EHPAD serait de 11,4% et le taux de vacance de 4, 1%.

France Stratégie et la DARES évaluent à près de 600 000 les postes à pourvoir d'ici 2030 dans le secteur de l'aide à l'autonomie et du soin. Notons que la CNSA vient de signer avec France Travail une convention de coopération pour l'attractivité, la formation et l'emploi dans les métiers de l'autonomie.

Une offre complémentaire à celle des EHPAD est celle des résidences autonomie. Plus des deux tiers des résidences autonomies en France sont publiques (67 % en 2019) quand les résidences autonomie privées à but non lucratif représentent 29 % du parc de RA et celles privées à but lucratif 4 % (pour mémoire, les Ehpads privés à but lucratif représentent 23 % de l'ensemble des places d'Ehpads)¹⁸¹. Les propriétaires des résidences autonomie sont en revanche très majoritairement des bailleurs HLM (58 % des RA), les structures publiques (collectivités, établissement de santé, CCAS...) arrivant ensuite avec 22 %.

En moyenne les résidences autonomie ont une taille nettement plus réduite que les Ehpads : ainsi, quand ces derniers étaient en 2019 à 82 places par Ehpads, les RA se situaient à 51 et 20 % des places sont dans des établissements de moins de 40 places. C'est plutôt en milieu rural que l'on retrouve des structures de plus petite taille, avec notamment le modèle des MARPA porté par la MSA.

Le rapport IGAS référencé ci-après établit une projection des besoins et a mené une catégorisation des départements selon leur offre et l'évolution attendue de la population âgée (cf tableau ci-dessous) La capacité de faire face au défi démographique est hétérogène selon les départements et le Lot rentre dans une catégorie pour laquelle il y a, à taux d'équipement en EHPAD inchangé, **un risque de saturation d'ici 2030 et pour les années suivantes**. Cette saturation progressive entraînerait alors une modification des profils accueillis dans les résidences et habitats alternatifs et également des effets de bord sur les hôpitaux et les aidants.

La mission établit également un besoin de médicalisation accru dans les EHPAD et USLD, en partie dû à l'augmentation du nombre de personnes vivant à domicile, pour notamment des épisodes post hospitalisation, avec un retour à domicile impossible.

L'EHPAD peut alors être la solution sur de l'hébergement temporaire à condition d'offrir une offre sanitaire et médico-sociale.

Tableau 8 : Départements par catégorie (classe d'offre /groupe de demande)

Classe d'offre / Groupe de demande	Groupe A : Croissance très forte des personnes âgées dépendantes et part limitée dans la population	Groupe B : Croissance modérée des personnes âgées dépendantes et poids intermédiaire dans la population	Groupe C : Croissance très forte des personnes âgées dépendantes et poids élevé dans la population	Groupe D : Croissance soutenue des personnes âgées dépendantes et poids intermédiaire dans la population
Classe 1 : des départements à l'offre plus fragile à domicile, en particulier sur le volet sanitaire	Ain, Haute-Savoie, Loiret, Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Val-d'Oise, Eure, Loire-Atlantique, Maine-et-Loire	Nièvre, Indre, Haute-Marne	Charente, Vendée	Côte-d'Or, Saône-et-Loire, Cher, Eure-et-Loir, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Calvados, Manche, Orne, Deux-Sèvres, Vienne, Mayenne, Sarthe
Classe 2 : des départements à l'offre plus étoffée en Ehpad	Tarn-et-Garonne	Allier, Loire, Ardennes, Meuse, Corrèze, Hautes-Pyrénées	Ardèche, Cantal, Haute-Loire, Creuse, Dordogne, Ariège, Aude, Lozère, Hautes-Alpes	Puy-de-Dôme, Jura, Yonne, Territoire de Belfort, Côtes-d'Armor, Aube, Vosges, Aisne, Lot-et-Garonne, Aveyron, Gers, Tarn
Classe 3 : des départements avec une offre sanitaire libérale plus dense	Ille-et-Vilaine, Bas-Rhin, Gironde, Haute-Garonne, Hérault	Haute-Vienne, Alpes-Maritimes, Nord	Drôme, Morbihan, Charente-Maritime, Landes, Gard, Alpes-de-Haute-Provence	Finistère, Somme, Pyrénées-Atlantiques, Pyrénées-Orientales, Bouches-du-Rhône, Var, Vaucluse
Classe 4 : des départements à l'offre fragile en Ehpad	Isère, Doubs, Haut-Rhin, Oise, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne	Meurthe-et-Moselle, Rhône, Paris	Savoie, Haute-Saône, Lot	Marne, Moselle, Pas-de-Calais, Seine-Maritime

Source : Pôle data Igas. France métropolitaine, excepté la Corse. Le profil de demande de la Corse paraît néanmoins proche des groupes C ou D et le profil de son offre proche des classes 2 ou 4.

De nombreux rapports, webinaires, assises, ouvrages, etc... permettent d'alimenter l'état de la réflexion autour de ce sujet. Il n'est pas utile ici de tous les recenser, l'ambition n'étant pas d'être exhaustif mais il est utile de noter que cette étude s'appuie notamment sur :

 <p>L'EH PAD DU FUTUR COMMENCE AUJOURD'HUI PROPOSITIONS POUR UN CHANGEMENT RADICAL DE MODÈLE</p> <p>Auteurs Luc BROUSSY, Jérôme GUEDJ, Anna KUHN-LAFONT</p> <p>avec la collaboration de Patrick HADDAD et Manon LACHERAY</p>	<p>Alimentée des auditions d'une centaine d'experts du secteur et de plus de 150 contributions venant de directeurs d'établissements et d'acteurs de la société civile, l'étude se décompose en trois axes :</p> <p>Comment imaginer la relation établissement-personnes âgées à l'horizon 2030 ?</p> <p>Comment repenser l'architecture et les espaces ?</p> <p>Comment imaginer un Ehpad plateforme ?</p> <p><i>SOURCE / Matières grises</i></p>
<p>Outre de renforcer le soutien à domicile, la mission préconise de construire, à horizon 2030, 100 000 logements nouveaux en résidences autonomie, en plus de rénover le parc existant, de sécuriser les conditions de développement et de fonctionnement des habitats alternatifs pour les préparer à l'accueil de personnes âgées en plus grandes difficultés, d'engager un plan national de transformation domiciliaire des Ehpad, de structurer le pilotage de l'offre par type d'habitat et de renforcer la prévention pour assurer une vie durablement de qualité aux personnes âgées.</p>	<p>Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire</p> <p><i>Se sentir chez soi où que l'on soit</i></p> <p>Rapport</p> <p>Dr Julien EMMANUELLI Jean-Baptiste FROSSARD Bruno VINCENT</p> <p>Membres de l'Inspection générale des affaires sociales</p> <p>Avec la participation de Charlotte CARSIN (membre de l'IGAS) Tom DUREPAIRE (apprenti)</p> <p>Et du pôle data de l'IGAS Juliette BERTHE Léo ZABROCKI</p>
 <p>Rapport d'information</p> <p>SENAT</p>	<p>Rapport de la commission des affaires sociales du Sénat, EHPAD : un modèle à reconstruire, Septembre 2024</p>

Rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des transition démographique, par LUC BROUSSY

RAPPORT INTERMINISTÉRIEL

Rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique

“ NOUS VIEILLIRONS ENSEMBLE... ”

80 propositions pour un nouveau Pacte entre générations

RAPPORT REMIS À

Brigitte BOURGUIGNON
Ministre déléguée à l'Autonomie
Jacqueline GOURAULT
Ministre de la cohésion des territoires
Emmanuelle WARGON
Ministre déléguée au Logement

PAR

Luc BROUSSY
Président de France Silver Eco
Directeur d'EHRA Presse & Conseil
Co-fondateur du Think Tank
Matières Grises



HABITAT INTERMÉDIAIRE
Bien vivre et bien vieillir dans un habitat fait pour soi

Contribution du Conseil de la CNSA

« Le conseil appelle donc à une prise de conscience beaucoup plus forte des pouvoirs publics et du grand public sur l'urgence à développer massivement de nouveaux habitats pour les personnes âgées ou en situation de handicap d'ici 2050 pour faire face aux besoins » Octobre 2025

L'objectif est de créer 500 000 solutions de logement en habitat partagé d'ici 2050 pour accompagner la population vieillissante et lui laisser une alternative à l'Ehpad ou au maintien à domicile.

Cette étude de faisabilité s'appuie également sur la production de travaux par la société AMO Sud-Ouest et les échanges avec son dirigeant Thierry JEGO, lequel intervient en particulier sur les projets lotois de Cajarc et de Luzech

Des réformes sont également en cours avec l'objectif d'apporter des débuts de solutions :

Des réformes financières :

L'article 82 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 modifie les conditions d'entrée dans l'expérimentation **des fusions de sections soins et dépendance (le LOT est expérimentateur)**, avec les objectifs de simplifier les démarches et adapter les organisations à l'évolution du profil des résidents.

La déshabilitation à l'aide sociale permet de différencier les tarifs entre résidents bénéficiaires ou non de l'aide sociale. Ce choix permet de dégager de nouvelles sources de financement, notamment en matière d'investissement immobilier, et d'améliorer la trésorerie de l'EHPAD

Les Ehpad « hors les murs » ou Ehpad « à domicile » correspondent à des dispositifs déployés à titre expérimental dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018. S'inscrivant dans la dynamique de transformation des Ehpad, le principe de ces dispositifs (**centres de ressources territoriales, ou CRT**) vise la mise à disposition d'expertises et de compétences médicales et paramédicales pour des personnes âgées à domicile (projeter une intervention à l'extérieur auprès de personnes vivant à domicile)

Concernant le secteur médico-social, un plan d'action est en préparation pour accroître l'efficacité du secteur dans son ensemble par l'optimisation de la gestion des achats des établissements et services médico-sociaux (ESMS) et une meilleure maîtrise de leur dépense en médicaments. La loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie prévoit que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (**Ehpad) publics autonomes qui sont les plus nombreux à être déficitaires devront se regrouper au sein de groupements territoriaux, sociaux et médico-sociaux (GTSMS) avant fin 2027**. Il s'agit de leur permettre d'atteindre une taille critique, de mutualiser des coûts et des fonctions afin de constituer des groupes publics d'Ehpad sur tout le territoire.

L'accompagnement de l'Anap pour améliorer la gestion budgétaire des ESMS est aussi une ressource possible. Enfin, face aux taux élevés d'accidents du travail et de maladies professionnelles dans le secteur médico-social, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre les agences régionales de santé, les départements et chaque gestionnaire d'ESMS pourraient faire de la prévention du risque professionnel une des priorités.

Fin 2025 la **Haute Autorité de Santé** a publié sur une plateforme dédiée appelée « Qualiscope » les premiers résultats d'évaluation de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux, dont les EHPAD (base de 157 critères, dont 18 qui sont « impératifs » pour les EHPAD). Longtemps souhaité par les acteurs du secteur, la HAS a profité de la publication des rapports d'évaluation pour mettre en place une échelle de cotation très visuelle. A l'image du Nutriscore bien connu des français, le niveau global de chaque établissement ou service est désormais positionné sur ce que nous appellerons un Qualiscore

Le Think Tank matières Grises a fait une étude sur les résultats d'évaluation de 48% des EHPAD français, tous statuts confondus. Au global le classement des EHPAD par niveau de qualité est le suivant :

- 34,7 % des EHPAD sont en catégorie A,
- 43 % en B,
- 20,6 % en C,
- 1,8 % en D.

Mais le plus étonnant réside dans la grande disparité qui existe entre statuts juridiques. En effet, alors que les côtés A sont 34,7 % tous statuts confondus, ils sont 53 % dans le secteur commercial, 33 % dans le secteur associatif et 23 % seulement dans le secteur public. De plus les évaluations de la HAS n'indiquent aucun lien logique entre ratio de personnel important et cotation élevée .

Il n'est pas question pour autant de nier qu'un EHPAD fonctionnera mieux avec des ressources en plus et des compétences professionnelles accrues.

Au domicile :

- **le dispositif « MaPrimeAdapt' »** , mis en œuvre à partir du 1er janvier 2024 fusionne plusieurs systèmes d'aide qui préexistaient, et qui avaient été dénoncés pour leur complexité et leur manque de lisibilité.
- **La mise en place des services autonomie à domicile (SAD)** constitue une transformation importante pour le secteur. Ces services, dont le cahier des charges est fixé par décret du 16 juillet 2023, regrouperont les SAAD, et les SSIAD pour constituer un service unique chargé de dispenser des prestations d'aide et d'accompagnement et des soins

2. Enjeux et défis pour l'avenir (vieillesse de la population, besoins croissants, enjeux sanitaires et sociaux)

- Les enjeux sanitaires et sociaux :

En population générale, les deux pathologies traitées le plus fréquemment à 60-74 ans et à 75 ans et plus sont l'hypertension et l'hyperlipidémie (Eléments du rapport du HCFEA, « Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à horizon 2030 », 2021).

Plus de 66 % des personnes âgées de 75 ans et plus sont traitées pour hypertension artérielle et 39 % pour hyperlipidémie.

23 % sont traitées par anxiolytiques et hypnotiques (problèmes d'anxiété et de sommeil) et 16 % par antidépresseurs.

14 % reçoivent un traitement pour le diabète. 29 % sont traitées pour une pathologie cardiovasculaire.

Le rapport Charges et produits de l'Assurance maladie pour 2026 traite plus particulièrement de l'amélioration du système de santé, en voici quelques extraits en lien avec notre sujet :

*« Confronté à un défi inédit de soutenabilité, le système de santé **doit fortement accélérer le développement de la prévention**, approche indispensable pour garantir durablement la qualité de vie des assurés et maîtriser la hausse des dépenses de santé. La transition démographique et épidémiologique implique en effet une mutation profonde des enjeux de santé en France comme dans l'ensemble des pays à revenus élevés, où la prévalence des maladies chroniques croît de façon soutenue avec le vieillissement de la population et l'évolution des modes de vie. »*

.....
Dans ce contexte, il importe de veiller à garantir un niveau élevé de coordination des acteurs impliqués en faveur de la prévention, autour de priorités stratégiques clairement identifiées, et assurant une synergie d'actions de nature à favoriser une progression de l'adhésion aux dispositifs de prévention

.....
L'entreprise peut également devenir un lieu de concrétisation de la prévention en santé, et non seulement de prévention des risques professionnels.

.....
Les couvertures vaccinales peuvent être également faibles dans certaines structures d'accueil des personnes âgées. Une enquête a été mise en place par Santé publique France en vue d'estimer les couvertures vaccinales contre la grippe et la Covid-19 des résidents et contre la grippe des professionnels des ESMS. Au total, 3 448 ESMS éligibles ont participé à l'enquête de couverture vaccinale contre la grippe et la Covid-19 chez les résidents et contre la grippe chez les professionnels. Au niveau national, la couverture vaccinale contre la grippe des résidents en Ehpad est de 83,3 %, de 64,5% dans les établissements pour personnes âgées

.....
*Dans un contexte où le vieillissement de la population s'intensifie et où les personnes en perte d'autonomie représentent une part croissante des usagers des services de santé, **la question de leur prise en charge à domicile devient une priorité. En effet, favoriser le maintien à domicile de ces personnes constitue un enjeu majeur en matière de qualité de vie et de coûts pour les systèmes de santé.** Pour répondre à ce défi, il est essentiel de repenser les parcours de soins, en mettant l'accent sur leur consolidation afin d'assurer une prise en charge cohérente et continue.*

Le parcours de soin des personnes en perte d'autonomie se caractérise par une multiplicité d'acteurs, de dispositifs et de prises en charge souvent fragmentées. Cette complexité peut nuire à l'efficacité et à la qualité de la prise en charge. Dès lors, l'un des enjeux majeurs est de renforcer l'accompagnement personnalisé de ces personnes, en coordonnant les interventions et en améliorant la communication entre les professionnels intervenant.

La rationalisation et l'harmonisation des divers parcours – qu'ils soient médicaux, sociaux ou administratifs – doivent contribuer à offrir un suivi personnalisé et adapté aux besoins spécifiques des personnes fragilisées. Ainsi, à travers cette réflexion, nous chercherons à comprendre comment une meilleure coordination et organisation des dispositifs existants peut contribuer à renforcer l'efficacité des prises en charge à domicile, tout en garantissant une réponse adaptée aux besoins de ces personnes »

*Les développements de ce rapport se concluent notamment sur une proposition 13 : **Favoriser autant que possible le domicile et les structures intermédiaires (habitats inclusifs), en s'appuyant sur les différents acteurs du domicile (IDEL, SSIAD, SAAD, HAD) et médicaliser les EHPAD pour éviter les allers-retours hôpital-EHPAD***

Le 4 novembre 2025, la Drees a publié les résultats de son enquête relative aux personnes accueillies ou vivant dans des établissements d'hébergement de personnes âgées fin 2023. Elle y recense notamment les caractéristiques des résidents ou encore leur niveau de perte d'autonomie. L'âge des résidents se stabilise, après la hausse des années précédentes : la moitié d'entre eux ont plus de 87 ans et 11 mois (88 ans fin 2019), contre 86 ans et 5 mois fin 2011. En 2023 comme en 2019, 85,0 % des résidents sont en perte d'autonomie (classés en GIR 1 à 4), contre 83,1 % en 2015.

Ils sont 38% à souffrir d'une maladie neurodégénérative, c'est 4 points de plus qu'en 2019. Pour autant, en Ehpad, seuls 13 % des résidents sont accueillis dans une unité spécifique pour malades Alzheimer ou apparentés.

Fin 2023, 85 % des personnes accueillies en établissement d'hébergement n'ont pas – ou plus – de conjoint. À titre de comparaison, parmi l'ensemble des 65 ans ou plus, c'est le cas de seulement 33 % de personnes ; et de 42 % chez les 80 ans ou plus

- Les enjeux sociétaux :

L'évolution de l'image et de la place dans la société :

ILVV : institut de la longévité, du vieillissement et des vieillesse
<https://www.ilvv.fr/fr/propos-de-lilvv>

Les objectifs : L'Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement (ILVV) est un Groupement d'Intérêt Scientifique pluri-organisme qui a pour objectifs d'accompagner et soutenir les démarches scientifiques interdisciplinaires en sciences humaines et sociales dans le champ du vieillissement. Il produit ainsi des connaissances de façon pluridisciplinaires.

Il peut être aussi important de se rappeler l'image de la vieillesse sur un temps plus long.

Au 19^{ème} siècle, une représentation picturale retrace les caractéristiques essentielles : le système à dix âges, dans lequel chaque âge dure un palier de dix années, sous la forme visuelle de l'"escalier des âges". Pour les peintres qui s'inspiraient de ce découpage, le sommet de l'escalier correspondait à la cinquième décennie, l'âge de perfection ou âge de la maturité. Suivaient ensuite l'âge déclinant, l'âge de la décadence, l'âge caduc et l'âge de décrépitude (90 ans), sachant que moins de 10% de la population française fêtait ses 60 ans.

Ainsi jusqu'au début du 20^{ème} siècle, la personne âgée est assimilée à une personne faible et dépendante, vivant de la charité pour les plus pauvres, mais également empreinte d'une sagesse.



Le degré des âges, représenté vers 1817. Bois de fil colorié au pochoir sur papier vergé. Imprimeur : François Hurez, Cambrai. Conservé au Mucem, à Marseille. - © Photo RMN - Grand Palais - J.-G. Berizzi

Au 20^{ème} siècle, avec les 30 années de gains d'espérance de vie, apparaît la catégorie des seniors.

Cependant sur ce siècle là il est utile de distinguer la période avant 1945 et celle d'après. Pour la première, le système de retraites n'existant pas, beaucoup de personnes âgées continuent de travailler et/ou sont à la charge de leurs enfants (ou de la « charité » dans les hospices). L'image qui leur est attachée est celle de la sagesse et du respect.

Après 1945, les Trente Glorieuses, la mise en œuvre des retraites (4 cotisants pour 1 retraité) permettent l'émergence d'un « troisième âge » avec des citoyens actifs, souvent engagés dans des mandats électifs et associatifs. Plutôt peu nombreux (classe d'âge impactée par la première guerre mondiale) ces retraités vivent plutôt bien.

Au fil des années la population française vieillit et apparaissent les sujets de grand âge et de dépendance. La « vieillesse » est à la fois reconnue, valorisée ((les seniors sont force économique et force électorale) et source d'un « cout » pour la société. (poids financier de la dépendance, du grand âge et équilibre du régime des retraites)

Aujourd'hui les seniors sont la génération dite des baby-boomers nés entre 1945 et 1975, souvent en bonne forme physique et avec des revenus plus élevés (le taux de pauvreté n'est que de 7% au-delà de la soixantaine, pour 21% pour les moins de 30 ans)

Vieillir chez soi est le souhait formulé par 90% d'entre eux. Si l'offre à domicile doit se développer et permettre à chacun de rester chez soi le plus longtemps possible, il y a des situations dans lesquelles

la perte d'autonomie est trop importante et nécessite un accueil en établissement ; des situations, aussi, dans lesquelles les personnes sentent et savent qu'elles seront mieux accompagnées en établissement qu'en restant chez elle, parfois isolées. L'Ehpad doit être un lieu de vie, à taille humaine avec le double défi de la médicalisation et de l'humanisation, parce que les besoins importants liés à la dépendance ne doivent pas s'opposer à la qualité de vie.

Nos concitoyens se montrent aussi très sensibles à la dégradation des conditions de travail des professionnels du grand âge, qui limite l'attractivité de filières qui sont, pour des raisons évidentes, des filières d'avenir.

Le meilleur moyen d'« apaiser » ce passage en établissement, qui n'est jamais simple, c'est de moderniser les Ehpad, d'en faire des lieux dans lesquels nous savons qu'un proche sera bien accompagné, qu'il sera bien soigné et qu'il pourra, parce que c'est important aussi, y trouver sa part de bonheur. Vivre, en somme, se divertir, rire, recevoir ses proches, s'épanouir dans des activités, pour faire du grand âge une étape de la vie « comme les autres ».

Dans les enjeux sociétaux est aussi celui du financement .

Le rapport récent de l'institut de santé ; le pari de l'autonomie sur la dépendance démontre une nouvelle fois que le modèle économique actuel n'est plus viable et que le virage domiciliaire doit faire l'objet d'une profonde réforme financière et structurelle.

<https://www.institut-sante.org/Rapport-Autonomie-Institut-Sante.pdf>

« Les dépenses publiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées, hors prévention, (appelée « effort national en faveur du soutien à l'autonomie des PA ») ont été de 29,5 Mrds € en 2023 (1,06 % PIB). Ces dépenses sont réparties entre :

- La CNSA pour près des deux-tiers à (18,8 Mrds €), principalement pour les établissements ;
- La CNAM pour 15% (4,3 Mrds €), surtout pour les soins de ville des personnes âgées dépendantes à domicile ;
- Les départements pour 17% (5 Mrds €), principalement pour le financement de l'APA
- L'État pour 5% (1,4 Mrds €), dont le crédit d'impôt de l'emploi d'un salarié à domicile. »

« En moyenne, la prise en charge au domicile est deux fois moins chère en dépenses publiques qu'en établissement (11 700€ vs 22 600€ par an). Seule une personne en GIR 1 coûte moins cher en dépenses publiques en établissement. Dès le GIR 2, le domicile fait faire des économies significatives..... **Le virage domiciliaire généralisé à un maximum de personnes peu dépendantes s'impose donc comme une condition de soutenabilité financière de la dépendance dans les prochaines années. »**

La situation dans le LOT sur laquelle nous reviendrons plus en détail ne déroge pas à ces grands constats

Enfin les travaux du géographe ANTON PAUMELLE : « Le vieillissement de la population, un renouveau pour les bourgs français ? » donnent des éclairages intéressants ;

Il constate d'abord que « *le vieillissement peine à réellement émerger comme une priorité pour les décideurs et les acteurs locaux, notamment au sein des politiques dédiées à l'aménagement. Le milieu résidentiel est pourtant central dans l'expérience du vieillissement des individus. L'accès des personnes âgées aux services (notamment de santé), aux commerces, aux mobilités, aux espaces publics, à des logements adaptés, etc. constitue une question de premier ordre, qui interroge l'évolution des territoires ruraux contemporains. »*

En effet les stratégies locales d'attractivité des élus ruraux sont aujourd'hui majoritairement tournées vers les jeunes ménages. L'ambition première est souvent d'attirer des jeunes pour maintenir les écoles.

En passant par la phase observations et diagnostic sa conclusion est la suivante : « *les espaces ruraux apparaissent ainsi en première ligne au regard de la proportion de personnes âgées dans leur population. Les enjeux qui en résultent en termes d'aménagement des territoires y sont par conséquent particulièrement prégnants* ». MAIS « *à l'échelle locale, il existe en réalité une grande diversité de vieillissements démographiques et de vieillesse. La prise en compte de cette diversité apparaît déterminante dans la conception de politiques adaptées* »

Il en conclut que les approches et les choix politiques doivent se faire au plus près des dynamiques territoriales et qu'au travers des exemples locaux étudiés, la personne âgée peut être un atout pour maintenir commerces et développement économique et que le contenu de ses travaux ne permet pas de corréliser proportion élevée de PA et manque de dynamisme économique.

3. Objectifs de la mission : imaginer et proposer des pistes pour « un EHPAD de demain »

Rappel de la lettre de mission

« Dans le cadre de votre contrat je vous adresse cette lettre de mission qui trace vos priorités en lien avec les engagements de notre projet de mandat et vous missionne en particulier sur le sujet de l'EHPAD de demain.

De façon globale je souhaite que vous puissiez animer quelques séances courtes pour les élus(es) du département autour des enjeux santé pour la population lotoise, de façon transversale sur l'ensemble de nos politiques, dans l'optique de mettre en évidence nos actions actuelles et possibles sur les déterminants de santé.

*Plus particulièrement j'aimerais que nous puissions avancer notre réflexion, en lien avec le vieillissement démographique, sur une amélioration de la réponse au grand âge, autour du sujet **d'un EHPAD de demain**. Pour ce faire, sur ce sujet, je vous propose les étapes suivantes :*

- **Analyse des besoins** : *Il s'agit de permettre de mieux identifier les besoins en place d'EHPAD pour les années futures, mais également de mieux qualifier les services à rendre à notre population autour de dispositifs qui améliorent le continuum de la prise en charge entre domicile et institutions*
- **Recherche et benchmarking** : *Afin d'éclairer les choix, je vous propose de recenser quelques bonnes pratiques dans d'autres EHPAD et établissements de santé, ainsi que les innovations en matière de soins gériatriques ; en matière d'habitat alternatif, etc... ; ainsi que sur des expérimentations déjà mises en œuvre.*

Cette première phase se clôturera par l'écriture et la validation des objectifs clairs et mesurables pour le projet, en tenant compte des besoins identifiés.

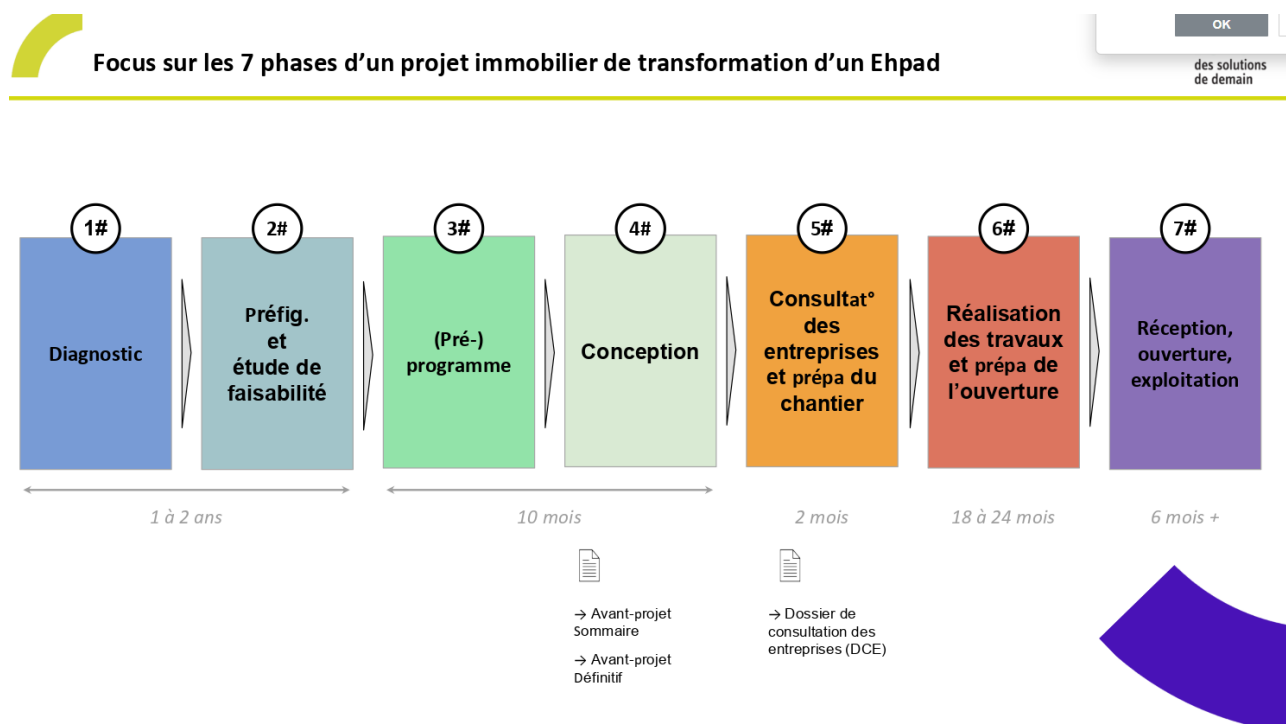
En suivant vous travaillerez à :

- **La conception du projet** : *Élaborer une description détaillée qui inclut outre la description de l'offre rendue des aspects tels que :*
 - *l'architecture avec notamment vigilance sur une conception respectueuse de l'environnement et adaptée aux changements climatiques (**expertises internes à mobiliser**),*
 - *l'aménagement des espaces, les services proposés et les technologies à intégrer.*
 - *Les conditions d'implémentation du projet dans son environnement*
- **Le budget et financement** : *Évaluer le coût du projet : estimer les coûts de construction, d'équipement, et de fonctionnement. et explorer les options de financement, y compris les subventions, les partenariats publics-privés, ainsi que des partenariats avec des entreprises locales (crédit agricole ?), et les contributions des familles.*

- **Bilanter les conditions de mise en œuvre et de portage** : Développer un calendrier pour la mise en œuvre du projet, ainsi que les modalités du portage et de gouvernance. »

La mission a été circonscrite dans un temps court de 9 mois.

Pour comparaison la CNSA publie le calendrier suivant au regard des récentes réalisations suivies par ses services :



La présente étude éclaire les phases diagnostic et de préfiguration (1 et 2) et sera en partie conclusive sur des axes d'orientation pour un pré-programme. Néanmoins la partie maîtrise d'usages qui produit des recommandations en matière d'aménagement d'espaces, de pratiques, d'évolution des métiers, ne sera pas développé comme elle devrait l'être au regard de l'ambition du projet et des délais accordés. Il pourra être renvoyé au "livre blanc de l'AMU" (www.reseau-amu.fr), paru en 2020.

Pour cette mission de nombreux entretiens ont été réalisés, à la fois auprès des opérateurs médico-sociaux et sanitaires, des institutionnels et des élus et auprès d'experts.

Le benchmarking a été réalisé principalement auprès de la CNSA.

Enfin 70 entretiens ont été réalisés auprès de personnes âgées vivant en institution et les échanges tirés de la journée organisée par le Département : Et si vieillir était une aventure ? sont également exploités.

De l'ensemble de ces investigations et constats réalisés **trois orientations sont posées comme fondamentales** :

- L'enjeu est immense en termes de réponses et il est fondamental d'y répondre en s'appuyant sur toutes les dynamiques départementales, dans une approche coordonnée et holistique.
- La nécessité de pouvoir bénéficier d'un habitat qui intègre **une « dimension d'intimité privative »**, directement associée à une liberté d'aller et venir, de centralité, d'accès aux services

dont les services de santé, aux commerces, aux transports, etc., d'où un lien essentiel avec les politiques d'aménagement.

- **Le choix du lieu de vie de la personne qui doit résulter des souhaits et des aspirations de la personne et ne pas être conditionné à son seul niveau d'autonomie, ou son niveau de ressources.** Ce choix doit pouvoir se réaliser avec l'appui des ressources et des aides dont la personne a besoin, sans qu'à l'inverse l'existence ou non d'une offre impose un choix de vie.

Pour porter cette ambition, outre le sujet national du financement, des marges de manœuvre existent au niveau des différentes politiques publiques dédiées, notamment, sociales, médico-sociales, de santé, du logement, de l'urbanisme.

Ces politiques doivent converger afin que les acteurs locaux puissent déployer des réponses adaptées et coordonnées à l'échelle de territoires cohérents avec le bassin de vie de la personne.

La politique autonomie est déjà largement investie, au niveau départemental par le biais d'engagements politiques clairs et dans l'élaboration et la mise en œuvre du schéma autonomie cosigné avec ARS mais se décline au travers de réunions infra-territoriales et dans les axes des CLS au plus près des territoires.

Un travail de recherche (mémoire de 4ème année de Lise Capet, sciencesPO, Chaire santé, 2024) a été mené sur **la coordination territoriale en santé dans le contexte de vieillissement de population, dans le département du LOT.**

Sa conclusion sur le sujet est la suivante : « le conseil Départemental occupe un rôle essentiel par rapport à cet enjeu dans la mesure où il est à l'origine d'une politique autonomie ambitieuse dont l'originalité et la force tiennent du fait de sa cosignature avec l'ARS. L'objectif étant d'améliorer le bien vieillir en considérant les personnes dans leur globalité, liant ainsi les compétences sanitaires de l'ARS à celles davantage tournées vers le social du Conseil départemental ».

De par la nature de ses compétences le Département est sur la vision globale, multisectorielle (on pourrait dire multi ministérielle) et permet ainsi de contrebalancer des politiques nationales en silo qui descendent sur les territoires. Il a donc toute légitimité à coordonner les acteurs du territoire sur l'ensemble des politiques publiques autour de la prise en charge de la personne âgée. Donc au-delà d'une proposition de création d'un EHPAD de demain, ce rapport s'attachera à recenser les dynamiques existantes et proposer, autour d'un projet « pilote » dit « EHPAD de demain » des pistes d'améliorations.

CHAPITRE II. Bilan de la situation actuelle dans le LOT

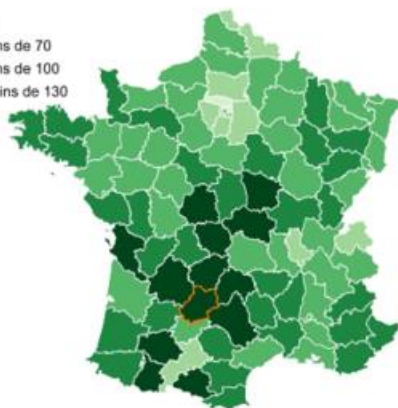
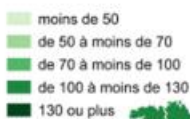
1. Situation démographique du Lot

Indice de vieillissement de la population

2ème département dont l'indice de vieillissement est le plus élevé

Source : INSEE 2021 – RP – INSEE – Projection

Nombre de séniors pour 100 jeunes



Source : INSEE 2021

En 2021 La France entière hors Mayotte compte 86 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Arrive en tête la Creuse avec 173, ensuite le Lot avec 167, suivi par la Dordogne avec 160. la moyenne régionale étant de 122

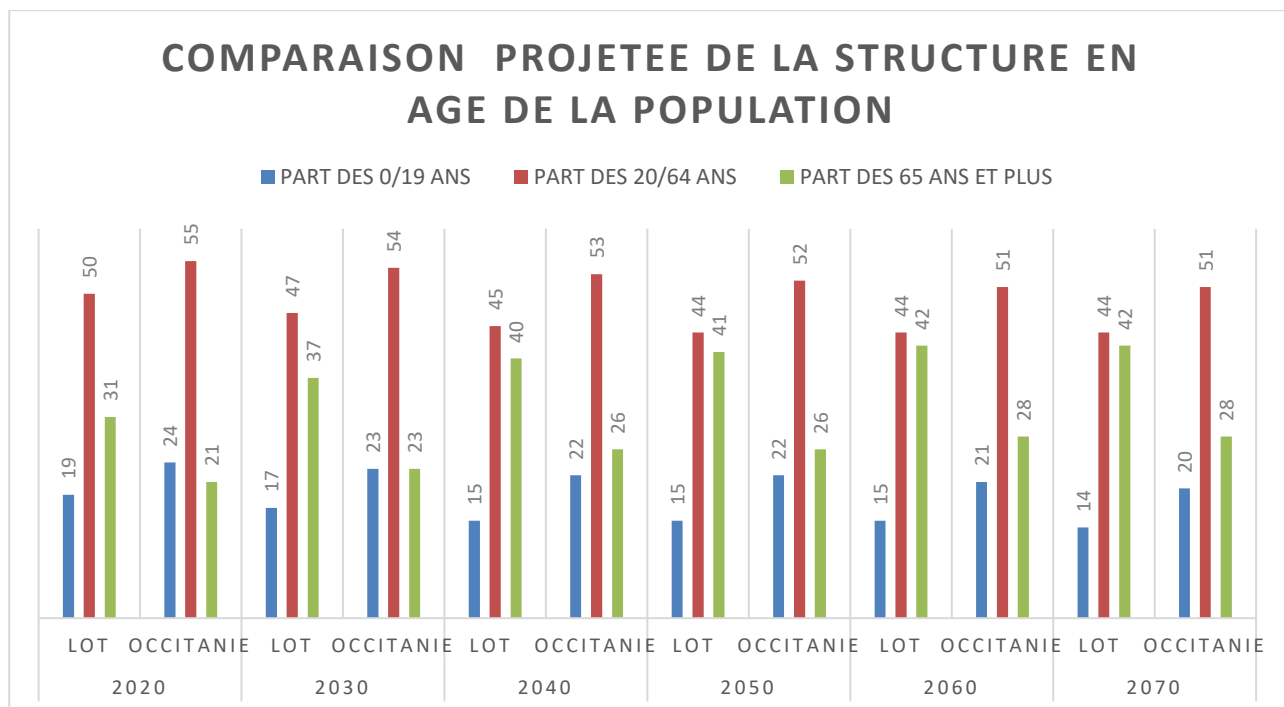
En 2025, selon les projections de l'INSEE La France entière hors Mayotte compte 95 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Le Lot en compte quant à lui 186, la moyenne régionale étant à 132.

Selon les projections de l'INSEE entre 2021 et 2025 :

- + 10 % au niveau national hors Mayotte
- + 8 % au niveau régional
- + 11 % au niveau du département du Lot

Sur des projections plus lointaines, les générations des baby-boomers nées entre 1945 et 1970 arrivent respectivement à l'âge de 85 ans entre 2030 et 2055. Cela pèse donc sur les besoins de prise en charge de la dépendance et de la personne très âgée. Donc déjà avec une surreprésentation de la population âgée le LOT continue d'être impacté par la vague démographique.

Il est également intéressant de regarder la répartition en âge de la population lotoise. Cette répartition pourrait être impactée défavorablement si l'arrivée de personnes âgées et le départ des populations jeunes en âge d'étudier s'accroissent.



Selon les données INSEE, et les données du portail GEOFRAGILITE de la CARSAT :

En 2020, la part des 65 ans et plus dans le Lot est de 31%, versus 21% en Occitanie, ce qui représente un nombre de personnes avoisinant les **55000 personnes., dont environ 49800 vivant à domicile (91%), dont 31,8% vivent seules**
40% de cette population de 65 ans et plus est en ALD et 8,1% sont en perte d'autonomie.

Les plus de 85 ans représentent 5% de la population, vivent également à domicile pour 81% d'entre elles, près de la moitié vivant seules (46,3%), très souvent dans un logement peu adapté et en situation de sous-occupation très accentuée.

En 2040, la part des 65 ans et plus dans le Lot sera de 40%, versus 26% en Occitanie, ce qui traduit un accroissement du vieillissement de la population lotoise (Les migrations accentuent encore le vieillissement : les seniors qui s'installent dans le département sont plus nombreux que ceux qui le quittent) qui se poursuit et renforce donc les enjeux liés à cette évolution démographique.

Selon les données Assurance Maladie, avec le vieillissement de la population et si l'exposition à des facteurs de risques connus n'est pas contenue, **la hausse de la prévalence des pathologies chroniques** qui est passée de 34,5 % en 2015 à 36,9 % en 2023, devrait se poursuivre. D'après les projections réalisées, la part de la population souffrant d'une pathologie chronique devrait ainsi progresser fortement à l'horizon 2030 et 2035. Si les tendances récentes se prolongent (2019-2023), 40% de la population souffrirait d'une maladie chronique en 2030 et 43% de la population en 2035 soit près d'une personne sur deux.

Un autre éclairage est celui apporté par l'enquête vie quotidienne et santé, DREES/2021.les causes de la dépendance sont majoritairement dues à des problèmes moteurs (50%), sensoriels (30%) et cognitifs (20%). Ce constat est corroboré par la filière gériatrique lotoise (docteur Dombrowski) et si les causes cognitives sont souvent mises en exergue au regard des difficultés de prise en charge engendrées, il ressort des entretiens que l'avancée dans le grand âge s'accompagnera d'une augmentation, des profils multi-pathologiques, avec risques accrus de problèmes cardio-vasculaires.

Enfin un élément à prendre en compte est celui de la démographie des aidants (Etude et Webinaire CNSA/Institut des politiques publiques) : aujourd'hui les proches aidants auprès de la personne âgée sont estimés à plus de 4 millions de personnes, pour moitié des enfants, pour 25% des conjoints et pour les 25% restants des fratries et/ou du voisinage. Auprès d'une personne âgée en GIR1 et 2, on comptabilise en moyenne 10h hebdomadaires d'aides professionnelles à domicile, pour plus de 35 heures hebdomadaires apportées par l'aidant dit « informel ».

La question est de savoir si, face au défi soulevé par le vieillissement de la population l'aide de l'entourage, pourra ou non être maintenue au niveau actuel ? Plusieurs facteurs induisent un nombre potentiel d'aidants à la baisse : sur les générations nées après les années 1970, un nombre d'enfants qui diminuent et des éloignements géographiques plus fréquents, moins de personnes mariées et ou pacsées.

Pour autant le nombre d'aidants effectif peut rester stable mais cela voudrait dire que la contrainte à aider pèsera plus fortement car sur un groupe d'aidants potentiels plus réduits, d'où la nécessité de renforcer les politiques en direction des aidants afin de mieux les reconnaître et les soutenir.

En conclusion sur ce volet démographique trois enjeux ressortent en particulier :

- la prise en charge de la dépendance à anticiper au regard de l'augmentation prévisible du nombre de personnes âgées et de la prévalence des maladies chroniques
- la contrainte plus forte sur les aidants informels qui jouent un rôle majeur dans l'approche domiciliaire.
- le nécessaire renouvellement de la population d'âge actif pour endiguer d'éventuels problèmes de ressources en main-d'œuvre.

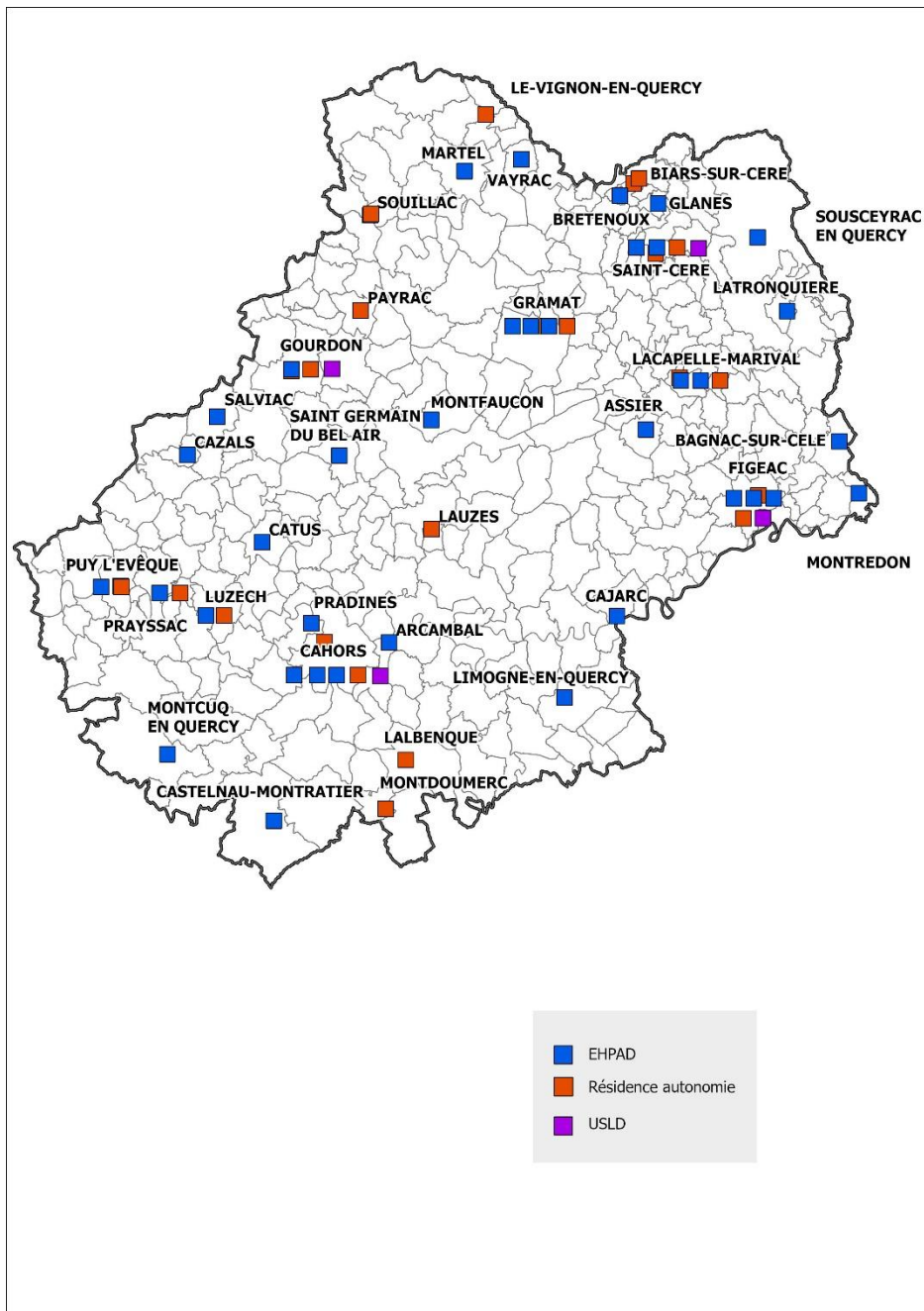
2. Etat des lieux des EHPAD aujourd'hui dans le LOT

A. Volet capacitaire et offres de services

Le LOT compte au 31/12/2024 ,33 EHPAD sur 35 sites pour un total de places de 2319 (source portraits de territoires CNSA, FINESS 2024) ce qui établit le taux d'équipement en EHPAD à 88,8 (nombre de places pour 1000 habitants de 75 ans et plus) , taux identique pour l'Occitanie et de 93,5 pour la France métropolitaine.

Ces EHPAD sont principalement sous statut public (1 seul sous statut privé) avec un maillage territorial satisfaisant dont le corollaire est un dimensionnement de moindre capacité, 72% ont une capacité inférieure à 80 places (contre 47% en région) et 14% ont moins de 40 places.

Concernant le maillage territorial, si l'on considère l'offre cumulée en EHPAD et RA et une accessibilité potentielle de 15mn en voiture, 37 communes ne sont pas couvertes en 2021 ce qui représente 1123 personnes âgées de 75 et plus soit 4 % de cette part de la population en 2021. Ces zones « blanches » sont principalement sur la partie centrale du département.



Le taux d'occupation moyen (TO) est de 91,7% (versus 88, 8% en France et 91% en Occitanie). Par comparaison il s'établissait à 94% avant la crise COVID, périodes pendant lesquelles il était descendu 86%.

Concernant les modalités d'accueil, le département du Lot compte au sein de ces EHPAD : 52 places d'hébergement temporaire (accueil limité à 3 mois), 16 places d'accueil de jour et la modalité accueil de nuit n'a pas été encore investie.

Pour favoriser un retour sécurisé à domicile après l'hospitalisation d'une personne âgée, un nouveau dispositif propose désormais un hébergement temporaire en EHPAD avant de rentrer chez soi. Cet hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation, financé par l'ARS Occitanie, offre aux personnes âgées une solution d'accueil transitoire en EHPAD après une hospitalisation ou en cas d'indisponibilité soudaine de leur aidant.

Cet accueil en EHPAD est proposé pour une durée maximale de trente jours, renouvelable une fois, sans aucun reste à charge pour le bénéficiaire. Ce dispositif peut être mobilisé sur tout le territoire (7 places réparties)

Les projets de restructuration en cours sur les EHPAD tendent à baisser le nombre de places en hébergement permanent, lesquelles ne sont pas toutes redistribuées sur des offres alternatives, **ce qui laisse une enveloppe disponible, en termes de financement de places, d'environ 40 places pour le LOT (enveloppe CD), voire 70 sur enveloppe ARS**. Il est clair que l'évolution démographique et l'augmentation du nombre de personnes de 85 ans et plus appelle donc la nécessité de redistribuer ces places sur des besoins lotois., en particulier sur le Sud du Lot, partie au taux d'équipement le plus bas et avec un vieillissement important.

Les Résidences Autonomie ((RA) sont des logements pour les personnes âgées qui permettent à leurs locataires de vivre en toute indépendance dans un logement privatif avec des espaces communs dédiés à la vie collective et sociale et de bénéficier de services collectifs (dont 200 K€ annuels de la commission des financeurs pour le soutien à des activités collectives ouvertes sur les publics extérieurs).

Les RA accueillent majoritairement des personnes de plus de 60 ans, en GIR 5- 6. Dans le département du Lot, 18 Résidences Autonomie, comptent 593 places et assurent un maillage fin du territoire.

Enfin le CD accompagne actuellement 5 projets d'habitat inclusif (pour 50 bénéficiaires) par le versement d'un forfait d'accompagnement à la vie partagé dont deux sont effectifs (Cahors et Mongesty). Des résidences seniors privées ont également été construites récemment

D'autres dispositifs existent également : des résidences seniors de statut privé, des accueillants familiaux agréés par le Département (25) et l'agence SOLIHA Lot qui a imaginé un dispositif permettant à la fois d'apporter une réponse « logement » à des étudiants peu argentés, et de proposer une solution encadrée à des personnes âgées (ou pas) habitant le LOT qui souhaitent rompre la solitude et/ou rentabiliser des chambres inoccupées.

Enfin le département accompagne massivement l'adaptation des logements à la perte d'autonomie. Ainsi en 2024 , 98 demandes ont été financées sur fonds propres pour 285 K€, en complément des 206 demandes sur délégation des crédits ANAH (pour 1 052 K€) Concernant les dépenses APA, le LOT y consacre en 2024 33,3 millions dont 21,3 millions à domicile et 12 millions en établissements. 45% de ces dépenses sont compensées par la CNSA.

B. Volet RH et financier

Un questionnaire a été transmis à 75 opérateurs, structures de prises en charge des personnes âgées, des services d'accompagnement et services de soins infirmiers à domicile, aux structures d'hébergement (cf ANNEXE II)

Les répondants au questionnaire sont 24 EHPAD, 8 RA et 11 SSIAD ET SAAD, soit un taux de réponse global de 58% qui peut être jugé plutôt très satisfaisant.

73% des répondants expriment des difficultés de recrutement, sur l'ensemble des postes, qualifiés et non qualifiés, cependant dans les verbatims libres les postes d'IDE et d'AS sont les plus cités. Il est utile à ce stade de faire le lien avec les modes d'entrées via parcours sup sur les écoles d'infirmières locales, dans lesquelles les étudiants sont très majoritairement originaires d'autres régions et ont donc vocation à repartir et s'installer dans des zones autres que le LOT, à l'instar du mouvement général de population jeune et active qui quitte le LOT pour des raisons de parcours de vie et professionnel.

Dans les entretiens avec les professionnels sont également remontées fortement les conditions de validation des acquis qui restent inadéquates dans le sens où elles ne permettent pas de

valoriser suffisamment des compétences de savoir-faire et savoir-être et pose des obstacles sur le niveau nécessaire en compétences d'écriture et de synthèse.

Si les aspects financiers liés à la faible rémunération des professionnels exerçant dans les structures remontent comme un frein, l'organisation du travail demeure un enjeu central en termes d'attractivité.

Les conditions de travail difficiles, associées à une perte de sens au travail et à un fort sentiment de manque de reconnaissance contribuent aussi à une sinistralité élevée (en particulier sur le volet domicile selon la CARSAT) et à un absentéisme important.

La mise en œuvre de la plateforme ENSEM, plateforme d'attractivité des métiers de l'autonomie, a vocation à répondre à ces sujets de recrutement, de fidélisation et de qualité de vie au travail.

L'approche par la qualité de vie et les conditions de travail (QVCT) regroupant un ensemble d'actions destinées à concilier l'amélioration des conditions de travail des salariés avec la performance globale des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux est de plus en plus outillée nationalement, et donc localement (cf ANAC et ARAC, en lien avec les ARS)

A ce stade il peut être intéressant de citer le projet QENA© (Qualité de vie et des conditions de travail des professionnels des EHPAD en Nouvelle-Aquitaine) qui a été entamé en 2019 avec le soutien financier de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine et de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) financé par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité Autonomie). Il a abouti à la validation scientifique d'un outil de mesure de la QVCT des professionnels des EHPAD, sous la forme d'un questionnaire constitué de 69 items et de 14 dimensions. L'outil final (« QENA© - EHPAD ») permet de scorer la QVCT globale et chacune de ses dimensions en EHPAD, facilitant ainsi le diagnostic des leviers managériaux et organisationnels d'amélioration du bien-vivre au travail des professionnels.

Déployé de façon massive dans les landes auprès des EHPAD et des structures à domicile, les résultats ont été rendus publics : <https://www.qena.fr/wp-content/uploads/2024/08/plaquette-projet-qena-landes-1.pdf>

L'accès au questionnaire est gratuit et permet donc de voir les axes de progrès. Sur la base du volontariat les résultats peuvent être communiqués aux tutelles.

L'approche d'inspiration « Buurtzorg » – terme néerlandais signifiant « soins de proximité » se réfère à l'expérience des Pays-Bas. En 2006, Jos de Blok – ancien étudiant en économie devenu infirmier – a fondé une organisation non lucrative, dans le but de promouvoir un nouveau modèle d'organisation reposant sur des équipes autonomes dans le secteur des soins infirmiers. En conférant aux infirmiers une plus grande latitude pour gérer leurs plannings et élaborer les plans de soins, ce modèle vise à permettre aux professionnels de se réapproprier leur travail, renforçant ainsi leur motivation et leur satisfaction et, par conséquent, améliorant la qualité des soins pour les patients. Ce modèle a rapidement inspiré de nombreuses associations œuvrant dans l'aide à domicile, tant en France qu'à l'étranger. Dans le LOT l'APEAI/ADAR à Figeac a mis en place ce modèle par **la création d'équipes à responsabilité élargie pour l'autonomie (EREA), constituées de 8 à 12 professionnels intégrant des aides à domicile, des AS, des éducateurs spécialisés, des infirmiers, fonctionnant selon le modèle de Buurtzorg.**

L'évaluation de ce type organisationnel est favorable, tant pour le public (PA et PH), que sur le recrutement puisque plus aucun poste n'est vacant sur les structures impliquées, le turn-over est quasi-nul, et surtout les équipes en auto-gestion adaptent leurs offres de service aux besoins de personnes et de leur famille.

Cette approche est aussi une voie pour donner du sens aux métiers du « care » : une enquête récente de l'ARS auprès des étudiants témoigne du fort décalage entre la qualité de la formation, les attentes sur l'entrée dans la vie active et les conditions de travail rencontrées (« à l'école on nous apprend la qualité, au travail le rendement, c'est un fossé »).

C. Volet patrimonial

Plusieurs projets concernant des EHPAD sont actuellement en cours sur le département :

- Au stade des travaux, la reconstruction de l'EHPAD de Salviac et la rénovation/transformation de l'EHPAD de Cazals et le regroupement des EHPAD au CH de GOURDON
- Sur la base d'un projet validé, à venir la reconstruction et le regroupement des deux EHPAD au CH de Gramat.
- L'extension et la rénovation énergétique de l'EHPAD d'Assier
- Un projet d'extension de 10 places à Catus
- Un projet de reconstruction extension sur site mitoyen de l'EHPAD de Cajarc (préétude programmatique sur la base de trois scénaris).
- Un projet de reconstruction-extension sur site mitoyen EHPAD de Luzech
- Construction d'une cuisine à l'EHPAD de Pradines et intégration d'un cabinet dentaire.

Par ailleurs, le questionnaire aux structures renvoie les informations suivantes :

Pour 63% des répondants le bâtiment n'est pas adapté **au réchauffement climatique** : en dehors de pièces communes climatisées (respect de la réglementation), nombreuses situations de chambres non climatisées dans des bâtiments vétustes où les menuiseries sont à reprendre.

Le deuxième sujet est **la nécessaire adaptation des chambres aux besoins des résidents** : plus vastes, mieux adaptées aux PMR, pose de rails, rénovation des salles d'eau, et de façon plus globale plus « humanisées et différentes du modèle hospitalier ». Dans 42% des cas rien n'est adapté à l'accueil de couples.

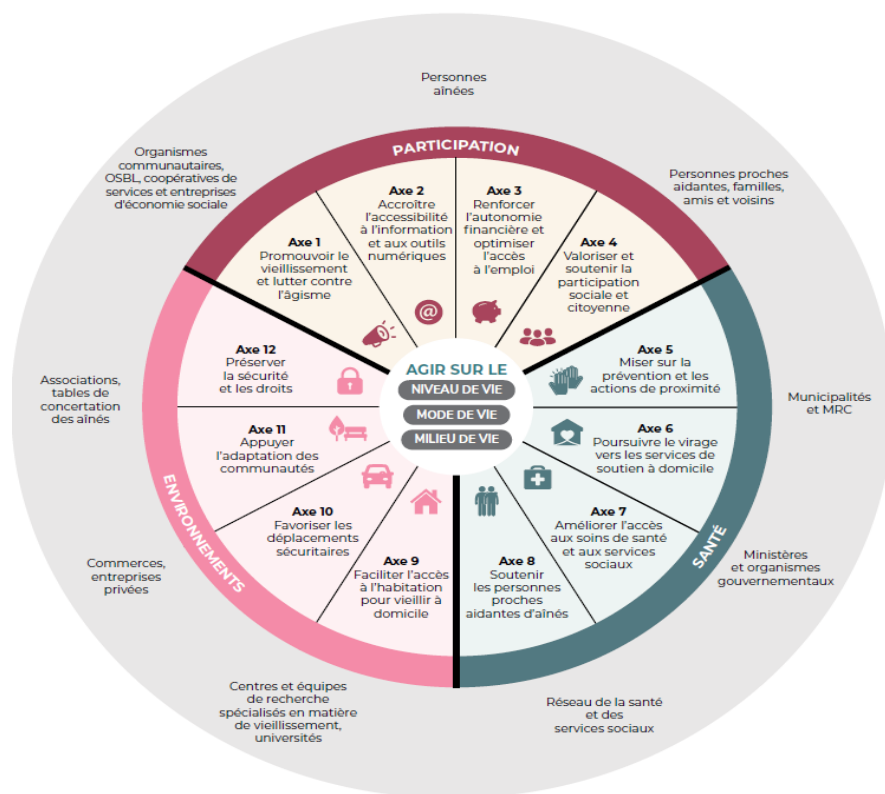
Ces besoins sont à rapprocher des ressources des établissements : en 2024, **66% des structures seront déficitaires** (et certains sont excédentaires de par les postes vacants) **et 58% n'ont pas de capacité d'investissement.**

3. Les enjeux d'une politique globale du bien vieillir

Le manque d'ambition politique au niveau national s'est traduit depuis plusieurs années par une attente toujours renouvelée d'une loi grand âge, qui d'ailleurs ne traiterait a priori que le sujet de la perte d'autonomie alors qu'une politique de l'âge devrait inclure de nombreux secteurs, tels que le logement, l'aménagement du territoire, les transports, la prévention tout comme l'accès aux soins

Pour autant, cette vision globale n'est absolument pas en vigueur au niveau national, telle comme on peut la trouver par exemple au Québec. **Le schéma ci-dessous** synthétise en effet les axes d'intervention tels que prévus par la programme gouvernemental 2024-2029 sur le vieillissement et il peut être intéressant de s'en inspirer.

SCHÉMA 2 : LE PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL 2024-2029 – LA FIERTÉ DE VIEILLIR, AU CŒUR D'UN ÉCOSYSTÈME DE PARTENAIRES



En France cette nécessité d'une approche interministérielle est pourtant mise en avant depuis 1962 avec le rapport de Pierre Laroque « La politique de la vieillesse ne se suffit pas à elle-même. Elle n'est et ne peut être qu'un aspect d'une politique plus large, tendant à assurer un aménagement harmonieux de l'ensemble de la société »..... mais victime d'un système cloisonné et en silos. !

Cette politique globale doit intégrer la lutte contre l'âgisme. L'âgisme est une discrimination oubliée alors que selon l'OMS il toucherait au niveau international une personne sur deux. Ce point est remonté assez fortement au sein des focus groupes et se traduit :

- Par une revendication d'avoir la parole ce qui nécessite de sortir d'une logique trop sécuritaire et/ou infantilisante
- Par le souhait de pouvoir exercer une utilité sociale (ne serait-ce que par le témoignage)
- D'être dans la possibilité d'autodétermination et d'expression des droits civiques.
- Certaines personnes, victimes d'une vision négative, ont également tendance à s'autoexclure.

Ainsi agir sur la santé, les environnements et les participations citoyennes (incluant autodétermination) devraient être au cœur de l'ensemble de nos politiques.

4. Au-delà des EHPAD, le sujet des parcours des personnes en perte d'autonomie

La priorité accordée au domicile a été réaffirmée dans l'ensemble des productions publiques et plans nationaux consacrés aux personnes âgées au cours des soixante dernières années. Dès 1962, le rapport Laroque soulignait que l'aspiration première des personnes était de rester chez elles « aussi longtemps que possible », et que les politiques du grand âge devaient se donner comme ambition de permettre la réalisation de ce souhait.

« A ce titre, l'idée d'un recentrage des établissements sur les GIR 1-2 qui guiderait la politique publique de « virage domiciliaire », comme toute projection qui aborderait le départ du domicile uniquement sous l'angle de l'état de santé ou de la situation d'autonomie de la personne, se fondent sur une représentation partielle et inadéquate du contexte et parcours de vie des personnes âgées autant que des motifs d'entrée en établissement, et ne correspondent pas aux résultats de la littérature »

D'un point de vue sanitaire le Lot compte 12 établissements sanitaires dont 5 CH (et 4 services d'urgence), dont 10 établissements de rééducation, un établissement psychiatrique, pour un total de 875 lits et une HAD.

La coordination entre la filière gériatrique et le secteur médico-social est réelle et s'appuie en particulier : **sur des équipes mobiles de gériatrie**, qui peuvent aller jusqu'au domicile des patients. Une particularité lotoise est la mise en œuvre depuis septembre 2024 **de l'UMGR, (unité mobile de gériatrie régulée) au CH de Cahors** Sous la direction du docteur Dombrowski, du CH de Cahors, ce dispositif a pour objectif d'éviter le passage aux urgences des personnes âgées, source de comorbidité. Elle mobilise les ressources du service de gériatrie du CH.

Ainsi l'UMGR, après régulation du 15, se déplace au domicile, soit pour une prise en charge, soit pour une orientation avec hospitalisation.

L'UMGR intervient sur un rayon de 30 km autour de Cahors. Sur la première année de fonctionnement elle a effectué 272 interventions, avec un délai moyen de 46mn, dans 70% des situations à domicile et 26% en EHPAD. 47% des personnes vues ont été maintenues à domicile, avec intervention de l'HAD et passage en hospitalisation de jour, 34% ont fait l'objet d'une hospitalisation immédiate en gériatrie (où le patient trouve une continuité car équipe venue à domicile le suit en hospitalisation). **Pourrait être questionnée l'ouverture de l'UMGR à une compétence infirmière psychiatrique quand la régulation cible un problème pouvant potentiellement relever de la psychiatrie ?**

Comme dans tous les départements une équipe Parcours santé Personnes Agées (EPSA) à vocation départementale été initiée dès 2020.

Créées lors de la crise sanitaire, ces équipes avaient initialement pour objectif l'appui des établissements de santé à la gestion de l'épidémie de Covid-19 dans les Ehpads. Leur soutien à la gestion des risques épidémiques s'est ensuite élargi à deux grands types de missions. D'une part, elles visent à optimiser le parcours de soins des personnes âgées accueillies en EHPAD en proposant un accès direct et rapide à un appui gériatrique spécialisé/de second recours et non programmé. Selon la problématique de santé, elles apportent des conseils, aident à la conduite à tenir, orientent dans la filière gériatrique et proposent des alternatives à l'hospitalisation (orientation vers une télé-expertise, une équipe mobile, une planification d'hospitalisation avec admission directe sans passage par les urgences...). D'autre part, elles proposent des actions de démarche qualité auprès du personnel des EHPAD dont un programme régional sur des thématiques de prises en soins complexes.

Un bilan d'activité a été réalisé sur l'année 2024 et accessible à l'adresse suivante :

https://creaiors-occitanie.fr/2025_creai-ors_synthese_eps_pa_2024/.

Au niveau régional, 45% des interventions de ces équipes interviennent à l'initiative des EHPAD et les sollicitations concernent le plus souvent des troubles du comportement et des troubles de la mémoire ou neurocognitifs.

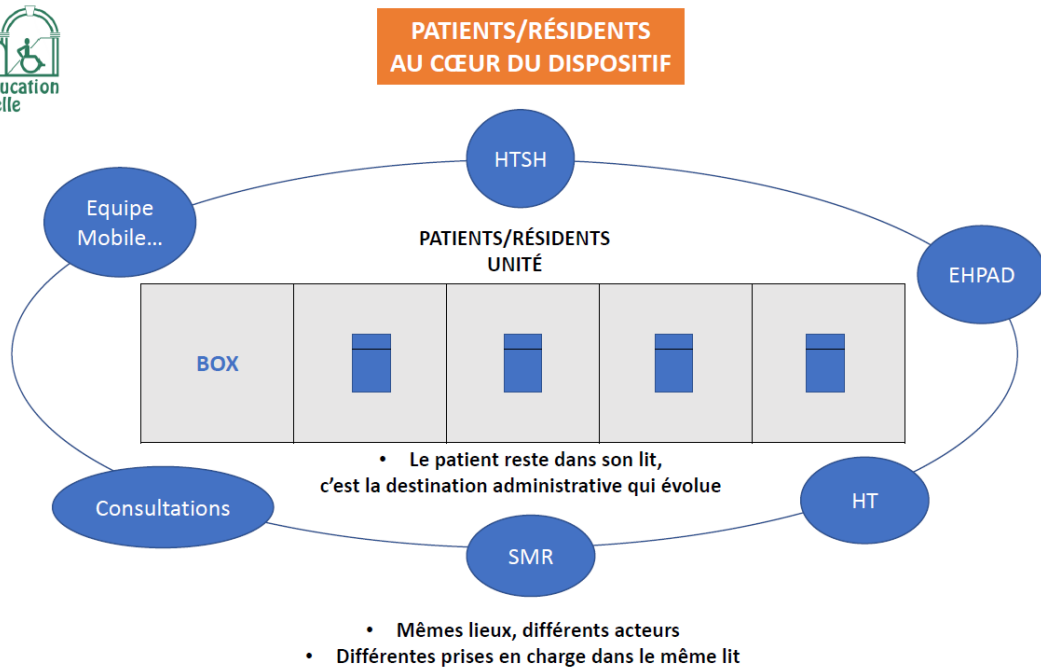
L'offre sanitaire lotoise s'appuie également sur **une unité cognitivo-comportementale (UCC)** de 12 lits, implantée au CH Jean-Pierre Falret à Leyme dont les missions sont d'évaluer et prendre en charge des patients diagnostiqués Alzheimer ou maladies apparentées, proposer une orientation adaptée et apporter un soutien aux aidants. Cette unité accueille environ 70 patients par an, pour des séjours de 40 jours environ et des opérateurs du territoire expriment le souhait de création d'une nouvelle unité implantée sur une autre zone géographique, afin de mieux répondre aux besoins en particulier sur des situations de crise. L'offre sanitaire en psychiatrie est complétée par une unité de 15 lits de géro-psycho-geriatrie générale et depuis début 2025 : d'une équipe mobile dont la vocation départementale est d'aller évaluer si le besoin psychiatrique est réel ou pas : cette initiative est intéressante mais le temps financé d'une IDE pour l'ensemble du territoire semble insuffisant. **En réunion des directeurs d'EHPAD et de RA, il a été exprimé le besoin d'avoir une meilleure compréhension du fonctionnement des services offerts par l'ICM et celui de co-construire des protocoles d'échange et de suivi** . L'ICM a par ailleurs dans ses objectifs celui de redynamiser téléconsultations et télé expertises(celles-ci étant sollicitées par les EHPAD)

Le service de soins palliatifs de l'hôpital de Cahors, ouvert en septembre 2024, comportent 7 chambres spacieuses et permet des séjours pour la fin de vie, mais pas seulement. En effet, on y accueille également des patients pour des séjours de crise (pour soulager des crises de douleurs aiguës) mais également pour des séjours de répit pour les proches des malades. En cette fin novembre 2025, ce sont 195 séjours qui y ont été enregistrés depuis l'ouverture. 34 % des patients étaient auparavant à leur domicile, 54 % proviennent d'autres services de l'hôpital de Cahors et 12 % d'autres structures.

Au total 20 lits soins palliatifs sont identifiés sur tout le territoire lotois, auxquels sont adossées deux équipes mobiles (ST céré/Figeac et Cahors/gourdon), complétées par une équipe mobile portée par le DAC et une HAD qui intervient également sur tout le département.

L'établissement de Montfaucon, SMR et EHPAD :

Le premier dispositif d'appartements tremplins (tel que défini dans le schéma autonomie) pourrait être envisagé avec le centre de rééducation et l'EHPAD de Montfaucon qui souhaite une extension de 8 places, dans laquelle le logement pourrait recevoir toutes les innovations technologiques et la réponse en soins serait seulement dépendante du besoin du patient et pourrait varier entre consultations, forfait EHPAD, forfait hospitalier, ...



Enfin il conviendrait d'alimenter également cette cartographie d'acteurs des nombreuses associations de bénévoles, soit thématiques (EX : ASP (soins palliatifs), soit en appui de l'animation dans les structures ou dans la lutte contre l'isolement social (ex : Monalisa, avec la présence de 15 équipes de bénévoles sur l'ensemble du LOT), sujet indispensable à porter en infra-départemental autour d'un projet.

Le POTENTIEL porté par l'ESMS de IJA

L'IJA est un ESMS de type foyer de vie non médicalisé,, ouvert récemment, avec vocation d'accueillir des jeunes adultes avec handicap visuel.

Il s'avère que le gestionnaire a du mal à remplir sa structure et demande une évolution de son agrément.

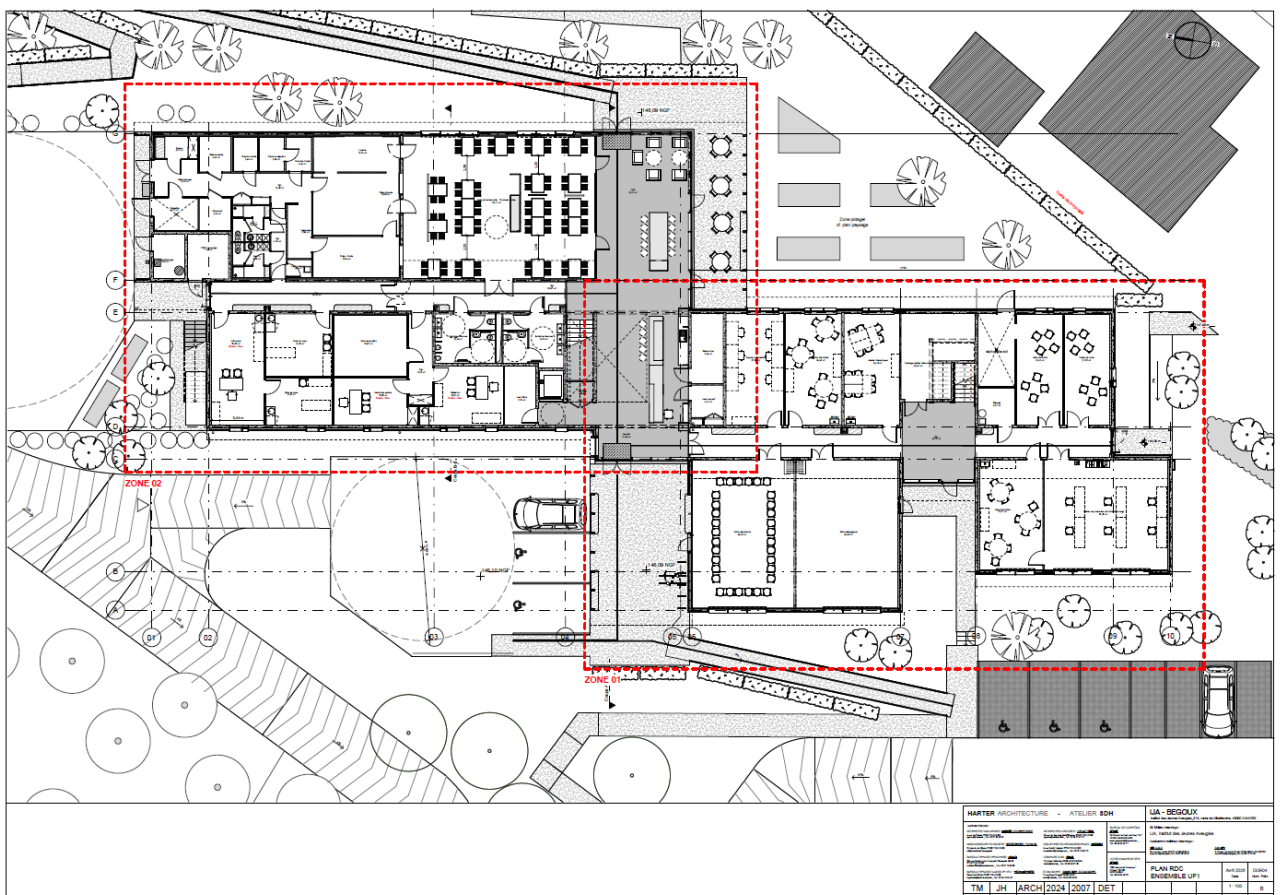
La situation géographique , ainsi que la conception architecturale, devrait inciter à ouvrir une étude de faisabilité pour transformer le site afin de permettre d'accueillir des personnes âgées et offrir une opportunité de créer un « EHPAD de demain » , largement ouvert sur une palette de prestations .

En effet, le bâtiment principal peut largement s'ouvrir à des activités extérieures, à construire éventuellement avec des associations locales actives, tout en optimisant également la proximité avec la voie verte.

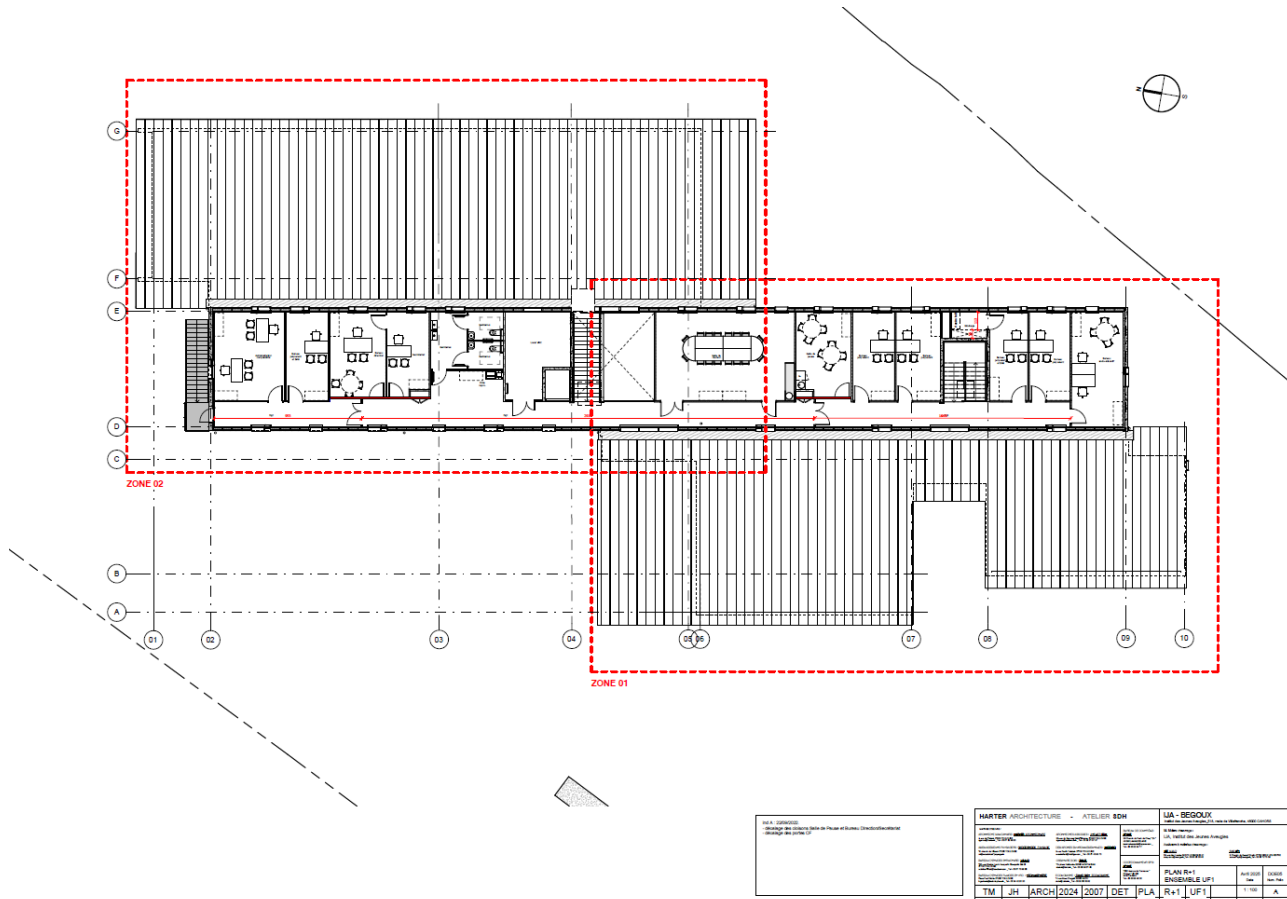
EN RDC du bâtiment principal :

Les deux zones identifiées pourraient permettre :

- Pour l'une d'accueillir des prestations de services ouvertes sur la ville Z1
- Pour l'autre un accueil de jour et un cabinet médical, tout en conservant les locaux cuisine installés (Z2).



A l'étage du même bâtiment sur la partie Z1 seraient installés les locaux de l'administration et en zone Z2 (avec lien en dessous sur zone de production à condition d'une faisabilité technique).



MAIRIE DE CAHORS Direction des services techniques de l'urbanisme et de l'équipement		HARTER ARCHITECTURE - ATELIER SDH 10 rue de la République 81100 CAHORS 05 63 38 38 38 www.harter-architecture.com	LJA - BEGOUX 10 rue de la République 81100 CAHORS 05 63 38 38 38 www.lja-begoux.com
TM 2024 2007	JH ARCH	2024 2007	DET PLA R+1 UF1
10000 10000	10000 10000	10000 10000	10000 10000

Sur l'unité 2 en RDJ sur la base de l'existant pourraient être installées 14 chambres en unité fermée pour maladies ALHZ et apparentées :

Pour le reste du bâtiment les chambres existantes en petites unités voir en colocation sur des appartements peuvent permettre de diversifier les modalités d'accueil. Une gestion co-assurée par le CH de Cahors permettrait aussi de penser l'offre d'accueil en complémentarité avec celle de l'USLD, proche de l'IJA. Sur ce projet serait adossée le dispositif de CRT. Pourraient également s'adjoindre des EHPAD de proximité et un SAD, afin de capitaliser sur une offre « ressources et coordination de la politique » sur le territoire, en particulier en direction des acteurs du maintien à domicile.

CHAPITRE III - Les axes d'évolution pour « l'EHPAD de demain »

1. Innovation et technologie

La place de l'IA : Le domaine de la santé constitue un fort potentiel pour le développement de l'IA, avec par exemple :

- L'introduction de l'IA pour lire des images d'IRM, scanner et/ou analyser des données dans le cadre des diagnostics portés.
- Médecine prédictive, On citera le dispositif médical numérique « Présage Care » basé sur l'IA se développe afin de prédire les passages en urgence avec 7 à 14 jours d'avance et de renforcer les relations aidants - aidé.

Les algorithmes de PRESAGE CARE (télésurveillance médicale à domicile) modélisent les évolutions de l'état de santé et permettent de prévenir les risques de décompensation et d'hospitalisation en urgence, quand l'état de santé s'aggrave. 15 risques majeurs sont analysés : dénutrition, chutes, isolement, souffrance psychique, risque de burn-out de l'aidant, trouble du comportement, douleurs, troubles du sommeil... Selon les résultats, les proches-aidants sont prévenus et un plan de prévention personnalisé est proposé afin de mettre en place des actions de prévention adaptée : mise en place d'actions préventives des chutes, lutte contre l'isolement, aide au bien-être psychologique, lutte contre la souffrance psychique des personnes âgées et/ou des aidants familiaux, lutte contre la dénutrition...

En 2023, Présage Care a pour ambition d'accompagner 20 000 personnes âgées sur tout le territoire français. Au total, près d'un million de personnes pourraient être concernées par ce dispositif médical qui peut être renseigné par tous (la personne, ses proches, les professionnels et en particulier les auxiliaires de vie) sur smartphone ou tablette à raison d'une fois par semaine, le recueil d'information prenant quelques minutes. Une étude multicentrique¹³ a été conduite dans trois régions de France (4 700 interventions à domicile) et a montré que Présage est fiable, prédictif (99,6 %), sensible (83 %), spécifique (86 %) avec une très bonne satisfaction (+90 %) et un impact majeur sur les hospitalisations et les décès (-80 %).

Le Dispositif Présage passe par une application smartphone pour les usagers (recueil hebdomadaire simple et rapide en 2 minutes), associée à une console web sécurisée pour les professionnels (suivi continu de l'état de santé).

L'IA peut également constituer une aide pour alléger les tâches administratives des professionnels et accéder à de l'information pour les citoyens (en conséquence alléger aussi nos missions d'orientation). Concernant la gestion des plannings, l'ANAP a testé l'apport de l'IA (<https://www.anap.fr/s/article/defi-ia-planning-organisation-temps-travail>) et le test est concluant, de meilleurs plannings et du temps gagné étant les conclusions principales à cette démarche.

Il est par ailleurs certain que l'IA dans son développement doit être contrôlée. Ainsi notons que l'HAS engage des travaux pour accompagner les professionnels dans l'utilisation de l'IA sur la période 2025-2030 (premier guide paru en Octobre 2025).

Le sujet de la domotique est vaste et forcément en pleine évolution et intègre aussi des solutions d'IA. La solution domotique pour personnes âgées à domicile, sans bracelet, ni bouton à presser (les entretiens ont montré que la solution présence verte ne donnait qu'une satisfaction partielle) permet par des capteurs de mouvement de signaler une chute (Filiale ADMR FILIEN). La solution

SONaide a également été conçue comme un système de détection des chutes, sans bracelet, ni médaillon. Elle permet une interaction sur appel à l'aide et/ou son détecté comme anormal et pouvant traduire une chute. Le dispositif **Présence verte**, promu par le Département, ne donne pas entière satisfaction (cf les retours des personnes consultées) et mériteraient des adaptations en facilitant l'usage au regard des évolutions techniques rapides.

Il est important de rappeler que le schéma autonomie a prévu la création de lieux expérimentaux permettant des mises à niveau dans les solutions proposées sur le marché et des tests d'usage pour les familles.

Il va de soi que les solutions retenues intra-muros en EHPAD devront autant que possible être transposables sur le domicile, dans la perspective d'un continuum de parcours.

Cette thématique doit donc être animée quasiment au quotidien **et sera intégrée dans les services ressources apportées par le projet, en particulier sur la création d'un ou deux appartements tremplins, tels que pensés au niveau du schéma autonomie.**

Pour éclairer le sujet on peut cependant classer les propositions techniques innovantes selon les fonctionnalités suivantes :

- **Sécurité et surveillance :**

L'installation d'un **système de détection de présence et d'éclairage** représente une première étape essentielle. De nombreux modèles de lampes intègrent des capteurs de présence, déclenchant automatiquement l'éclairage selon les déplacements, réduisant ainsi les risques de chute nocturne. Le dispositif d'éclairage automatisé peut être aussi présent sur des tables de chevet mobile, qui par des LED éclairent automatiquement le sol dès qu'elles sont mobilisées.

Du pilulier connecté qui rappelle la prise des médicaments aux capteurs de chute qui alertent automatiquement les proches ou les soignants, ces innovations facilitent le quotidien des personnes âgées et dépendantes. Idem pour les dispositifs anti-fugue.

- **Concernant la gestion énergétique intelligente, le confort et personnalisation et aménagement du logement, ainsi que l'automatisation de tâches domestiques** la Maison intelligente de l'IUT de Blagnac constitue potentiellement un appui intéressant (contact non pris)

- **Robots d'assistance :**

La Chine et le Japon intègrent déjà les robots intelligents dans les maisons de retraite :

- Des robots-compagnons dont les missions principales sont d'assurer la conversation, de stimuler avec des jeux les fonctions cognitives et faciliter les communications avec les tiers
- Des robots-assistants de soins pour aider au lever, au coucher, à la prise médicamenteuses.....
- Des robots assistants aux tâches domestiques

Certains produits sont déjà présents en France. Les défis d'usage et éthique sont considérables mais pour autant leur intégration dans les prises en charge semble incontournable. Le plus ancien en France est le phoque PARO, robot émotionnel d'assistance thérapeutique . Fin 2021, plus de 350 établissements (EHPAD, ESA, IME, MAS, FAM...) avaient fait l'acquisition de PARO, avec l'apparition de nouvelles indications dans les domaines du polyhandicap, de la pédiatrie et des troubles du spectre autistique.

En termes d'innovation le second sujet est celui de la télémédecine.

90% des répondants au questionnaire administré sont favorables à l'appui de la télémédecine, y compris sur le domicile. Il y a également une opinion favorable des représentants médecins généralistes et infirmiers à une introduction plus massive de la téléconsultation (la téléexpertise étant déjà déployée pour partie) sous réserves que l'organisation soit pensée localement, ie sans le renvoi sur des plateformes dédiée à la téléconsultation.

Le modèle @Meuse est de ce point de vue inspirant : Aujourd'hui plus de 100 expérimentations sont menées en Meuse, Meurthe-et-Moselle et en Haute-Marne sur l'accès aux soins, le bien vivre à domicile, la prévention, et la prise en charge des maladies chroniques. Il permet de s'adapter aux besoins du territoire, dans un modèle de proximité, travaillé en concertation.

2. Approche centrée sur la personne

A .Personnalisation des soins et accompagnement

Le principe d'une **transformation domiciliaire de l'EHPAD** se retrouve dans de nombreux rapports et également au travers des verbatims dans les focus group réalisés. Il s'agit de renforcer le caractère du « chez soi » et l'adaptation des réponses aux besoins et envies exprimées de la personne. La dimension bâtementaire est importante (voir infra) mais l'accompagnement plus personnalisé est ici le sujet . Certaines revendications semblent à la fois légitimes et peu couteuses : liberté de visite, possession d'un animal domestique, possibilité d'avoir une activité choisie, presse quotidienne, pouvoir manger des œufs à la coque !... et moins subir le rythme et les exigences de l'organisation collective dans la vie quotidienne.

Dans le questionnaire administré, sur une échelle de 1 à 5, les professionnels répondants jugent à 82 % que la qualité de vie des personnes accompagnées est importante (Niveaux 4 et 5), mais les activités proposées ne répondent que pour 59% aux attentes et besoins des personnes accompagnées. Le décalage avec de nouvelles attentes et besoins est explicité dans les réponses suivantes du questionnaire :

- Des profils plus dépendants, plus âgés rentrent en EHPAD : plus grande dépendance physique, plus de troubles cognitifs, gestion de fin de vie, accueil de personne en précarité dont précarité sociale, sujet des addictions.
- Ouverture des structures sur l'extérieur, à la fois permettre aux personnes extérieures de venir dans les structures d'hébergement et augmenter les sorties des résidents dans le village.
- Concernant les services ouverts à la population extérieure sont plébiscités les services de coiffure, restaurant, et soins de support (pédicure, sophrologie et diététicienne)
- Raisonner sur de l'alternance en termes de parcours : « La possibilité d'une alternance entre domicile et lieu collectif afin de répondre aux besoins des usagers ainsi qu'au besoin de répit des aidants. », ce qui rejoint des occurrences mettant les structures en responsabilité de répondre aux besoins des aidants (= hébergement de nuit, lieux de vacances, etc...)
- Promouvoir de l'accompagnement plus personnalisé, notamment sur l'aide au maintien d'une autonomie physique plus importante (APA, kinés...), confirmé également dans les focus groupes
- « Organisation des locaux pour accueil soins palliatifs et troubles psycho comportementaux » et soutien psy à renforcer. Sur ce dernier point en réunion les directeurs ont pu exprimer une réelle difficulté à être entendus sur le suivi des patients sortant de psychiatrie, les modalités de suivi et de prise en charge de ces patients/résidents mériteraient à être plus coconstruites et le suivi devrait être plus

important. Des profils de résidents dans l'addiction sont également problématiques dans leur prise en charge et sont de plus en plus nombreux.

La qualité des soins délivrés est jugée satisfaisante pour 77% des répondants.

Les pistes d'amélioration INTERNES souhaitées concernent très principalement le renforcement de l'effectif soins (médical et paramédical) pour permettre plus de temps passé auprès des résidents, l'éventuelle présence d'un médecin salarié (pour palier la difficulté d'accès au médecin traitant) et des formations pour renforcer les expertises sur la prévention, les actes techniques et la fin de vie, mais surtout les prises en charge psychiatriques.

EN EXTERNE, les expressions se rejoignent sur le fait de conforter et déployer les partenariats extérieurs (dont SSIAD et SAAD en EHPAD) et apparaissent des propositions visant à conserver des équipes autour de la personne tout au long de son parcours : « *Par ailleurs, la conservation de mêmes intervenants (cabinet infirmiers et médecin traitant) est un facteur de réassurance très important pour les usagers et leurs aidants.* ».

Un peu plus loin dans le questionnaire sur une échelle de 1 à 5 les relations partenariales sont notées en moyenne à 3,56.

Les liens avec la filière gériatriques sont décrits positifs et apparaissent de deux sortes :

- Les structures qui ont des liens étroits, conventionnés
- Les structures qui sollicitent la filière au cas par cas.

A la question : « *Etes -vous favorables à l'intégration de nouvelles techniques (télémédecine, domotique,..) et/ou de nouvelles expertises ?* » .90% de réponses sont favorables à l'introduction de nouvelles techniques, qui se répartissent tout autant dans le renforcement de la télémédecine (notamment pour le domicile) et une introduction plus forte des moyens domotiques.

Des hypothèses de travail avec l'IA apparaissent notamment sur l'animation .

Enfin la démarche Humanitude est mise en œuvre dans certains établissements lotois . Cette démarche Humanitude est avant tout de permettre aux personnes âgées de "vieillir debout" en remettant l'humain et le respect des droits au centre de l'accompagnement

Les principes fondamentaux de l'Humanitude incluent :

- La reconnaissance de la personne dans sa globalité : l'Humanitude reconnaît chaque personne comme un individu unique, avec ses propres besoins, préférences et histoires de vie. Elle met l'accent sur la prise en compte de l'ensemble des dimensions de la personne, y compris physiques, émotionnelles, sociales et spirituelles.
- Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne : cette approche insiste sur le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne aidée, en évitant toute forme de traitement dégradant ou infantilisant. Elle encourage les pratiques respectueuses et empathiques, qui reconnaissent la valeur et l'importance de chaque individu.
- La promotion de l'autonomie et de l'indépendance : l'Humanitude encourage l'autonomie et l'indépendance autant que possible, en offrant à la personne aidée des opportunités de prendre des décisions et de participer activement à sa propre prise en charge. Elle cherche à préserver la liberté de la personne et à lui donner le pouvoir de choisir et d'agir selon ses propres souhaits.
- L'importance de la communication et de la relation : cette philosophie de soins met l'accent sur l'importance d'une communication positive et bienveillante entre l'aidant et la personne aidée. Elle encourage l'utilisation de gestes doux, de regards et de mots apaisants pour établir une connexion émotionnelle et favoriser le bien-être de la personne.

La formation des professionnels passe donc par la sensibilisation de 4 piliers fondateurs du concept qui vont générer des liens « d'humanitude » : le regard, la parole, le toucher et la verticalisation le plus possible :

En conclusion, les Ehpads de demain devront, par conséquent, être en mesure de faire primer les désirs individuels sur les contraintes de l'institution. Et ce d'autant plus avec la nouvelle génération de résidents qui arrive, celle-là même qui a eu 20 ans dans les années 60 et qui sera sans concession sur ses désirs d'autonomie et de liberté.

B. Sujet de l'accessibilité financière

Plusieurs études et rapports permettent d'éclairer le sujet, notamment Rapport DREES-2019, simulation Autonomix, rapport Juillet 2023 de Me la députée Pires- Beaune sur le reste à charge et rapport Emmanuelli précité.

- Le maintien à domicile d'une personne âgée dépendante, une fois APA déduite et crédit d'impôt se traduit par un reste à charge « modique », autour de 100 euros pour un GIR 1 qui augmente avec le niveau de dépendance. La seule limite financière peut intervenir dès lors qu'une présence humaine est nécessaire sur des amplitudes horaires très fortes, par ex de nuit (d'où le frein au maintien à domicile en cas de démence).
- Le reste à charge en EHPAD est beaucoup plus élevé , mais il inclut les charges fixes alimentaires et d'hébergement. . Le tarif moyen d'une chambre d'EHPAD dans le Lot est d'environ **2 116 €/mois** (hébergement + dépendance, pour un résident évalué GIR 5–6) selon des données départementales récentes.(Cap Retraite)
Certains établissements dans le Lot facturent l'hébergement simple autour de 1 919 €/mois (mais le tarif peut varier — le minimum relevé est ~ 1 500 €, le maximum ~ 3 130 €/mois selon l'établissement)

La pension retraite moyenne « de droit direct » dans le Lot est d'environ **1 366 €/mois** (brut). À l'échelle nationale, selon le dernier rapport DREES, la pension mensuelle moyenne (droit direct) s'élevait fin 2023 à ≈ 1 666 € brut. Ce qui signifie qu'un retraité moyen dans le Lot touche globalement — selon le cas — un peu moins que la moyenne nationale.

Si on compare un retraité « moyen » du Lot avec le reste à charge d'un EHPAD, on voit que la pension ne suffit pas à couvrir le coût estimé. Le reste à charge dépasse en général la pension. La majorité des retraités (pension ~1 360 €) ne peuvent pas financer seuls un EHPAD.

Seule une minorité (pension ≥ 1 800–2 200 €) peut financer l'EHPAD avec une marge, très réduite, qui ne permet pas de répondre à une dépense imprévue (type reste à charge santé par exemple ..) ce qui fera également intervenir un soutien familial.

Ce point est également confirmé dans le rapport PIRES BEAUNE qui aborde le sujet sous l'angle de la justice sociale et du taux d'effort de chacun (pourcentage des revenus affectés au coût de l'EHPAD), quelques extraits :

*« Parmi les résidents en EHPAD, les personnes âgées les plus pauvres, les plus fragiles et les plus isolées sont nombreuses. Elles sont confrontées à des taux d'effort considérables : seule une petite partie (24 %) peut couvrir ses frais de séjour via ses revenus courants. Le séjour en établissement est coûteux pour tous, mais il est parfaitement insoutenable pour les plus modestes. Le système actuel est par ailleurs peu justifié : globalement, les plus modestes ne sont pas aidés à la hauteur de leurs besoins ; les ménages modestes sont moins aidés que les plus aisés. La courbe des soutiens présente ainsi une forme en « U » ou plutôt en « J », ce qui démontre la (contre) redistribution à l'oeuvre actuellement. **L'argent public est donc mobilisé à mauvais escient et en opposition avec les principes affichés et partagés par tous.....***

*Le taux d'effort des personnes hébergées les plus modestes est près de trois fois supérieur à celui des plus aisées. **A cette différence de taux d'effort s'ajoutent des soutiens publics insuffisamment redistributifs.** L'APA en établissement varie peu selon les revenus, donnant à penser que les départements ne retiennent - dans leur très*

grande majorité - au mieux que le degré de dépendance pour fixer les tarifs. Tous soutiens confondus, les résidents les plus aisés sont notamment mieux aidés que ceux qui disposent de moins de ressources, du fait de la réduction d'impôt. »

Pour les plus modestes, l'ASH devient indispensable à moins d'aller chercher un soutien familial, ou des revenus patrimoniaux, notamment par la location du bien familial...

Pourtant dans le LOT l'ASH n'est demandée que pour moins de 20% des résidents, le motif principalement invoqué est la récupération sur succession qui peut venir mettre en péril la transmission du seul bien patrimonial familial, notamment quand celui-ci est également outil de travail, ce qui est fréquent dans les professions agricoles et artisanales.

Les personnes rencontrées nous disent également qu'ils sont confrontés à des difficultés d'accès à l'information sur les droits et les offres de prise en charge, pour les personnes âgées et leurs proches aidants.

Inscription dans un réseau d'acteurs

Le secteur du handicap est certainement plus en avance sur la transformation de l'offre et peut constituer une source d'inspiration. Ainsi l'ANAP a publié trois guides sur l'évolution de l'offre médico-sociale vers des plateformes de services coordonnés.

« L'organisation en offre de services coordonnés répond aux orientations de la Conférence nationale du handicap de 2023 et des obligations vis-à-vis de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Une désinstitutionnalisation programmée, organisée, dans le respect des choix et des droits des personnes. La personne n'est plus orientée sur une place all-inclusive, mais elle doit bénéficier des prestations en réponse à ses attentes pour être soutenue avec sa famille à vivre la vie qu'elle choisit sur la base de l'égalité avec les autres. La finalité de cette transformation est clairement de mieux respecter les droits fondamentaux des personnes, et aussi de valoriser l'audace que les professionnels proposent avec les personnes et leurs proches vers cette ambition collective ».

Cette même logique est celle qui sous-tend l'idée d'EHPAD plateformes de services. Nous avons en effet constaté que le LOT était à la fois correctement maillé en structures et services médico-sociaux et riche d'une offre sanitaire en gériatrie.

L'approche par les droits fondamentaux impliquerait alors de nouveaux modes opératoires :

- Soutenir l'autodétermination de la personne et de la famille : l'accompagnement social doit donc faciliter l'évaluation des besoins et des attentes, ainsi que leur expression. Il doit permettre une mise en œuvre des réponses, à partir des offres de proximité, y compris celles dites du droit « commun », ie celles proposées dans la société civile... Ces offres seraient idéalement modulables dans le temps, et une porte d'entrée simplifiée (unique ?), ainsi qu'une équipe domicile/institutions médico-sociales/hôpital clairement identifiée et dans un continuum de prise en charge serait à privilégier
- Ce type de réponse sous-tend la nécessité de partenariats forts entre les différents acteurs de proximité avec deux types de coordination à animer :
 - o Celle autour de la personne avec échanges de données dans le respect de la confidentialité (les outils sont là mais utilisés de façon très diverse) identification d'un référent de parcours ayant une bonne lisibilité de l'offre existante, ne se substituant ni au médecin traitant, ni au DAC pour les parcours complexes.

- Celle autour des services et structures potentiellement mobilisés : il s'agit là d'une animation infra-territoriale qui permettent d'optimiser les complémentarités et faire en sorte que l'ensemble des demandes puissent être servies.

Il est aussi important de rappeler que pour l'ensemble des acteurs il doit être envisagé des moyens supplémentaires de médicalisation afin de répondre aux enjeux du vieillissement.

3. Organisation et gouvernance

Une des questions posées dans le cadre de ma mission est celle du portage direct d'une solution EHPAD par le Département avec notamment l'objectif de répondre au sujet de la problématique financière des places d'EHPAD.

Le département de l'ESSONNE, il y a 12 ans, sous la présidence de M. Guedj, avait fait un constat un peu similaire (forte présence d'EHPAD privés à tarifs élevés) ainsi que celui d'un manque de places d'EHPAD publics sur une partie du territoire départemental. Donc le contexte est un peu différent au notre.

Faute de candidats à la création d'une offre nouvelle, le CD a donc « créé » son propre EHPAD sous statut de « public autonome » donc sous fonction publique hospitalière, avec le CD comme collectivité de rattachement, ce qui permet une large représentation du Département au CA. Par la suite d'autres établissements ont rejoint le projet (transfert de gestion ou AAP) qui compte aujourd'hui 8 sites

Aujourd'hui le tout est donc géré par le Service Essonnien du Grand Age et du Handicap (SEGAH), sous forme d'établissement public social et médico-social, assurant ainsi depuis 2024, la gestion de 8 EHPAD, 1 EHPA, 5 Accueils de jour, 1 Etablissement pour PHV médicalisé (plus de 800 places au total) et 1 CLIC

Si les tarifs sont contenus et inférieurs aux tarifs du privé cela vient de :

- D'une « ingénierie spécifique » limitant le coût de fonctionnement des bâtiments : superposition des unités de vie (de 12 résidents), calibrées en fonction des ratios de personnels finançables par ARS/CD, rationalisation des charges bâtementaires à la conception des établissements
- de taux d'emprunt peu élevés à ce moment-là
- de mutualisations des moyens notamment sur toutes les fonctions supports et administratives, couplées à une volumétrie permettant économies d'échelle.

4. Environnement et cadre de vie

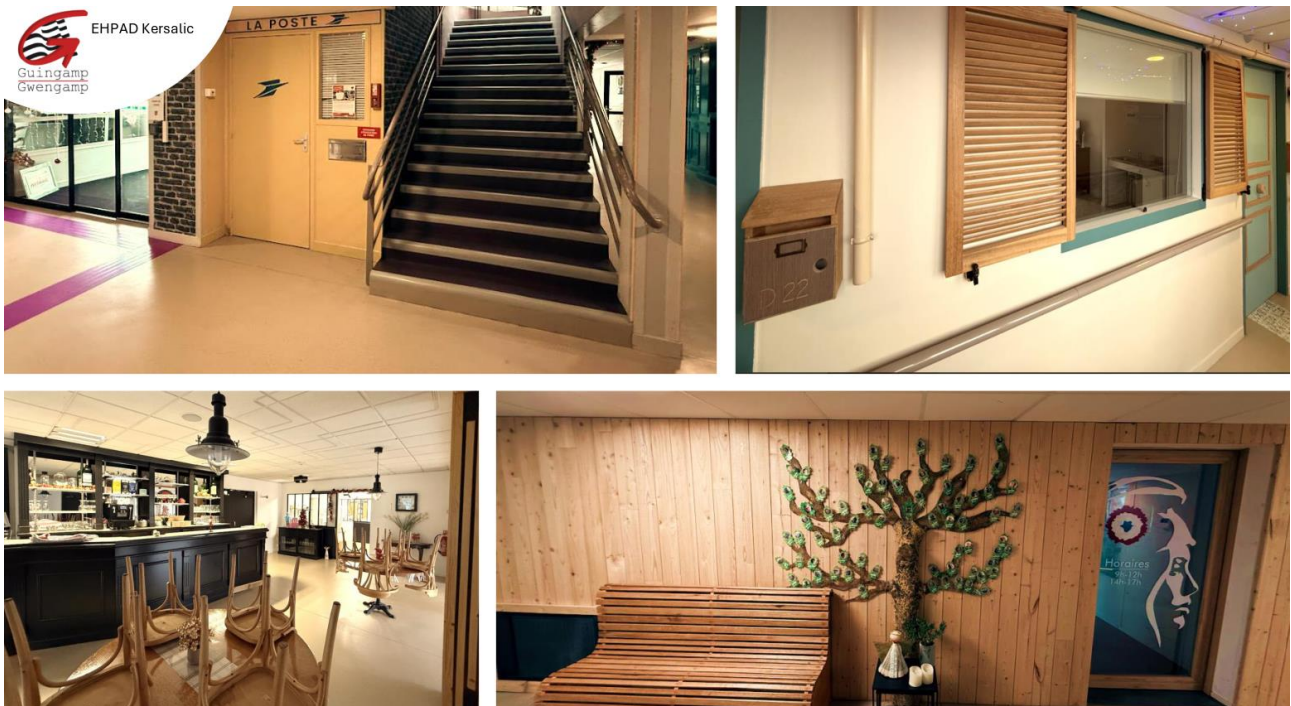
1. Conception architecturale adaptée et création d'un lieu de vie stimulant et convivial

Plusieurs points de convergence sont à noter, autant à travers des témoignages des citoyens recueillis (cf focus groupes), que des lectures des rapports produits et des propositions des professionnels :

- L'ouverture des EHPAD sur leur environnement à travers la mise à disposition d'espaces partagés avec les habitants du bourg, espaces intégrant des services partagés (cf infra)
- Intégrer pleinement la démarche domiciliaire au sein des structures : le logement mis à disposition (et non la chambre) doit être autre chose qu'un espace de nuit et donc augmenter la surface privative. (voir sur ce point particulier les travaux d'AMO de Thierry JEGO)
- Privilégier des unités de vie de faible capacité pouvant fonctionner de façon autonome et différenciées (idée de construire un « village » de petites unités, modularité à prévoir sur certaines unités pour accueillir des couples.
- Partager des espaces extérieurs afin de favoriser le lien social.

Les photos suivantes sont des illustrations de ces principes

Exemple de services intérieurs ouverts à la population locale : point poste, maison France service, café associatif

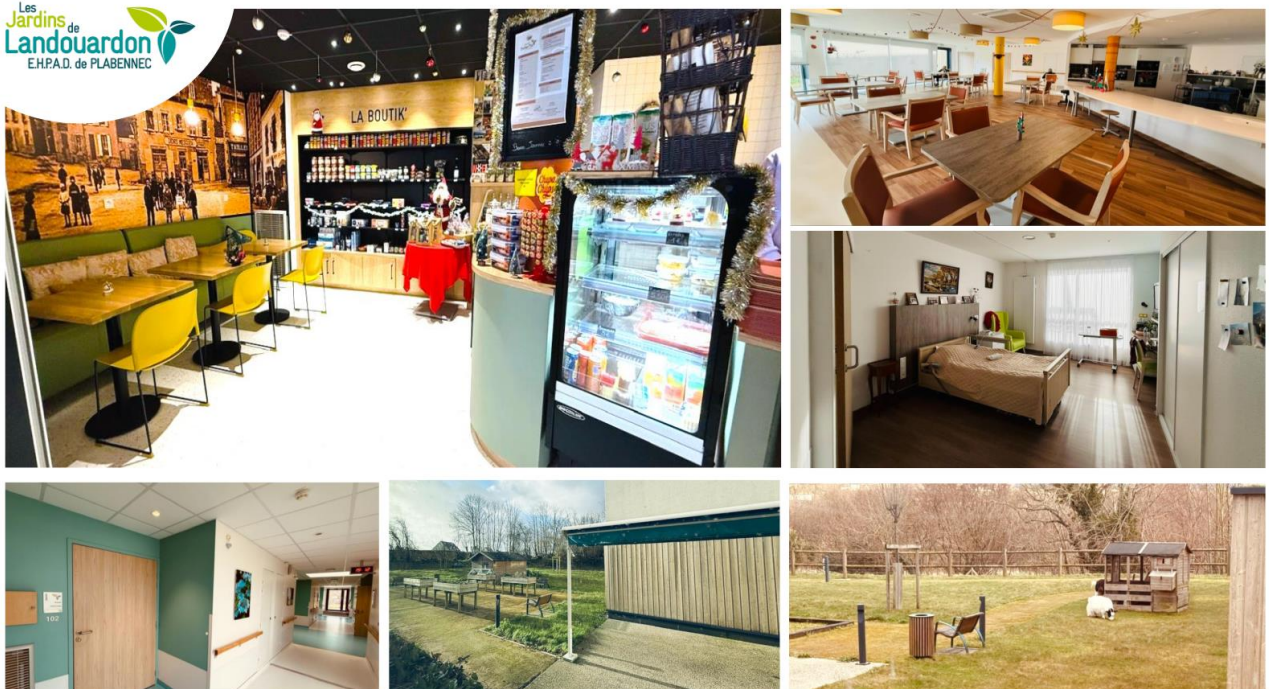


Exemple d'une structuration en petites unités distribuées autour d'une rue

Livré en 2021



Exemple d'un autre espace de type café/épicerie et vue extérieure d'espaces publics partagés.



L'exemple du Village Landais Alzheimer (VLA) à DAX.

Le projet de VLA a été lancé en 2013 par Henri Emmanuelli. Il a accueilli les premiers villageois en 2020, après 2 ans de travaux. Ce projet accueillant 120 personnes a pour objet d'accueillir des patients Alzheimer de tout âge et de maintenir leur autonomie fonctionnelle dans un environnement proche de la maison, tout en étant sécurisé.

Le VLA est construit autour d'une bastide de type landais, ouverte sur l'extérieur (centre de santé, coiffeur, brasserie, auditorium et médiathèque) et de 4 quartiers d'habitation, chacun constitué de 4 maisons. Le tout est construit sur 5 hectares et a été imaginé par un consortium d'architectes landais

(Champagnat et Grégoire) et danois (Nord Architects). Les chambres (avec sanitaires) sont toutes entre 21 et 22 m².

Sous forme de GIP jusqu'en 2023, modification statutaire pour simplifier la gestion du personnel (harmonisation vers FPT) : un centre départemental d'action sociale des Landes porte depuis le 01/01/2024 l'autorisation médico-sociale. C'est un établissement public local, social et médico-social.

Les résidents habitent donc dans les maisons de 7 à 8 chambres disposant de pièces communes (salon, cuisine, salle à manger), permettant d'organiser la vie comme à la maison (avec participation des résidents à la préparation des repas par exemple).

Le projet d'accompagnement est personnalisé, individualisé et respecte le rythme de vie et les désirs de chacun.

131.5 ETP composent l'équipe salariée de la structure dont :

- Des professionnels médicaux (2.5 ETP) et paramédicaux. L'effectif médical de 2.5 ETP est réparti entre un médecin psychogériatrie et 2 généralistes désignés médecins traitants des résidents. **Le Centre de Santé, sur site et également ouvert à la population de Dax est porté par la mutualité et permet l'accès à des soins de dentistes, d'ORL, d'audioprothésistes...**
- Des animateurs. Outre la prise en charge directe d'activités, **le rôle des animateurs est d'organiser l'accueil, l'encadrement des bénévoles.** Les activités sont très diverses, culturelles, sportives, ouvertes pour certaines sur l'extérieur (noter qu'il n'y a aucune distinction vestimentaire pour le personnel de l'établissement). Présence d'un jardin thérapeutique et d'ânes sur le site.
- Du personnel administratif
- Des personnes aux services généraux (entretien espaces verts assuré par ESAT)

Se rajoutent 70 bénévoles, issus d'associations de Dax ou anciens professionnels du secteur médico-social, encadrés et formés mais qui participent activement à la vie du village (ils tiennent l'épicerie, participent à la construction et au déroulement d'évènements etc...).

Plus en détail la CNSA a publié des fiches monographiques des expérimentations de tiers lieux retenues lors d'un appel à manifestation (cf document complet en Annexe IV)

Peuvent être relevées les expérimentations suivantes au regard des projets lotois en cours :

- Bâtiment 84 à l'EHPAD public de Bracieux : reconstruction complète de l'EHPAD et mise à disposition des anciens locaux pour les habitants de la ville : lieu culturel, crèche, café solidaire, coworking, locaux associatifs, habitat inclusif. Modèle qui peut être inspirant sur les projets de Cajarc, Luzech, Salviac.
- Cuisine partagée des Grillons à l'EHPAD public d'Aix Les Bains avec l'objectif d'en faire un lieu ouvert ou public, sous le principe d'une cuisine pédagogique ouverte au public.
- EHPAD Bellevue à Saint Denis de Gastines : ouverture d'un espace d'animation ouvert à la population du village.
Ces deux derniers exemples semblent être duplicables facilement.
- Le jardin des générations dans l'EHPAD associatif La Mesnie à Saint pierre sur Dives, jardin de 350m² aménagé PMR et ouvert aux habitants : modèle d'aménagement extérieur plébiscité dans les focus groupes.

- EHPAd associatif de Segonzac, situé à 3KM du centre bourg, création d'un tiers lieux multiservices : MAM, espace de travail collaboratif, logements en location.

1. Intégration des enjeux environnementaux et climatiques

Extrait du rapport commission des affaires sociales, Sénat-Septembre 2024, sous la présidence de M. Philippe MOUILLER :

« Le changement climatique crée un risque sanitaire pour le public fragile des EHPAD. Les personnes âgées sont plus sujettes à l'hyperthermie et connaissent une surmortalité lors des vagues de chaleur. En dépit des mesures issues de la canicule de 2003, au-delà de 7 jours de vague de chaleur, la surmortalité des résidents en EHPAD est multipliée par 4,5. Un grand plan de rénovation thermique des bâtiments doit donc être engagé, financé par une extension du fonds vert et soutenu par la création d'une foncière nationale. ».

Dans le questionnaire auprès des structures lotoises, pour 63% des répondants le bâtiment n'est pas adapté au réchauffement climatique : en dehors de pièces communes climatisées (respect de la réglementation), nombreuses situations de chambres non climatisées dans des bâtiments vétustes où les menuiseries sont à reprendre

Cet enjeu dépasse donc les capacités de financement d'un seul opérateur et nécessite une mobilisation plus large

E) Durabilité et financement

1. Modèles économiques innovants et lisibilité des dispositifs:

- **Sur le sujet de la médicalisation attendue dans les EHPAD**, deux types de mesures pourraient être explorées de façon complémentaire :
 - La mobilisation des crédits ARS venant des places d'EHPAD non installées pour les attribuer à des EHPAD qui s'engageraient sur un accueil plus spécialisé de personnes avec pathologies chroniques lourdes ou de personnes avec troubles cognitifs avancés. Ces crédits ne viendraient pas alimenter de nouvelles places mais abonderaient un complément de moyens sur le soin.
 - La dépense correspondante serait fléchée sur un complément de rémunération pour des infirmières en pratique avancée (IPA). En effet dans les 5 domaines d'intervention de l'IPA prévus par les textes figurent le suivi des maladies chroniques stabilisées et la prise en charge en psychiatrie et en santé mentale. Cela correspond bien aux problématiques pouvant être rencontrées en EHPAD.
L'IPA suit alors des patients qui lui ont été confiés par un médecin avec son accord et celui du patient. Il exerce, sur la base d'un protocole d'organisation, des actes de dépistage, de prévention, de prescription d'examen complémentaires, de renouvellement et/ou adaptation de traitements médicamenteux.
Cette expérimentation (à répartir sur l'ensemble du territoire lotois) permettrait de répondre à un besoin d'accompagnement en soins qui ne cesse d'augmenter (et à une démographie médicale défavorable). Il permettrait également de rendre plus incitatif l'exercice d'IPA.

- **Sur le sujet des appartements trempins :**

Ce dispositif pensé par des acteurs extérieurs (Groupe Gambetta réunissant des professionnels du soin) sur le modèle développé à KERPAPE dans le Morbihan a été repris dans le schéma autonomie (2022 -2026)comme un des axes d'innovation. La fonction essentielle est celle de mettre en situation une personne en perte d'autonomie dans un logement adapté afin de tester sa réelle capacité à se maintenir chez elle, sous conditions d'adapter son logement. De façon secondaire ce logement peut être un « logement témoin » des adaptations possibles au regard des avancées technologiques mobilisables, et lieu de formation pour les intervenants au domicile, tout comme les artisans. Faute de porteurs et d'un modèle économique ce dispositif n'a pas été mis en place. L'orientation portée aujourd'hui par le CRF de Montfaucon pourrait s'en rapprocher.

- **Sur le sujet de la transition écologique :**

Depuis 2021, la CNSA a financé plus de 165 postes de conseillers et coordinateurs en transition énergétique et écologique (CTEES). Ces professionnels interviennent aujourd'hui auprès de 5 000 structures sanitaires et médico-sociales, réalisant des audits, initiant des plans d'action et développant des outils pour réduire la consommation énergétique et améliorer la qualité de l'air.

L'instruction de Novembre 2025 permet l'attribution de 49 M€ de crédits non reconductibles pour accompagner la transition écologique des EHPAD. Ils financeront en priorité des projets d'investissement identifiés par les CTEES dont la mise en œuvre est possible à court terme. Il s'agit de pouvoir adapter les établissements aux impacts climatiques, notamment lors des vagues de chaleur, et ainsi d'apporter des améliorations concrètes et rapides pour le confort des résidents mais également des professionnels.

2. Financement public et privé, partenariats pour le sujet investissements

Concernant les EHPAD plusieurs ressources sont en général mobilisées :

- l'ARS pour les subventions CNSA qui transitent par les ARS et qui financent en général les extensions, et les améliorations de l'offre,
- la banque des territoires pour la partie emprunt , avec le CD en garantie
- les fonds propres

Se posent les questions de nouvelles mobilisations compte tenu de l'ampleur des besoins identifiés : le CD en subventions (en capital ou en annuités), la préfecture pour la partie DETR ? la région ? et les fonds européens ?

Des pistes pourraient être explorées :

- Appel à des foncières permettant un apport de financement : Par exemple ,Énéal est la foncière médico-sociale du groupe Action Logement. L'entreprise a pour mission de contribuer à la restructuration d'établissements médico-sociaux permettant de proposer une offre de logements adaptés et abordables pour les seniors, sur l'ensemble du territoire national. Reconnue d'utilité sociale, Énéal travaille avec les propriétaires et gestionnaires du secteur non-lucratif et propose un habitat adapté pour les seniors aux revenus modestes.
- Liens avec le crédit agricole qui par le biais de sa filiale santé et territoires souhaite accompagner le département dans l'évolution de son offre en lien avec le vieillissement.

Les RA ont quant à elles exprimé le rôle central de l'aide financière apportée par la CARSAT et l'AGIRC-ARRCO ,

CHAPITRE IV - CONCLUSIONS / Perspectives et recommandations

1. Perspectives opérationnelles pour le Lot :

Les principales conclusions des chapitres précédents sont les suivantes :

Les besoins en places d'EHPAD sont une réalité pour les années futures, notamment sur le Sud du Lot moins doté. Mais les enjeux démographiques sont tels qu'il est nécessaire d'embarquer tous les acteurs et agir en amélioration de l'existant partout où des dynamiques s'expriment (la démarche mise en œuvre témoigne de cette richesse d'actions sur notre territoire tant dans les champs médico-sociaux, sanitaires que dans la sphère sociale)

L'approche domiciliaire reste également une priorité et doit même être entendue comme des améliorations à porter dans le champ des structures EHPAD et RA. Les changements structurels attendus concernant également les sujets du logement, d'aménagement du territoire, de la mobilité, d'accès aux services (dont services de santé) et de renforcement des politiques de prévention.

Certaines « fenêtres » sont favorables » à des évolutions rapides :

En termes d'évolution de l'offre six points essentiels :

- 1) 70 places sont « gelées » financièrement au sein de l'ARS et peuvent donc être potentiellement redéployées.
- 2) Le dispositif de CRT en cours de déploiement sur le LOT est une opportunité à saisir
Créés en 2022 et progressivement déployés au sein du territoire, les centres de ressources territoriaux (CRT) permettent de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées le plus longtemps possible par la mise en place d'un accompagnement renforcé et mieux coordonné à domicile. Le CRT doit également faciliter la mutualisation des ressources d'un territoire au service des acteurs impliqués dans l'accompagnement des personnes âgées. Une autorisation supplémentaire est prévue pour le SUD du LOT
- 3) La structure médico-sociale de l'IJA installée à Begoux, en difficultés, pourrait soutenir la création d'une structure pilote construite sur les exemples promus dans les chapitres précédents.

Après travail sur l'usage (AMU en lien avec les usagers à faire), il pourrait être donc proposé la création d' « un EHPAD de demain » d'une quarantaine de places (40) dont des solutions alternatives d'accueil, accueil temporaire, accueil de jour, accueil de nuit. Dans son fonctionnement l'EHPAD serait largement ouvert sur l'extérieur, avec intégration de services à la population locale.

Cet EHPAD doit également avoir un apport spécifique dans une offre coordonnée du bassin de vie

Adossé à cette structure le CRT contribuerait, à partir des ressources mobilisables, de renforcer les actions portées par les acteurs du domicile(périmètre du CRT à élargir aux autres EHPAD de Cahors et de Pradines ?) :

- En ouvrant une unité de télé-médecine et de télé-expertise , autant pour les résidents que pour la population

- En étant capable d'apporter une réponse dans la prise en charge de nuit, et sur des solutions de répit
- En étant étroitement adossé à l'expertise médicale de gériatrie du CH de Cahors

Pour assurer cette transversalité complète, le portage de cette structure pourrait se traduire dans la gouvernance de cette structure en envisageant un GCSMS entre SAD / CH de Cahors/ Collectif des EHPAD de proximité. Un des objectifs est de permettre des réponses plus facilitées pour des choix de vie qui peuvent aussi s'exprimer sur des allers/retours entre domicile et structures d'hébergement et plus largement des connexions plus pérennes pour les citoyens âgés avec leur environnement social.

Sur cette structure ou sur un autre EHPAD du département il serait intéressant d'expérimenter à la fois la présence de France Services et l'intégration de France Santé...

- 4) Expérimenter des places en EHPAD avec une médicalisation accrue : l'enveloppe départementale de places disponibles ARS pourrait permettre une redistribution de crédits, non pour une création nette de places, mais **pour une médicalisation accrue**.

Cela pourrait aussi permettre de spécialiser deux types de réponse :

- L'EHPAD répondant à des accueils de patients avec plusieurs maladies chroniques lourdes et invalidantes
- L'EHPAD accueillant des patients avec troubles cognitifs importants.

Cette expérimentation pourrait se construire sur la base du financement de temps d'IPA, dans une perspective ultérieure de voir évoluer le financement forfaitaire actuel des IPA jugé insuffisant, en lien donc avec des médecins référents de proximité.

Cette ressource médicale et paramédicale supplémentaire serait idéalement formée en gérontologie.

Sur la base d'une enveloppe disponible de 480 000€ (30 places x 16000 euros/place), cela pourrait permettre d'asseoir un renforcement de la médicalisation, sous forme d'une dizaine d'équipes IDE/IPA, médecins généralistes, après AAP et pour l'ensemble du territoire. Cette rémunération plus attractive devrait faciliter le recrutement, d'autant plus si le dispositif est adossé à un réseau d'acteurs identifié.

- 5) Poursuivre le projet d'appartement tremplins tel qu'inscrit dans le schéma autonomie 2022/26 :

Le modèle économique et l'investissement initial sont les principaux freins à l'émergence d'un tel projet.

Le dispositif présenté par Montfaucon qui appuie son fonctionnement sur des tiroirs de financements existants mériterait que soit poussée une étude de faisabilité.

- 6) Accompagner le projet APEAI/ADAR/CH de Figeac, au titre d'une expérimentation permettant d'instaurer autour d'une personne et d'une famille, un référent et une équipe pluriprofessionnelle (autoorganisée modèle Buurtzorg). Cette équipe intervient quel que soit le lieu d'habitation : domicile ou EHPAD , et accompagne la personne lors d'épisodes d'hospitalisation ;

Idéalement au travers de l'ensemble de ces dispositifs relèvent également et surtout d'un changement structurel de la place de certains EHPAD dans leurs écosystèmes. L'EHPAD devient alors une structure identifiée auprès de laquelle, outre l'accueil et les services qui lui sont propres, le citoyen trouvera, via le CRT adossé, un panel de réponses, basée sur des prestations fournies par différents opérateurs, concernant l'accès aux soins, à la vie sociale et à l'hébergement.

Cela renvoie à la nécessité de partenariats très forts entre les différents opérateurs, sanitaires, médico-sociaux, sociaux et de droit commun, avec le double sujet de la proximité et le souci d'éviter des zones blanches pour l'ensemble du territoire lotois.

Des zones de regroupement et de mutualisation doivent donc s'organiser autour de certaines de ces structures identifiées.

Nous verrons infra le rôle des services du CD dans le rôle d'animateur de cet écosystème.

2. Politiques publiques à renforcer ou à instaurer

L'évolution démographique de notre département porte plusieurs enjeux au-delà de l'évolution de l'offre médico-sociale :

- A. Contribuer à conforter une cohésion sociale : deux risques sont à considérer en priorité :
- Celui d'un conflit intergénérationnel : il s'agit de ne pas opposer les investissements et dépenses en faveur de la jeunesse et ceux en faveur de personnes âgées. Il s'agit également de corriger des images qui pourraient être véhiculées sur « un poids pour la société » de la vieillesse. Il s'agit enfin de mieux prendre en compte les apports des personnes âgées dans les économies solidaires de territoire.
 - Celui d'une société qui par les réseaux sociaux percutent les liens directs et renforce l'isolement des citoyens, quels que soient les âges d'ailleurs, phénomène renforcé par l'utilisation massive des réseaux sociaux, y compris par les seniors.

Une des réponses peut être le soutien au secteur associatif culturel et sportif, en lien avec les EHPAD et les RA.

Les musées, l'artothèque et la bibliothèque départementale sont déjà mobilisés pour permettre à toutes et tous les habitants, et notamment à celles et ceux qui sont les plus isolés, de se rencontrer. Trois guides permettent, depuis un an, de présenter l'ensemble de l'offre départementale culturelle et patrimoniale (y compris archéologie, archives et patrimoine naturel) dédiée d'une part à l'enfance et à la jeunesse, d'autre part, aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap

Pour autant il s'agirait d'inciter et de bonifier l'intervention d'associations locales en lien avec les EHPAD et les RA, par le biais de crédits CFPPA. Les crédits CFPPA servirait également à des temps de coordination et de professionnalisation pour des bénévoles qui viendraient intra-muros porter des animations.

En lien avec le sujet de la justice sociale, les entretiens réalisés témoignent d'une demande d'accompagnement et d'information sur les conditions de financement du reste à charge ainsi que les contours d'une stratégie successorale et fiscale optimisée. Les dispositifs sont complexes et toutes les familles n'ont pas le même accès à une information de qualité (ex droit à exonération de la taxe d'habitation sur la résidence principale qui semble être payée à tort par des résidents étant rentrés en EHPAD), y compris sur la lisibilité de l'offre et le choix des possibles pour son parent âgé.

Le guide des aidants est une avancée notable mais ne peut rester la seule réponse. Il apporte la première information nécessaire mais il est également important de réfléchir sur le sens et la place que l'on veut donner au principe d'autodétermination, qui serait ici le droit pour la personne d'avoir la capacité et les moyens de choisir son projet de vie.

B. La politique du logement

Deux sujets apparaissent prioritaires :

- **Celui de la rénovation des EHPAD et des RA**, en s'appuyant fortement sur les orientations du rapport BROUSSY/GUEDJ, précité (l'EHPAD du futur commence aujourd'hui et cf supra volet patrimonial) . Cela concernerait les opérations nouvelles de

reconstruction, mais également des projets de moins grande envergure sur l'ensemble du territoire. Toute opération nouvelle devrait également intégrer le volet d'adaptation au changement climatique. Ce sujet emporte celui du financement et de la capitalisation sur les bonnes pratiques.

Concernant le financement, outre les sources classiques d'aide au financement (CNSA, via ARS, emprunts banque des territoires, garanties d'emprunt CD, autofinancement), il pourrait être envisagé le recours à des foncières spécialisées type ENEAL (cf supra) et solliciter des aides ETAT via la DETR.

Plus à la marge, le crédit agricole a ciblé le territoire lotois dans les perspectives de déploiement des actions portées par sa filiale Crédit Agricole Santé et Territoires dont l'objectif est d'accompagner l'adaptation de la société au vieillissement. Leur souhait est d'accompagner des solutions initiées sur la base de diagnostics partagés notamment avec le CD.

En parallèle, il conviendrait d'animer, en lien avec l'ARS et l'UDEPA une instance départementale qui permette des échanges sur les bonnes pratiques et plus spécifiquement pour les structures en cours de rénovation, reconstruction des partages d'expériences et des concertations avec les usagers.

- **Celui de l'adaptation du logement privé**, autant pour les propriétaires que pour les locataires, notamment ceux sur le volet logement social

C. La politique d'aménagement du territoire

Il y a sur ce sujet et celui du logement, la première question **de la transition résidentielle**, qui concernerait à accompagner les élus à une meilleure prise en compte du vieillissement de leur population. L'expérience de l'association Habit'âge qui propose des ateliers collectifs pour accompagner des personnes retraitées à penser leur habitat de demain. <https://www.habitage-asso.fr/accompagnement/accompagner-les-retrait%C3%A9s/> est intéressante

Habit'âge propose un transfert de son savoir-faire sur l'organisation d'ateliers de trois jours, réunissant habitants du village et élus pour penser la réponse aux besoins du vieillissement. Cela pourrait constituer une opportunité d'évolution de nos pratiques d'animation des politiques vers les seniors et d'accompagnement des élus soit par l'intermédiaire de nos EPA, soit lors des accompagnements en ingénierie de projets du SDAIL..

Plus globalement des questionnements sur l'impact de nos politiques sur les déterminants de santé sont désormais mis en œuvre, l'impulsion est réelle et méritera d'être accompagnée par les niveaux stratégiques.

D. La politique de prévention et promotion de la santé

Depuis plusieurs années le Département plaide et œuvre pour une coordination renforcée autour de la prévention, laquelle trouve une traduction opérationnelle dans le fonctionnement de la commission des financeurs.

L'outillage porté par ICOPE et OGENIE doit être conforté, notamment par nos services dans leurs relations avec les personnes seniors et les partenaires.

Ainsi l'exemple du CD du Loir et Cher qui a sensibilisé les gardiens d'immeuble des bailleurs sociaux, afin de les sensibiliser au repérage des personnes en fragilité (handicap et perte d'autonomie), ceci dans le cadre du SPDA, ce qui permet aussi une plus grande coordination

si interventions nécessaires. Ce sujet des bailleurs sociaux permet de faire une focale sur les personnes vieillissantes en situation de précarité

E. Agir sur les tensions en personnel

Nous avons constaté que la structure populationnelle serait défavorable dans le sens où le nombre 'actifs serait en proportion moindre, alors même que les métiers en lien avec le vieillissement de la population sont des métiers de proximité.

Le constat est fait au niveau national mais l'acuité du sujet reste en deçà de ce que nous connaissons dans le LOT. Le 24 novembre, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et France Travail ont ainsi signé une convention de coopération renforcée au service des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Cette collaboration vise à renforcer l'attractivité, la formation et l'emploi dans les métiers de l'autonomie et s'appuiera en territoire sur la plateforme des métiers de l'autonomie ENSEM qu'il conviendra donc de conforter.

Au-delà il faudrait certainement engager des démarches pro-actives de recrutement, en particulier sur les métiers d'accompagnement à domicile, en démarchant par exemple sur des zones géographiques moins soumises à tension et dans lesquelles les conditions d'emploi peuvent ne pas être meilleures (ex : couronnes des grandes villes, avec temps de transports élevés, logements difficiles, insécurité...etc)

3. Implication des usagers et de la société civile

Le rapport précité de l'institut de santé ; « le pari de l'autonomie sur la dépendance » évoque six composantes qu'il est intéressant de reprendre :

« • Un enjeu d'éducation et de sensibilisation sur le vieillissement dès l'école et tout au long de la vie ;

- Un renforcement des actions du bien vieillir à partir de 50 ans ;
- Un plan ciblé sur les plus fragiles au moment de la retraite ;
- Un financement sous forme assurantielle publique (dominante) et privée (supplémentaire) ;
- Une prise en charge systémique et obligatoire centrée sur la dignité de la personne quel que soit son niveau de dépendance, dans tous les plans d'aides ;
- Une représentation active et renforcée des personnes âgées dans les instances de régulation du système, dont la CNSA et les Conseils départementaux.

Malgré le vieillissement accéléré de la population, la prise de conscience collective du risque perte d'autonomie reste assez faible en France. L'enquête du Cercle Vulnérabilités et Sociétés est édifiante sur ce point. 72% des Français ne se sentent pas concernés par ce risque et la même proportion n'a pas pris d'initiative pour l'anticiper. Cette part monte à 80% pour les plus de 50% selon cette enquête, réalisée en mai 2025. Cette situation est incompatible avec une protection sociale efficace et inclusive sur un risque dont la montée en puissance est inexorable à court et moyen terme. Le pari de l'autonomie sur la dépendance implique un engagement du citoyen dans la gestion du risque.... »

Le département doit rester le chef de file opérationnel du système, au titre d'une double légitimité : celle d'être gouverné démocratiquement, celle d'intervenir sur l'ensemble de réponses possibles au travers de toutes ses compétences.

L'objectif principal est de garantir que toute demande trouve une réponse adéquate, accessible et de la meilleure qualité possible. En tant qu'opérateur du service public départemental de l'autonomie, avec un appui des CCAS et des CIAS pour le public le plus fragile, les services de la DSD peuvent garantir la capacité du « système » à agir en proximité pour tout public et pour

tout besoin. Cela nécessitera de porter des ambitions fortes autour du SPDA, au-delà de missions actuellement remplies dans les MSD et les EPA et d'engager des évolutions du travail social afin de promouvoir la philosophie du référent de parcours (de la personne et de l'aidant) en y intégrant des missions de « care manager » et de visions à 360° autour des besoins de la personne.

Cela modifiera certainement la posture du travailleur social, moins dans le cadre du sachant, plus dans le cadre du facilitateur de parcours (avec les principes de co-construction et d'anticipation à promouvoir). L'autodétermination que nous avons prônée a également pour corollaire l'autonomie du travailleur social auprès de la personne accompagnée et de ses proches.

Cela renvoie enfin à l'accessibilité pour lui aux informations utiles pour accompagner et orienter, au plus près de l'offre de proximité existante. IL y a donc en « back office », les missions d'un animateur de territoire à la fois là pour connaître et mobiliser les ressources territoriales et apporter de la connaissance au moment des diagnostics territoriaux qui président aux travaux programmatifs. Les cadres de la collectivité en proximité devraient pleinement investir ces missions.

Le schéma départemental de l'autonomie, qu'il conviendra de reconduire en partenariat avec l'ARS, actualisera les besoins et permettra de construire le parcours des personnes âgées, notamment dépendantes, au cours du temps. Tout comme la convention tripartite CNSA/ARS/CD et la mise en œuvre du SPDA, ces exercices « obligatoires » constituent de réelles opportunités de s'engager dans une évolution de l'offre et de nos pratiques.

Ces trois outils pourraient également être support **d'un cadre volontariste favorable à l'innovation** :

- Innovation introduite dans le schéma et faisant ensuite objet d'appel à projets et/ou appels à manifestation d'intérêt. : ces démarches pourraient être coconstruites avec les acteurs et/ou faire l'objet de design de services.
Le rôle du Conseil Départemental serait alors d'animer, évaluer, faire essaimer les bonnes pratiques au sein d'un COPIL départemental de type « Living Lab » (collectivités, associations, start-ups, universités, usagers, institutions, opérateurs) avec comme cela a été mis en place pour le suivi du Schéma autonomie, une animation infra-territoriale, au plus près des dynamiques existantes.
- Se pose rapidement la question du financement de l'innovation. Il est certain qu'une enveloppe dédiée et fléchée au sein de notre budget serait un facteur favorisant. Cela ne veut pas dire pour autant que c'est un budget supplémentaire, car cela peut être issu de financements déjà octroyés, au sein de nos différentes politiques mais mis dans un « pot commun » au titre de dispositifs innovants en direction des populations seniors du LOT, au motif d'un accompagnement financier différent car plus transversal. Même modique cette enveloppe permettrait la lisibilité d'une volonté politique d'innovation, en positionnant le rôle du département dans une fonction d'amorçage, puis soutien à l'expérimentation avant bascule sur le droit commun si impact positif de l'expérimentation.
- Les ressources internes mobilisées (sur base transversale) doivent également apporter une aide à l'ingénierie (à l'instar du modèle SDAIL) et animer une veille sur les financements externes mobilisables.
- Le levier des CPOM avec les structures pourra être le vecteur à cet essaimage de l'innovation.

A titre d'épilogue, de ce travail j'en tire trois points essentiels :

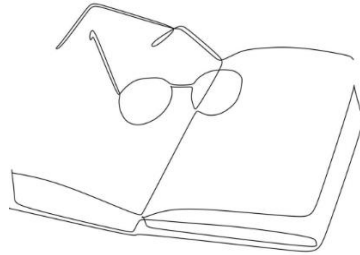
- Face à notre enjeu démographique spécifique, notre géographie et notre écosystème, la politique nationale de la branche autonomie constituera le premier socle de réponses mais restera insuffisante. Il y a urgence que nous nous engagions dans des réponses de proximité, en nous appuyant sur les dynamiques territoriales dont la capacité réelle des acteurs à coopérer. Le département offre une échelle pertinente et notre institution peut être reconnue dans un rôle de leadership.
- Le sujet du vieillissement croise beaucoup celui du vivre ensemble : conflit intergénérationnel, intégration des néo-ruraux et des populations autochtones, fragmentation de certaines populations de par le non recours et/ou l'inaccessibilité aux services, ou encore la précarité. Le risque d'un repli sur soi est donc réel et amplifié par l'âge de notre population. Au-delà de la représentation démocratique, une participation citoyenne, cadrée d'un point de vue méthodologique, et mobilisée dans l'élaboration des réponses, peut être une voie pour aller vers une société plus inclusive.
- Cette participation citoyenne renvoie alors au pouvoir d'agir des uns et des autres. Le sujet du vieillissement peut être alors un objectif managérial pour nos services, en rebondissant sur la transversalité et la systémie. Cela interroge également le contenu du travail social en renforçant les capacités de décision des publics accompagnés (et donc l'autonomie des accompagnants).

En vous remerciant pour votre lecture attentive, et en vous souhaitant de belles avancées !

Laurence Alidor
19/12/2025

L'EHPAD DE DEMAIN

Enjeux et défis du vieillissement pour le territoire du LOT



Annexes



Annexe 1 : Liste des personnes auditionnées

Annexe 2 : Retour sur les questionnaires structures

Annexe 3 : Synthèse des focus groupes et verbatims par établissement

Annexe 4 : Fiches monographiques CNSA

Annexe 5 : Résumé des assises du social : Et si vieillir devenait une aventure ?

Annexe 6 : Proposition de plaidoyer

ANNEXE I : Liste des personnes auditionnées et questionnées

On ne peut penser « l'EHPAD de demain » que dans un dialogue constant et une complémentarité avec les ressources et besoins du territoire, ainsi une très grande place a été laissée aux entretiens et aux rencontres avec les opérateurs, en particulier médico-sociaux et sanitaires, merci à eux d'avoir répondu favorablement à mes invitations.

1) Pour les INSTITUTIONS :

Pour le CD : M.Rigal,Président,
Me Maury, Vice-Présidente en charge des PA et des PH
Me Ginestet, première vice-Présidente
Et séance en **bureau le 24 Novembre 2025**

Pour l'ARS : Quentin Delacour, directeur départemental, Maguelone Le Roy, directrice adjointe
Docteur Stéphanie Poumeaud

Pour la CNSA : Yannick UNG, Responsable du Laboratoire des Solutions de Demain

2) Pour les OPERATEURS lotois:

APEAI ADAR, M.Gesnouin, directeur

CH de Cahors : Me Sonia NEURRISSE, directrice et docteur DOMBROWSKI, gériatre

CH de Figeac : Me Florence GRELLET, directrice

CH de Gourdon, docteur HUSTACHE, gériatre et Me VANONI, directrice des soins

CRT de Gourdon, Maï PELLETIER, infirmière coordinatrice

SMR et EHPAD de MONTFAUCON : M.Majorel, président et Me Ribes, directrice

ICM , M Franck.ANTETOMASO, directeur général adjoint

Exploitation d'un questionnaire envoyé à l'ensemble des EHPAD, RA, SSIAD et SAAD. : 75 envoyés, 43 retours

UDEPA : réunion du collectif le 6 décembre 2025

LAD pour le secteur SAAD : M.Arnaud BOUE, directeur

ENSEM pour le volet attractivité des métiers : Christine Louis et Kathy Labarrière

URPS médecin et vice- président CPTS nord du LOT : docteur Darreye

URPS infirmier et CPTS sud du LOT : Xavier Caloin

3) EXPERTS autres :

Renaud Epstein ,directeur adjoint de Sciences Po Saint-Germain-en-Laye et professeur de sociologie

Me Gaélique JOS au titre de son expertise d'art-thérapeute

Thierry JEGO

Anton Paumelle : le vieillissement de la population : un renouveau pour les bourgs ruraux français, Thèse EHESS 2024 et conférence du 15/11/2025

Journée nationale du 2 octobre de la CNSA : « Transformation de l'offre médico-sociale pour le soutien à l'autonomie : quelles lignes directrices pour sa généralisation ? »

4) Pour les **USAGERS**

Des focus groupes en structures d'hébergement ont été mis en œuvre et les assises organisées par le CD sur le thème du bien vieillir ont été prises en compte (merci à Patricia pour son aide)

Concernant les focus groupes, 70 personnes entendues :

- EHPAD les Pradels à Assier (11): Valentine, Monique, Marie, Hélène, Yvonne, Roger, Dominique, Catherine, Christian , Josianne et Jean-Louis
- EHPAD et RA du Baillot à Souillac(9) : Patrick, Geneviève, Françoise, Colette, Josette, Christine, Nicole, Marie-José, Myriam
- MARPA de Lauzes (11°): Ginette, Irène , Marguerite, Guy, Marie-Rose, Jacqueline, Nicole, Jeannine, Hervé, Marianne et Ginette
- EHPAD et RA de Prayssac (11): Paul, Françoise, Pierre, Monique, Michèle, Lucienne, Christian, Michèle et Maurice DARNIS*, ainsi qu'au deux animatrices
- EHPAD de Cajarc (17) : Odette, Juliette, Christiane, Liliane, Paule, Nathalie, Madeleine, Agnè, Guy, Marcel, Huguette, Jeannine, Colette, Jeanne, Georgette, Antoinette, Monique
- EPA de GLANES (10): Daniel, Henriette, Pierrette, Germaine, Jean-Luc, Christian, Alexia, Lousia, François-Xavier et Marie- France

ANNEXE II

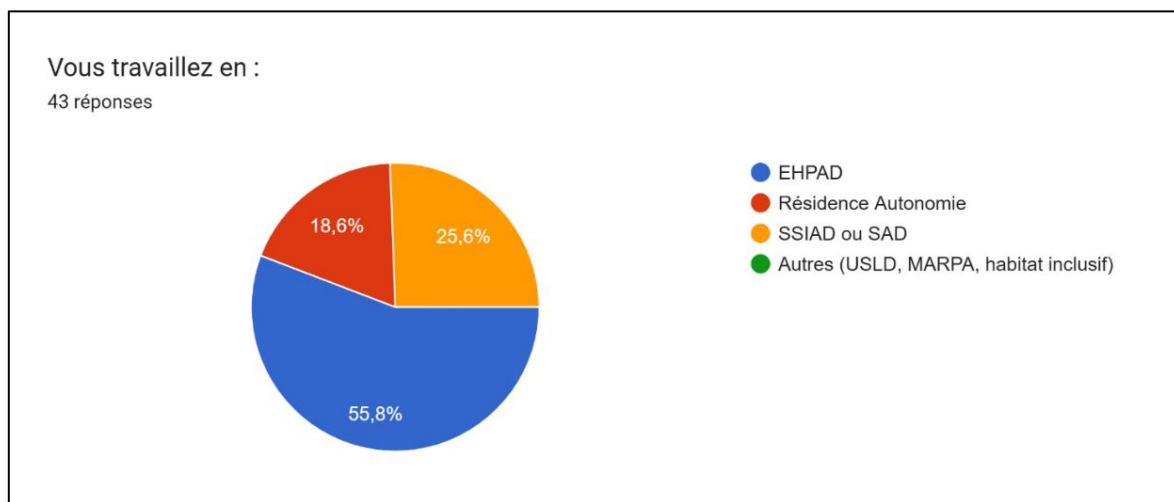
Questionnaire auprès des structures médico-sociales prenant en charge les personnes âgées

RESUME DES REPONSES FOURNIES

Dans le cadre de la mission « EHPAD de demain » un questionnaire a été transmis à 75 opérateurs, structures de prises en charge des personnes âgées, des services d'accompagnement et services de soins infirmiers à domicile, aux structures d'hébergement.

Les répondants au questionnaire : 24 EHPAD, 8 RA et 11 SSIAD ET SAAD, soit un taux de réponse global de 58% qui peut être jugé plutôt très satisfaisant.

La présente note en fait un résumé commenté. L'intégralité du questionnaire est également joint.



VOLET 1 - QUALITE DE VIE ET SERVICES

Ce chapitre a pour objectif d'entendre les structures sur leur appréciation de la qualité du service rendu et leurs perspectives de progression.

Sur une échelle de 1 à 5, **les répondants jugent à 82 % que la qualité de vie des personnes accompagnées est importante (Niveaux 4 et 5), mais les activités proposées ne répondent que pour 59% aux attentes et besoins des personnes accompagnées.**

La première interprétation sur le niveau élevé de qualité servie est certainement à mettre en relation avec la capacité du secteur à mobiliser fortement les ressources et l'investissement du

personnel autour des besoins de la personne, dans une perspective d'assurer le maximum de bien-être.

Le décalage avec de nouvelles attentes et besoins est également explicité dans les réponses suivantes du questionnaire :

- Des profils plus dépendants, plus âgés rentrent en EHPAD : plus grande dépendance physique, plus de troubles cognitifs, gestion de fin de vie, accueil de personne en précarité dont précarité sociale, sujet des addictions. Le même constat est fait sur le maintien à domicile : « Le virage domiciliaire et les politiques volontaristes au sujet de l'accompagnement à domicile percutent les SAAD : technicité accrue des actes, morbidité croissante, vulnérabilité parfois plus présente du fait d'états de fragilité et de dépendance avancés, coordination renforcée avec les autres opérateurs du domicile (DAC, CRT, SSIAD & IDEL, ...), vieillissement des aidants, gestion plus complexe de certains cas neuro-dégénératifs, ... »
- 34 occurrences s'inscrivent dans des évolutions des réponses en répondant à la question : « Dans un avenir « idéal », quelles activités et services vous aimeriez proposer en plus ? » : en synthèse :
 - o Ouverture des structures sur l'extérieur, à la fois permettre aux personnes extérieures de venir dans les structures d'hébergement et augmenter les sorties des résidents dans le village.
Concernant les services ouverts à la population extérieure sont plébiscités les services de coiffure, restaurant, et soins de support (pédicure, sophrologie et diététicienne).
 - o Raisonner sur de l'alternance en termes de parcours : « La possibilité d'une alternance entre domicile et lieu collectif afin de répondre aux besoins des usagers ainsi qu'au besoin de répit des aidants. », ce qui rejoint des occurrences mettant les structures en responsabilité de répondre aux besoins des aidants (= hébergement de nuit, lieux de vacances, ...etc).
 - o Promouvoir de l'accompagnement plus personnalisé, notamment sur l'aide au maintien d'une autonomie physique plus importante (APA, kinés, ...).
 - o « Organisation des locaux pour accueil soins palliatifs et troubles psycho comportementaux » et soutien psy à renforcer. »

30% des répondants ont des perspectives d'évolution de leurs modalités d'accueil, en phase avec les besoins repérés, mais ceci est très souvent corrélé au manque de moyens financiers et humains mobilisables.

VOLET 2 - MODALITES DES PRISES EN CHARGE EN SOINS

La qualité des soins délivrés est jugée satisfaisante pour 77% des répondants.

Les pistes d'amélioration INTERNES souhaitées concernent très principalement le renforcement de l'effectif soins (médical et paramédical) pour permettre plus de temps passé auprès des résidents, l'éventuelle présence d'un médecin salarié (pour palier la difficulté d'accès au médecin traitant) et des formations pour renforcer les expertises sur la prévention, les actes techniques et la fin de vie.

EN EXTERNE, les expressions se rejoignent sur le fait de conforter et déployer les partenariats extérieurs (dont SSIAD et SAAD en EHPAD) et apparaissent des propositions visant à conserver des équipes autour de la personne tout au long de son parcours : « Par ailleurs, la conservation de mêmes intervenants (cabinet infirmiers et médecin traitant) est un facteur de réassurance très important pour les usagers et leurs aidants. ».

Un peu plus loin dans le questionnaire sur une échelle de 1 à 5 les relations partenariales sont notées en moyenne à 3,56.

Les liens avec la filière gériatriques sont décrits positifs et apparaissent de deux sortes :

- Les structures qui ont des liens étroits, conventionnés
- Les structures qui sollicitent la filière au cas par cas.

A la question : « Etes-vous favorables à l'intégration de nouvelles techniques (télémédecine, domotique, ...) et/ou de nouvelles expertises ? » .90% de réponses sont favorables à l'introduction de nouvelles techniques, qui se répartissent tout autant dans le renforcement de la télémédecine (notamment pour le domicile) et une introduction plus forte des moyens domotiques.

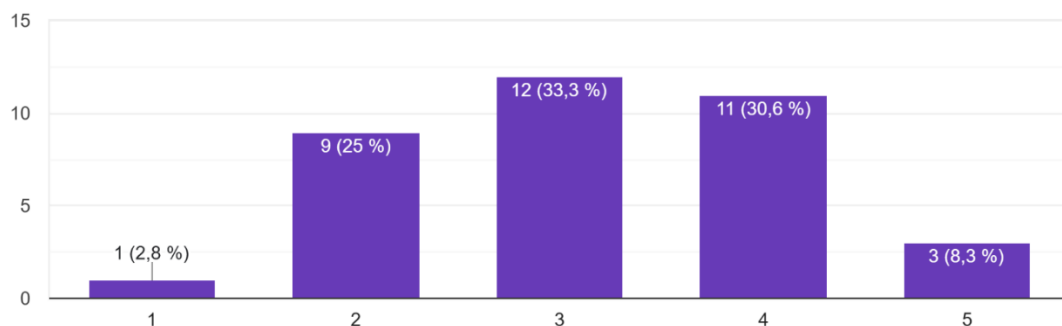
Des hypothèses de travail avec l'IA apparaissent notamment sur l'animation.

VOLET 3 - INFRASTRUCTURE ET AMENAGEMENT

83% des répondants ont leur structure implantée en centre bourg. Sur une échelle de 1 à 5, en moyenne l'état des bâtiments est à 3, la répartition des réponses étant la suivante :

Comment jugez-vous l'état des bâtiments et des équipements ?

36 réponses



Pour 63% des répondants le bâtiment n'est pas adapté **au réchauffement climatique** : en dehors de pièces communes climatisées (respect de la réglementation), nombreuses situations de chambres non climatisées dans des bâtiments vétustes où les menuiseries sont à reprendre.

Le deuxième sujet est **la nécessaire adaptation des chambres aux besoins des résidents** : plus vastes, mieux adaptées aux PMR, pose de rails, rénovation des salles d'eau, et de façon plus globale plus « humanisées et différentes du modèle hospitalier ». Dans 42% des cas rien n'est adapté à l'accueil de couples.

Ces besoins sont à rapprocher des ressources des établissements : en 2024, **66% des structures seront déficitaires** (et certains sont excédentaires de par les postes vacants) **et 58% n'ont pas de capacité d'investissement.**

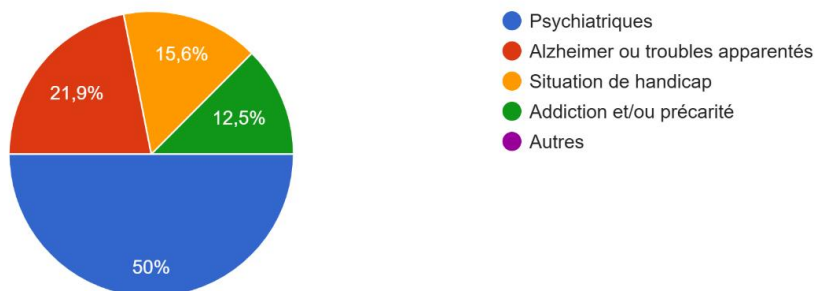
VOLET 4 - RH ET FINANCIER

73% des répondants expriment des difficultés de recrutement, sur l'ensemble des postes, qualifiés et non qualifiés.

49% du personnel est confronté à de la violence et des incivilités, **88% ont des besoins d'acquisition de compétences notamment pour la prise en charge de nouveaux profils dont majoritairement psychiatriques** (cf ci-dessous).

Merci de préciser ces profils

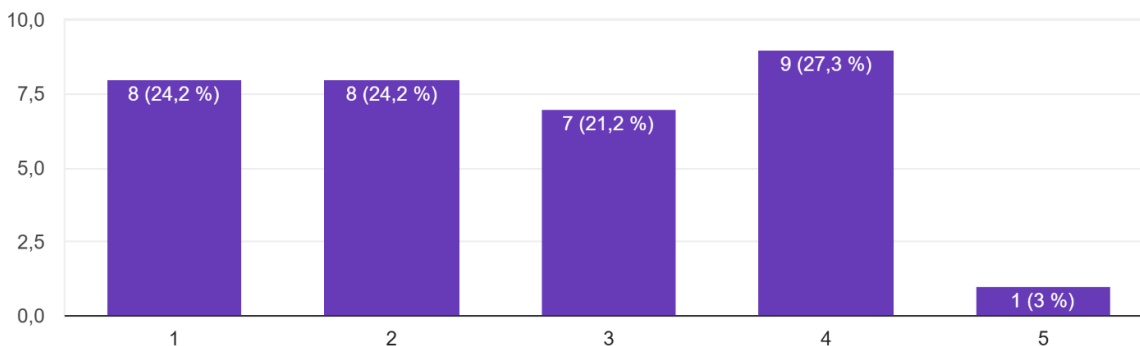
32 réponses



Enfin le métier de directeur est jugé difficile :

Si vous répondez en tant que directeur ou directrice, comment évaluez-vous aujourd'hui votre métier ?

33 réponses



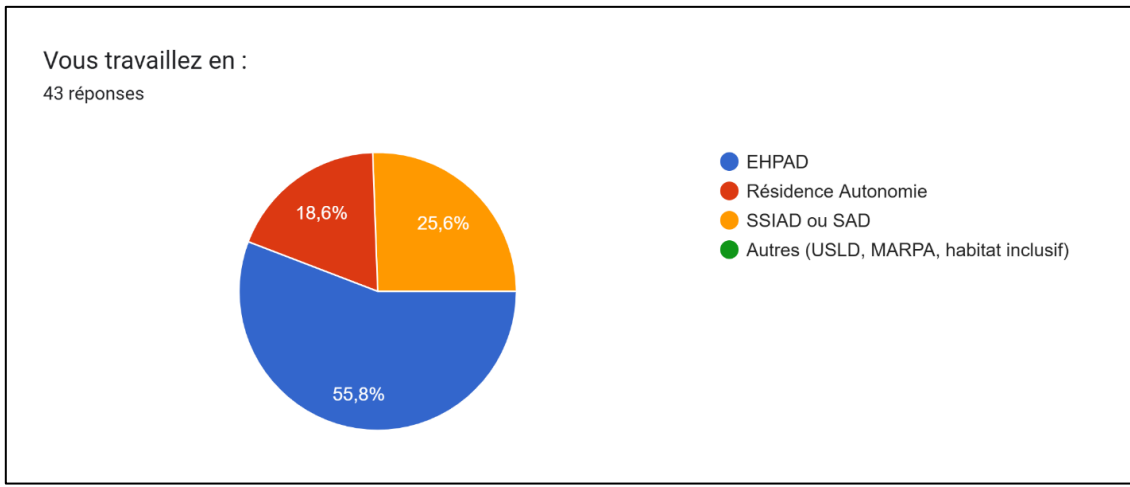
Les pistes d'amélioration proposées évoquent :

- Des moyens supplémentaires permettant une augmentation des postes d'encadrants administratifs (ne plus être multitâches), du renforcement de personnel (pour éviter la multiplication à l'intérim). Exemples de verbatims libres :

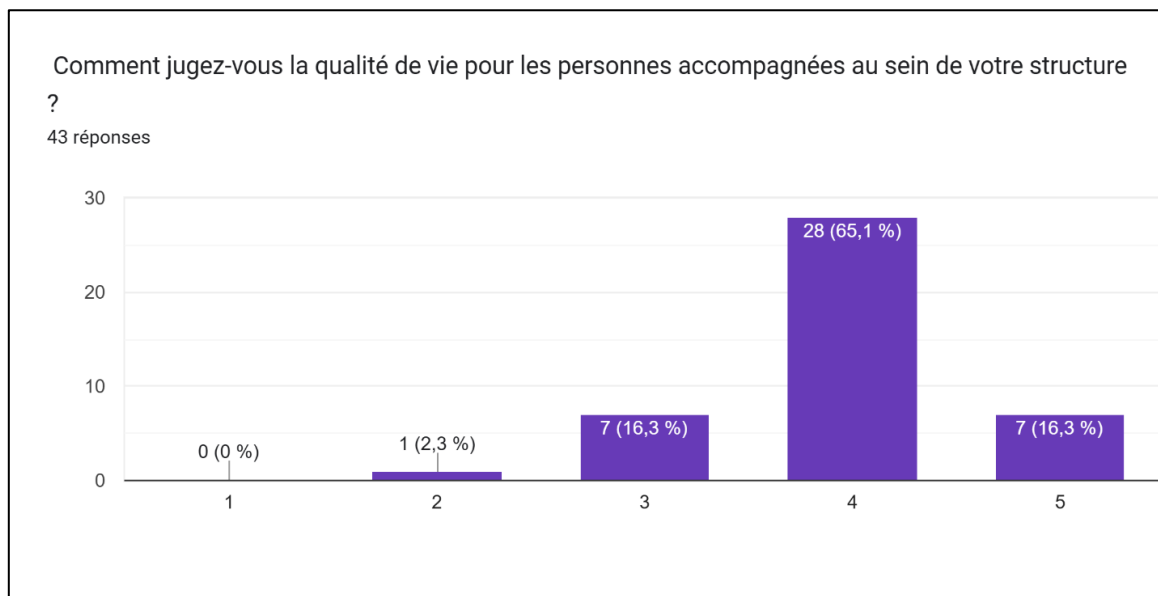
*« il faut vraiment prendre conscience par les pouvoirs publics des difficultés quotidiennes des EHPAD et les soutenir au lieu de leur rajouter toujours plus d'injonctions avec moins de moyens
il est important que les pouvoirs publics prennent conscience que nous n'avons plus assez de moyens humains et financiers pour accueillir nos "anciens" dans des conditions adaptées »*
- La promotion d'échanges entre directeurs (dont analyses de pratiques) et l'adhésion à des groupements d'achats.

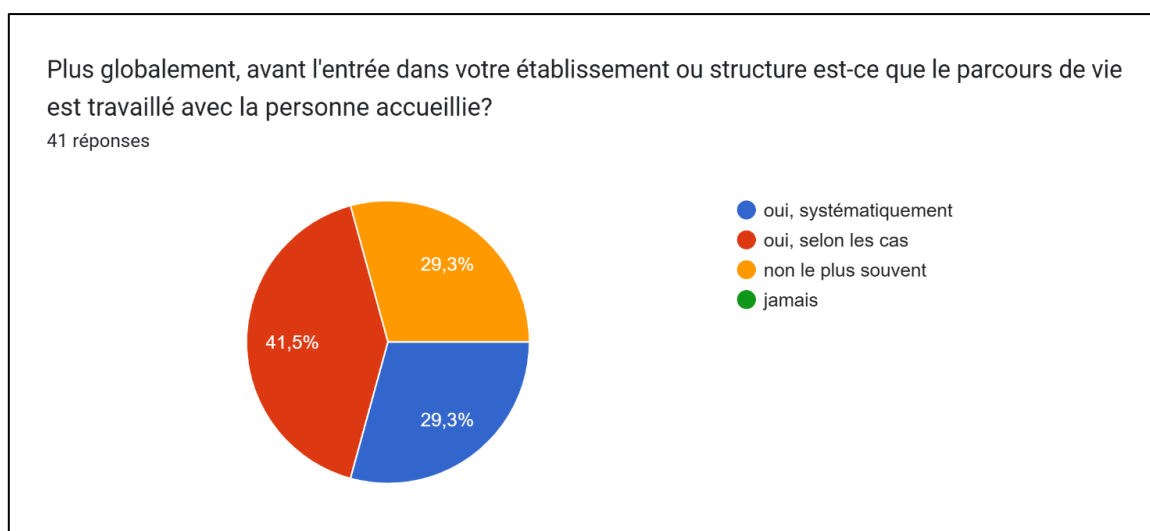
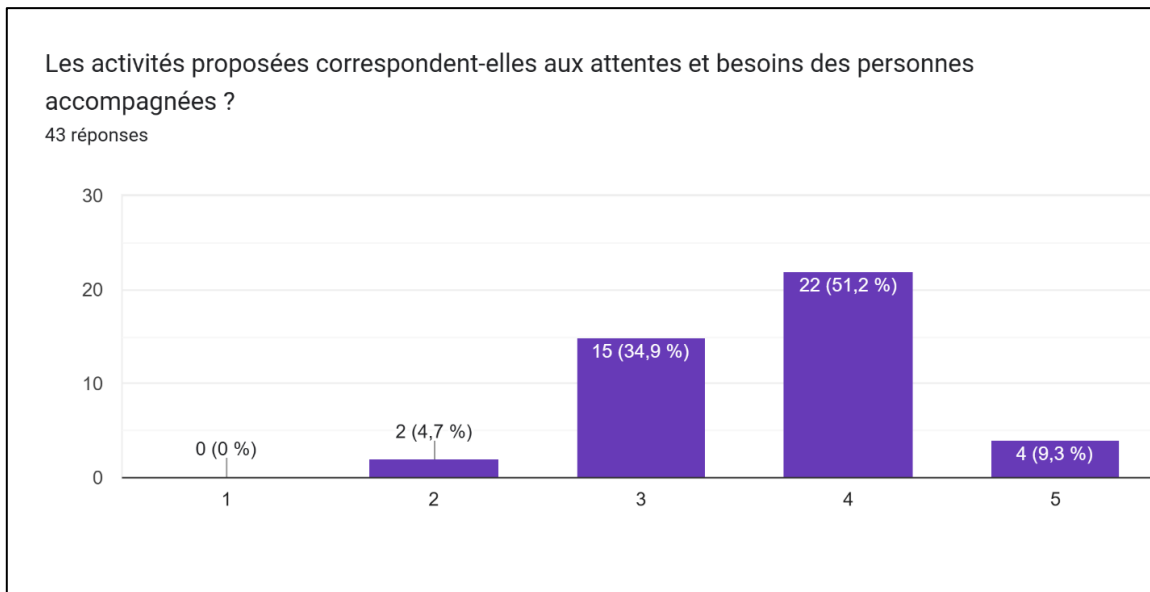
- Des relations avec les autorités de tarification plus dans l'écoute, plus aidantes et plus dans l'animation territoriale. Exemples de verbatims libres :
« avoir une aide réelle des autorités de tarification et arrêter d'avoir des gens qui nous disent comment il faut faire mais avoir plus de monde pour faire !
Un schéma d'organisation et d'animation territoriale dédiée et à la manoeuvre du Département du LOT mais co-construire avec les acteurs de la filière. Thématiques : prévention & repérage, accompagnement & soutien à domicile, continuité des parcours & lutte contre les ruptures, gestion des épisodes/situations aigus & critiques. Thématiques additionnelles & périphériques : mobilité, alimentation & nutrition, aidants, vie sociale & relationnelle ».

EHPAD de demain – Réponses au questionnaire



QUALITE DE VIE ET SERVICES





Notez-vous des évolutions dans les publics accueillis ? si oui lesquelles ?

35 réponses

HANDICAPS PSYCHIQUES

Personnes accueillies de plus en plus dépendantes et souffrant de multiples pathologies.

Oui + de profils psychiatrie, addicto

Avec la politique du maintien à domicile, les personnes arrivent en EHPAD de plus en plus tard, avec une aggravation de l'état de santé et la durée moyenne de séjour est de plus en plus courte. Aujourd'hui, lorsque nous avons des décès, beaucoup de résidents sont présents dans la structure depuis moins de 6 mois. Au lieu de travailler sur un projet de vie, nous travaillons sur une fin de vie.

Entrée de plus en plus tardive. Moyenne d'âge élevée, avec perte d'autonomie et/ou troubles cognitifs.

Plus en plus isolés.

Public de plus en plus âgé.

Résident davantage dépendant.

Proposition d'activités.

Une meilleure anticipation des personnes âgées dépendantes avant l'admission, un accompagnement fin de vie mieux appréhendé, un accompagnement des personnes en très grande dépendance qui aujourd'hui est rendu impossible par manque de moyens et de personnels.

Augmentation des pathologies psychiatriques, niveau de dépendance accru.

Plus de dépendance physique et cognitive.

Plus grande dépendance (troubles cognitifs). Personne très isolée (pas d'aidants) et plus de problématiques d'addiction.

Sur les RA, nous accueillons depuis des années deux "types de population" : des personnes âgées autonomes qui recherchent la sécurité et le lien social et des personnes plus jeunes avec des problèmes psy légers ou déficience mentale.

Le nombre de demande est en constante augmentation et concerne un public de plus en plus dépendant

Les demandeurs sont très majoritairement du secteur de 20 km autour de Cajarc. Il existe une corrélation demandeurs/familles concernant la provenance. Les motifs de demandes et d'entrées dans l'établissement sont principalement les troubles cognitifs et pour une fraction moins importante le besoin de prise en charge en soin.

Personnes de plus en plus âgées avec des prise en charge lourdes.

Dans le cadre du maintien à domicile, les personnes âgées arrivent en EHPAD lorsque toutes les solutions à domicile ont été testées. Mais leur état de santé est aggravé et la durée moyenne de séjour diminue, les nouveaux résidents sont souvent ceux qui partent dans les 6 mois de leur entrée. Nous faisons de plus en plus d'accompagnement fin de vie

Les besoins ont changé, les troubles sont plus prégnants et demandent d'autres accompagnements. Les familles sont démunies et trop souvent dans le déni.

Le vieillissement (moyenne d'âge plus élevée d'entrée dans notre Ehpap)

Des personnes qui veulent rester à domicile même si nous estimons qu'elles ne sont pas en sécurité du fait d'une maladie neurodégénérative.

Le virage domiciliaire et les politiques volontaristes au sujet de l'accompagnement à domicile percutent les SAAD : technicité accrue des actes, morbidité croissante, vulnérabilité parfois plus présente du fait d'états de fragilité et de dépendance avancés, coordination renforcée avec les autres opérateurs du domicile (DAC, CRT, SSIAD & IDEL, ...), vieillissement des aidants, gestion plus complexe de certains cas neuro-dégénératifs, ...

Dégradation de la situation en entrée en établissement.

Aggravation du niveau de dépendance à l'admission

De plus en plus dépendants

Non

Dépendance accrue - troubles du comportement

Une beaucoup plus grande variété des profils accueillis ; des personnes plus âgées et plus dépendantes, parfois des personnes entre 60 et 65 ans, des addictions de plus en plus fréquentes, des problématiques sociales de plus en plus prégnantes, des familles de plus en plus difficiles à gérer.

Quelle que soit l'autonomie de la personne. La demande et le public évolue très clairement en direction d'un maintien à domicile. Une institutionnalisation est vécue comme un échec dans la très très grande majorité des situations.

Les personnes sont de plus en plus dépendantes, beaucoup de situations de fin de vie
Plus âgés, plus dépendants, plus de troubles psycho-comportementaux, plus de soins palliatifs
Augmentation de la dépendance des résidents à l'entrée en EHPAD
De plus en plus de personnes seules isolées
Les personnes en demandes sont plus âgées
OUI DE PLUS EN PLUS DEPENDANT ET EXIGEANT
Entrée en EHPAD de plus en plus tardive. Troubles cognitifs et du comportement plus importants

Dans un avenir « idéal », quelles activités et services vous aimeriez proposer en plus ? 34 réponses

EHPAD DE VACANCES POUR LE REPIT DES AIDANTS- EHPAD HORS LES MURS

Augmentation du nombre de sorties à l'extérieur pour tous. Mais ce type d'activités nécessite des soignants en plus grand nombre sur des créneaux horaires adaptés lorsqu'il s'agit de personnes âgées très dépendantes

PASA, Personnes handicapées vieillissantes (PHV)

Intégrer l'EHPAD dans la vie du village : que des activités soient proposées à l'intérieur de l'EHPAD et que les personnes participent à ces activités sans image négative de l'EHPAD. Travailler davantage sur l'intergénérationnel

Avoir un avis médical rapide & efficace sans avoir à envoyer systématiquement aux urgences - Possibilité d'accès à un service / écoute/ conseils diététiques pour élaboration, adaptation & suivi des menus proposés en fonction des besoins nutritifs de la PA, des régimes et PM - CDiet étant trop onéreux et le personnel de RA sans formation spécifique pour répondre à ces besoins ainsi qu'aux normes et réglementations imposées.

Un projet de relayage/baluchonnage est en cours

Pouvoir accompagner tous les jours les résidents en ville avec une voiture de service

Plus d'animation et de temps avec nos résidents

Médiation animale, des formations qui impliquent l'absence du personnel le ou les jours de formation, la qualité de vie des résidents passe par l'accompagnement en nombre de professionnels suffisants, des professionnelles AS formées aux accompagnements au-delà des soins de nursing avec une reconnaissance au niveau des conventions collective de leur qualification ou de leur expertise, des aromathérapeutes, musicothérapeutes, art-thérapeutes financés par nos financeurs répartis sur le territoire

Tiers lieu, salon de thé solidaire ouvert à l'extérieur, logement/studios pour accueil des familles

Plus de temps pour la relation humaine auprès des résidents, ateliers pour préserver l'autonomie et la marche au maximum

Sophrologie, relaxation. Activités physiques adaptées plus importantes, prise en charge kiné à la RA et possibilité d'intervention individuelle pour la stimulation.

Ouvrir davantage sur l'extérieur

En plus de l'hébergement permanent, nous souhaiterions proposer de l'hébergement temporaire, une unité adaptée aux troubles cognitifs, un accueil de jour, un PASA et des places d'EHPAD hors les murs afin de faire le pont avec le domicile. Ces différents services nous permettraient de mieux répondre aux besoins du territoire

Plus d'activités ouvertes vers l'extérieur, plus de sorties, accueil de jour

Ouvrir davantage l'établissement aux personnes de l'extérieur, du village. Placer l'EHPAD au coeur du village.

Plus d'accompagnements personnalisés, plus de moyens pour limiter la perte de l'autonomie, plus de kiné pour maintenir la motricité.

Plus de prise en charge individuelle

Rien de plus

Plus de temps pour de l'accompagnement personnalisé

Un parcours de vie résidentiel plus souple avec des AR entre le domicile et l'établissement lors d'épisodes aigus, d'absence des aidants, ...Renforcer les politiques HAD et coordination domicile & hôpital (accueillir le soin à domicile et améliorer la coordination avec les SSAD pour prévenir des ruptures de parcours et accompagner les transitions). Compléter l'offre aide & soins par du soutien à la vie sociale et relationnelle pour les personnes seules et/ou isolées et répondre aux contraintes de la mobilité pour sécuriser l'inclusion des personnes sur leur territoire. Oeuvrer plus encore sur le sujet de l'alimentation (santé & plaisir & locale).

Coiffeur et jeux vidéo

APA, Ergothérapie, Musicothérapie

Poursuivre le dispositif de maintien à domicile CHEZ VOUS COMME CHEZ NOUS, poursuivre l'aide aux aidants, ouvrir un accueil de jour, ouvrir un accueil temporaire

Accompagnement individuel plus important - temps de parole - aide marche et déplacements plus importants - temps APA

Améliorer la prestation des repas qui reste le point des 2 établissements. Avoir une équipe pluridisciplinaire (ergothérapeute, psy avec un temps supplémentaire, APA... et surtout offrir tout cela sans risque d'être en déficit, comme c'est le cas sur l'EHPAD de Pradines.

La possibilité d'une alternance entre domicile et lieu collectif afin de répondre aux besoins des usagers ainsi qu'au besoin de répit des aidants.

Des activités tournées vers l'extérieur, développer des partenariats avec les écoles, les partenaires locaux

Tiers lieux (crèche, bar, resto, clubs et associations, salle de sport adaptée, club de lecture, de théâtre, chorale, bureau de vote du quartier dans l'EHPAD, ...), davantage d'animateurs formés (1/60), que des ASG, Organisation des locaux pour accueil soins palliatifs et troubles psycho comportementaux : petites unités (14/16), organisation pavillonnaire ou village (mais difficultés pour interactions entre pavillons), ratio de personnel 1AS/7 à 8 résidents, différencier personnel soignants et hôtelier et animation.

Activité physique adaptée, plus d'animation sur l'extérieur et d'évènements co-portés par d'autres structures

De l'accompagnement dans les démarches administratives qui se font par internet

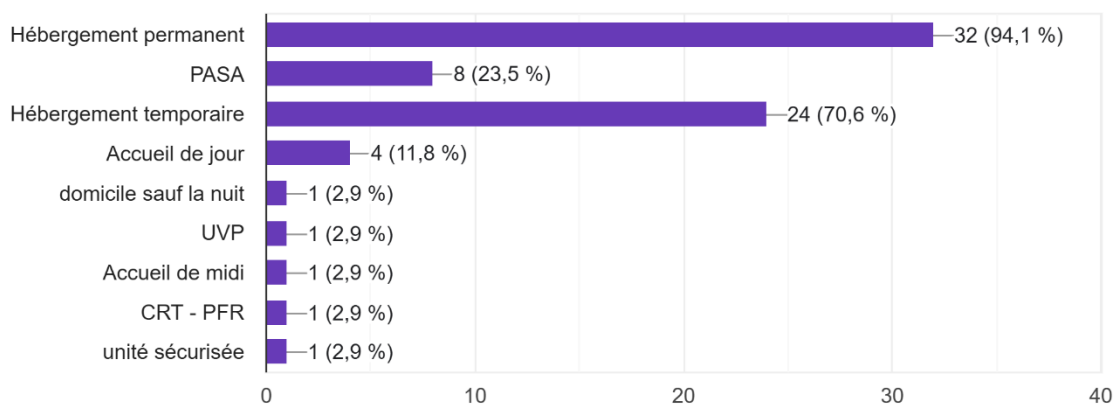
Service = assistante sociale activité= bien être SPA/ massage

SUIVI PSY

Plusieurs activités qui pourraient se dérouler en même temps, à plusieurs moments de la journée avec des groupes de résidents homogènes : besoin de moyens humains et donc financiers

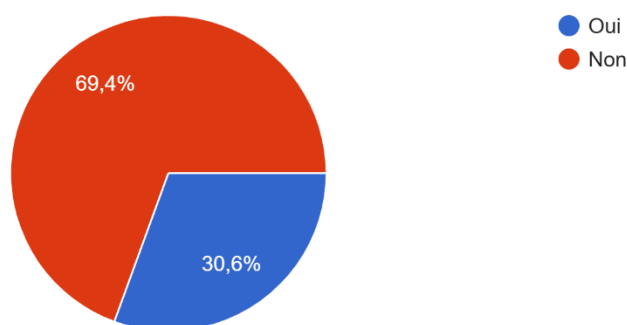
Pour les structures avec hébergement quelles sont aujourd'hui vos modalités d'accueil :

34 réponses



Avez-vous à court terme des perspectives d'évolution de ces modalités d'accueil ?

36 réponses



Si oui Lesquelles 11 réponses

EHPAD HORS LES MURS

Accueil de nuit

Réaliser un agrandissement afin d'ouvrir une unité protégée

Accueil temporaire pour soulagement des aidants

Nous présentons actuellement à l'ARS et au Conseil Départemental un projet innovant proposant les services ci-dessus et incluant le concept d'EHPAD plate-forme.

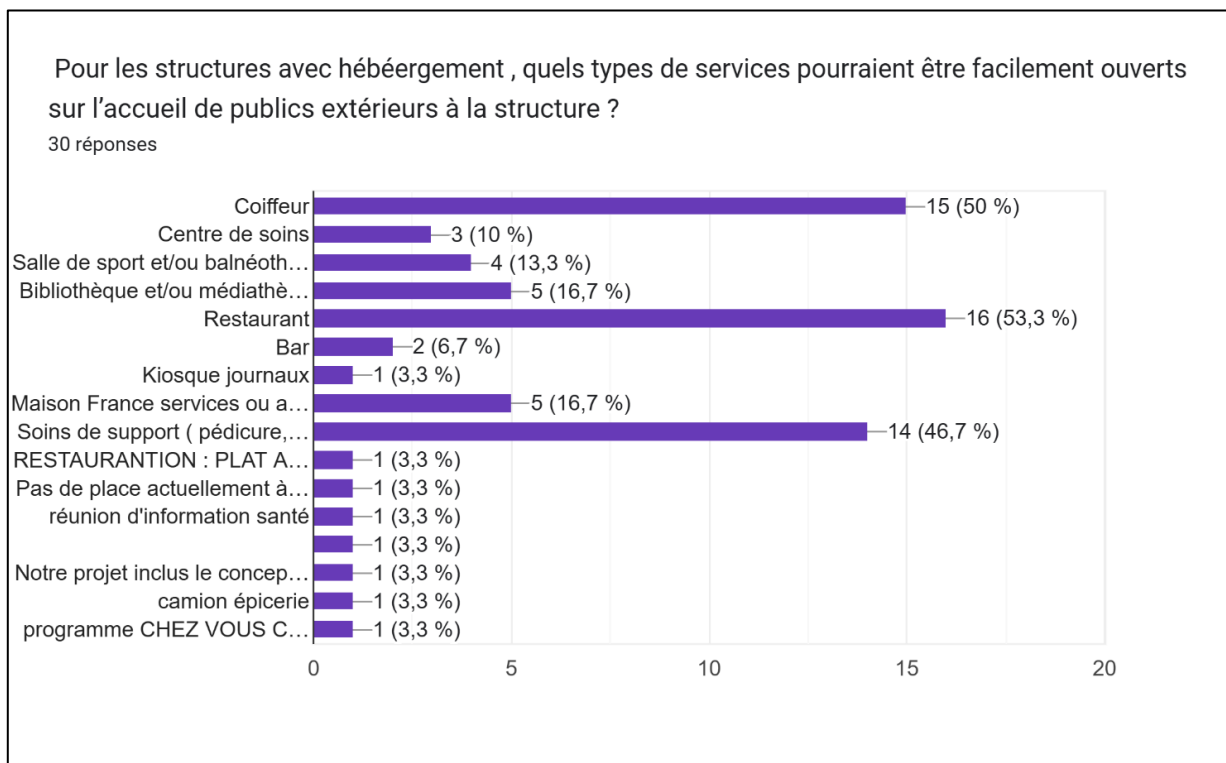
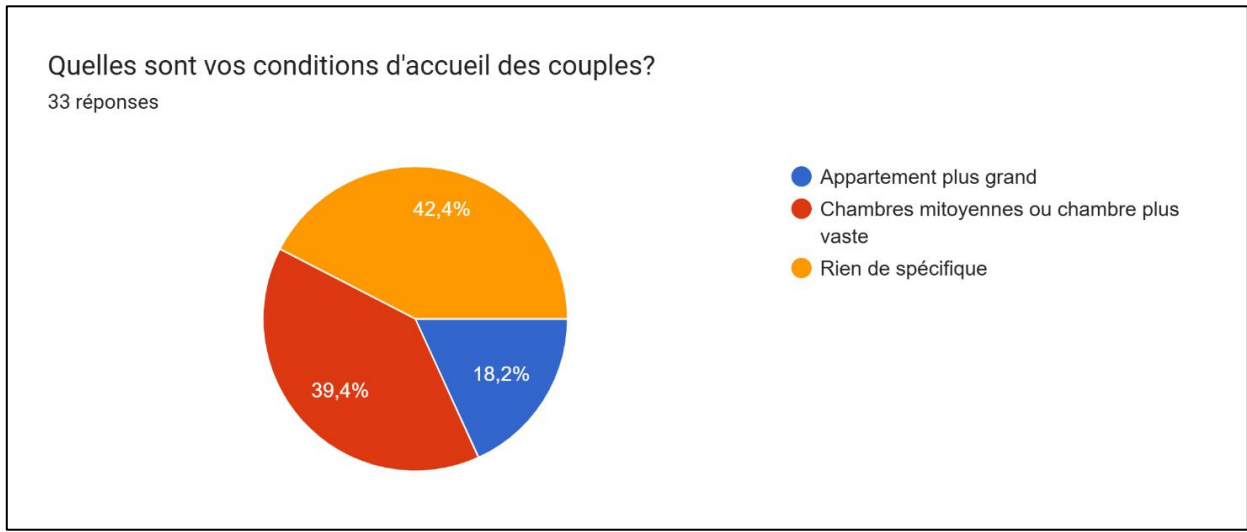
Passage en SAD sur plusieurs zones dans le Lot

Un accueil de jour - personne en situation de handicap

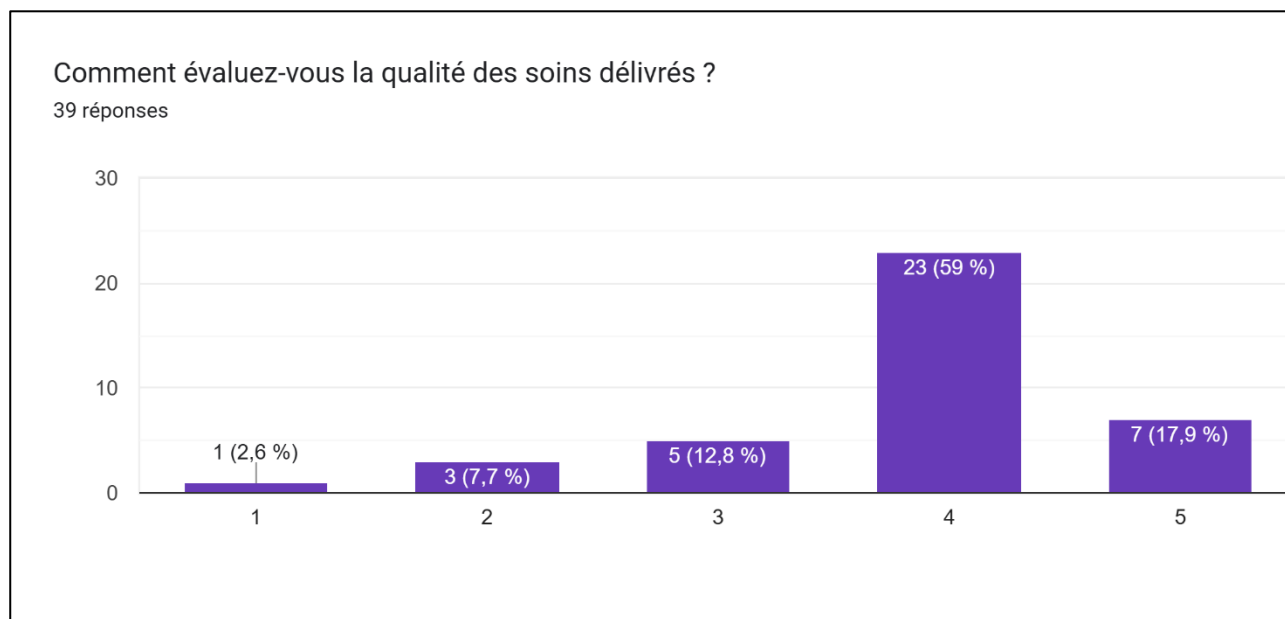
Accueil de nuit

Accueil de jour

Nouveau bâtiment avec micro crèche et salle de restauration polyvalente
PASA



MODALITES DES PRISES EN CHARGE EN SOINS



Quelles pistes d'amélioration EN INTERNE

30 réponses

DEVELOPPER LA PAIR-AIDANCE

Augmentation des sorties pour tous.

Recrutement de médecin salarié à défaut de MTT sur le territoire

Offrir plus de temps aux résidents lors des soins

Pouvoir attribuer davantage de temps à chaque usager.

Recruter une infirmière salariée qui prendrait le temps pour les soins et le nursing des résidents

Présence d'une aide-soignante au sein de la résidence

Formation à l'humanité, à la fin de vie, mise en place de référente dans des domaines d'expertise du soin de bien être ou plus technique comme les protections

Maintenir les prises en soins actuelles

Mise en place de réunion avec les SAAD pour échanger sur les besoins des résidents

Pas de soins en RA, très bonne coordination avec les IDE libéraux, Lot à domicile et le SSIAD

Augmentation des aide soignants diplômés, poursuite des formations biannuelles internes pour améliorer la prise en charge, augmenter les réunions de service permettant de travailler des prises en charge individualisées et personnalisées

Plus de personnel soignant permanent

Les soignants souhaiteraient davantage de temps pour réaliser les soins

Plus de communication, libérer du temps au professionnels pour de meilleures PEC

Majorer le nombre d'ETP permettrait cette amélioration

Recrutement, formations

Pas de service de soin sur place

GRH (attractivité, fidélisation, formation du personnel). Liaison renforcée avec familles et personnes accompagnées. Relancer le conseil des bénéficiaires (type CVS), ...

Aucune

Augmenter les effectifs IDEC, AS, ASH

Recrutement infirmier

Toujours revoir les organisations, pouvoir former le personnel pour qu'il soit diplômé, travailler sur l'esprit d'équipe comme actuellement en ayant les moyens d'avoir un pool de remplaçants.

Former les IDE en certification décès

Garder le ratio infirmiers salariés (EHPAD hospitalier) nécessaire aux soins et suivi quotidien et à la prévention (bénéfique à la santé mais pénalisant le GIR puisque prises en charge rapides, effets indésirables ou complications évitées). Augmenter ratio ASG. Nouveaux locaux

Nouvelle stratégie managériale en s'inspirant du modèle de Buurtzorg et déployer "humanité" et "ICOPE"

Rédiger des protocoles

Nous ne délivrons pas de soins mais faisons appel à des prestataires

PRESENCE DE MEDECIN GENERALISTE

Augmentation du personnel médical et para médical

Quelles pistes d'amélioration EN EXTERNE ? 23 réponses

ANIMATIONS CULTURELLES ET SPORTIVES ADAPTEES

Partenariats privés à développer en + des partenariats publics et associatifs

Avoir davantage de service pour le domicile pour les personnes très dépendantes. Car lorsqu'il n'y a pas de place au SSIAD et que les IDELS ne peuvent pas intervenir pour la toilette (et qu'il ne relève pas de l'HAD), personnes de peut intervenir pour le nursing.

Meilleure organisation avec les parties prenantes

Créer un partenariat plus étroit avec le SSIAD

Davantage de passage des médecins libéraux

RAS

Plus de liens interprofessionnels, accès aux orthophonistes et autres

Mise en place de partenariat avec un kinésithérapeute. Mise en place d'ateliers de prévention (santé, chute, sommeil, alimentation)

Formation du personnel, plus développer la télémédecine

Etre en capacité de mobiliser/trouver des spécialistes

Trouver des intervenants

Projet de convention de partenariat SSIAD/SAD

Renforcer la coordination et l'interconnaissance avec l'ensemble des opérateurs de la filière.

Plus d'argent du CD

Trouver du personnel formé (AS), cuisinier, avoir des autorités de tarification à l'écoute, capable de se remettre en question et acceptant de ne pas tout savoir....

Le recours au droit commun permet d'éviter le changement des intervenants domicile/EHPAD en conservant notamment l'histoire de vie ainsi que l'anamnèse de la situation des usagers. Par ailleurs, la conservation de mêmes intervenants (cabinet infirmiers et médecin traitant) est un facteur de réassurance très important pour les usagers et leurs aidants.

Meilleure collaboration avec les médecins traitants

Tiers lieux dans nouveaux locaux, intégration aux jardins partagés de la commune

Projet de rapprochement des services à domicile et des EHPAD pour favoriser le maintien ou le retour des personnes âgées à domicile (projet en cours avec l'APEAI-ADAR)

Formation communication

Développer les partenariats

Une augmentation du plateau médical sur le territoire (généralistes, dermatologues, dentistes, psychiatrie, ophtalmo, diabétologues, ...)

Quels liens avez-vous avec la filière gériatrique ?

32 réponses

GERONTOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Partenariat actif avec le CH de Cahors. Peu de lien avec la gérontopsy,

Conventionnement

Nous travaillons avec l'équipe EPSPA, l'équipe mobile de gériatrie de Figeac

Bon

Aucune

Conventions signées avec Ehpads et CH

Intervenant gériatrique

Liens très basiques en cas d'hospitalisation ou de prise en charge hospitalière lorsque les services hospitaliers acceptent de recevoir nos résidents

Partenariat avec l'HAD, le SAMU gériatrique du CH de Cahors

Très bons, accès à l'EPSPA et le service gériatrique du CH de Cahors

Très ponctuel, en fonction des besoins

Lien avec l'Equipe mobile de gériatrie et l'équipe mobile de psychiatrie ainsi que l'IDE du CMP qui fait des visites à domicile

Nous avons signé des conventions avec les CH de Figeac et Villefranche de Rouergue, nous travaillons en collaboration avec les soins palliatifs de la DAC 46, l'HAD de Cajarc, l'équipe d'hygiène et l'EPSPA du CH de Cahors, l'équipe de géronto-psychiatrie de Figeac

Nous travaillons avec tous les partenaires sur le territoire

Lien avec HAD46, équipe mobile de gériatrie de Figeac, équipe EPSPA

Presque aucun

Satisfaisants

Liens en fonction de la situation

Coordinatrice de l'établissement

Structure bien identifiée sur le territoire.

Peu

Convention avec l'ICM et l'hôpital de FIGEAC

Liens réguliers

Ils sont bons, notamment avec le service du Dr Dombrowski et l'EPSPA

Ponctuels, en réponse à des besoins précis. Il s'agit essentiellement d'un lien de type "prestation" et non d'une partie prenante du parcours.

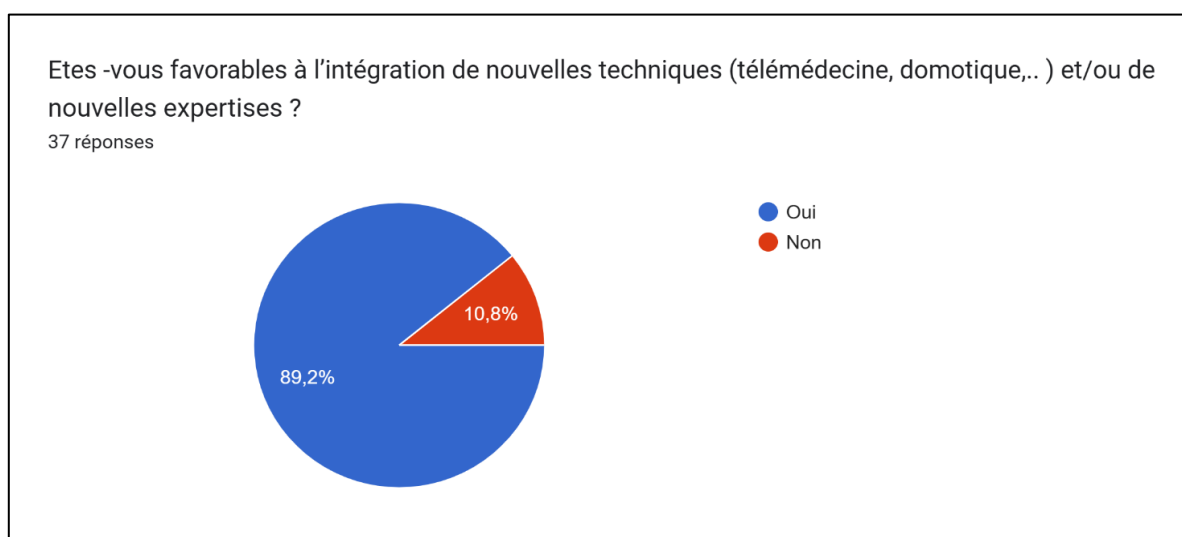
EHPAD/CRT/ADJ/USLD font partie intégrante de la filière gériatrique hospitalière. Les médecins qui y interviennent sont les gériatres du CH.

L'EHPAD est rattaché à un centre hospitalier donc la filière est organisée du court séjour gériatrique jusqu'à l'EHPAD

Nous nous faisons connaître depuis avril 2025 donc nous sommes au début

QUASI AUCUN

Convention avec EPSPA



Si oui : Lesquelles

28 réponses

Domotique

Télémédecine

TELECONSULTATION

La télé-expertise et télémédecine existe déjà depuis longtemps !

Maison connectées, sécurisation du logement, optimisation et aménagement des logements, applications communes aux parties prenantes

Télémédecine

Télémédecine

Je ne sais pas, tout dépend du coût et de l'intérêt pour le résident

Télémédecine, médecines parallèles

Mise en place d'outils pour limiter le risque de chute, pour aider les résidents les plus dépendants à garder les repères temporels.

Télémédecine, domotique, exosquelette

Télémédecine

Télémédecine en raison de la pénurie médicale

Téléconsultation

La domotique, objets connectés et nouvelles formes de téléassistance. Expérimentation de robots d'assistance. Equipes mobiles pluridisciplinaires, ergothérapie, habitats inclusifs/partagés, relayage, ...

Jeux vidéo

Domotique

IA, robots, éducateurs APA

Télémédecine

Nous ne connaissons pas encore toutes les potentialités de l'IA dans le secteur des EHPAD, la technologie ne peut remplacer tout l'humain

Concernant l'accompagnement à domicile, la rareté de la ressource médicale notamment impose le recours à la télémédecine / téléconsultation, à l'analyse externalisée des examens via photos, transmissions d'ECG, etc. Il convient ainsi de développer tous les types d'offres permettant d'avoir une réponse médicale rapide pour un usager, condition incontournable de son maintien à domicile.

Télémédecine, Domotique (chutes, sorties inopinées, commandes vocales, éclairages automatisés, ouverture portes automatisées, ...), Supports à APA ou stimulation cognitive (Serious Games, Wii, Tovertafel, logiciels de jeux dédiés, casques réalité virtuelle, ...) IA (gestion administrative et RH, animations, ...)

Télémédecine, domotique, intelligence artificielle notamment sur les bilans gériatriques

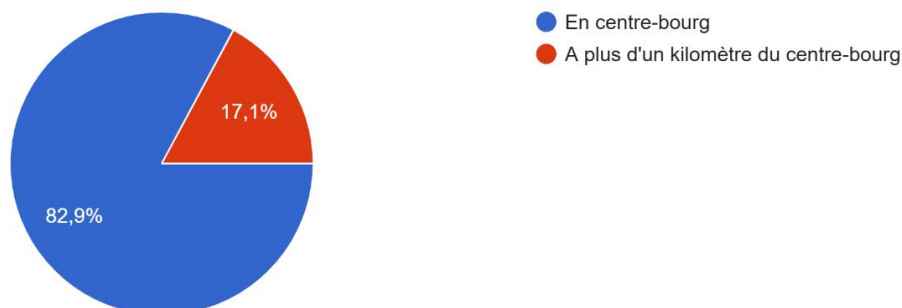
Télémédecine - domotique pour les chambres

Plutôt que des nouvelles techniques, une présence médicale physique plus importante

INFRASTRUCTURE ET AMENAGEMENT

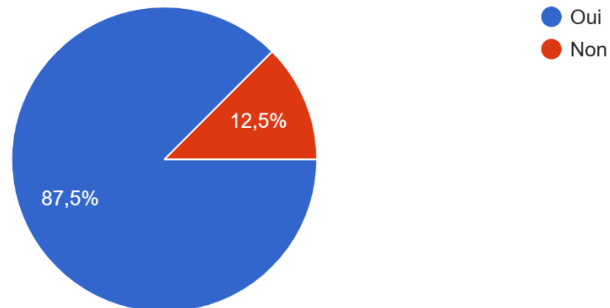
Votre structure est implantée ?

35 réponses



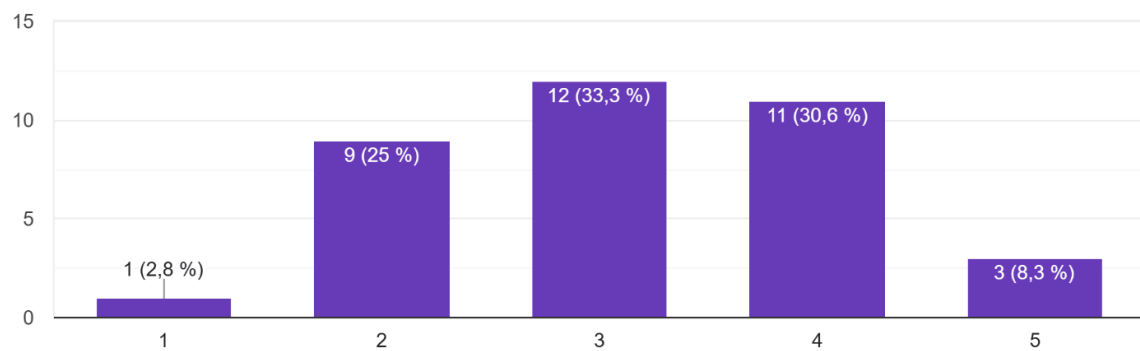
Vos résidents ont-ils la possibilité de faire des sorties « autonomes » ?

32 réponses



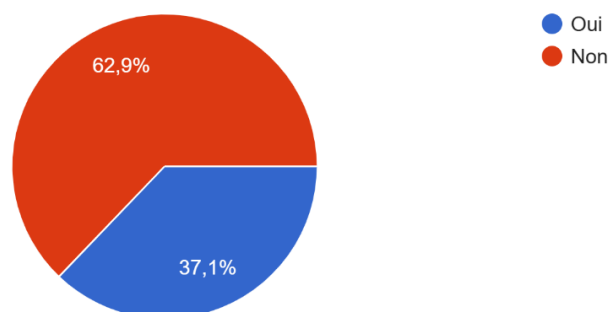
Comment jugez-vous l'état des bâtiments et des équipements ?

36 réponses



Les bâtiments sont-ils adaptés au réchauffement climatique ?

35 réponses



Si non : pourquoi ? 22 réponses

Etablissements vieillissants, des investissements d'isolation sont conséquents

Bâtiments anciens où il faudrait améliorer l'isolation et certaines fenêtres autour du cloître sont encore en simple vitrage

Bâtiment qui a 26 ans, dans son jus

Pas d'isolation extérieure, pas de climatisation en dehors du restaurant et de la salle commune

Des chambres sous toit avec velux et des chambres avec des baies vitrées en plein soleil l'été, nous obligent à installer beaucoup de climatiseurs. Nous allons passer au chauffage bois, nous verrons si cela est efficace et si cela réduit notre facture énergétique

L'ensemble des parties communes est climatisé

Toit et isolation non adaptés

Grandes baies vitrées au sud, toit haut, peu de climatisation

Menuiseries trop anciennes et pas de climatisation dans les chambres

Des travaux vont être réalisés à partir d'octobre 2025 sur 5 logements mais il sera nécessaire par la suite de réaliser des travaux pour les 15 autres logements car les travaux d'isolation datent de 1984. Les logements ont bien sûr été rénovés mais nous devons absolument changer les fenêtres, volets et améliorer l'isolation mais par l'intérieur puisque notre bâtiment est un bâtiment en pierres.

Pas de climatisation dans les chambres et pas de manière efficace dans les couloirs en particulier des étages, une isolation des combles a amélioré la situation mais les températures peuvent être élevées en période de canicule dans les étages

Peu de pièces climatisées,

D'autres travaux sont en prévision pour isoler le bâtiment rénové en 1998.

Absence de climatisation ce qui rend impossible l'accueil au 2ème étage en période de canicule.

Les résidents alités souffrent trop de la chaleur et leur organisme est trop fragile pour supporter de telles températures (+30°C parfois dans les chambres)

Isolation ?

Manque climatisation, douches parfois mal adaptées aux pathologies

31 ans d'ancienneté

Bâtiment vieillissant

Besoin de travaux de rénovation importants

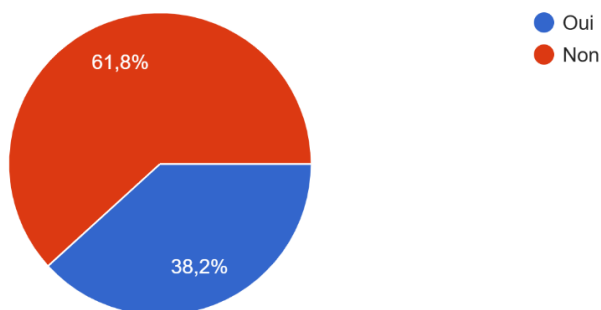
Manque d'isolation

Trop anciens, mal isolés,

Froid l'hiver chaud l'été

Souhaiteriez-vous plus d'espaces verts ou aménagements extérieurs ?

34 réponses



Si oui lesquels ? 12 réponses

Jardin privatif pour permettre des promenades pour tous sans risques

Jardins, circuits de promenade

Toit végétalisé sur la façade de l'entrée de la résidence (pièces les plus exposées au soleil).

Davantage d'espaces ombragés et de bancs dans le parc.

Espace de jardinage équipé, poulailler

Une terrasse, des espaces verts accessibles et aménagés.

Pergola bioclimatique+ cour intérieure bitumée pour déplacement des fauteuils

Serre et cabanon pour le jardinage, mobilier de jardin

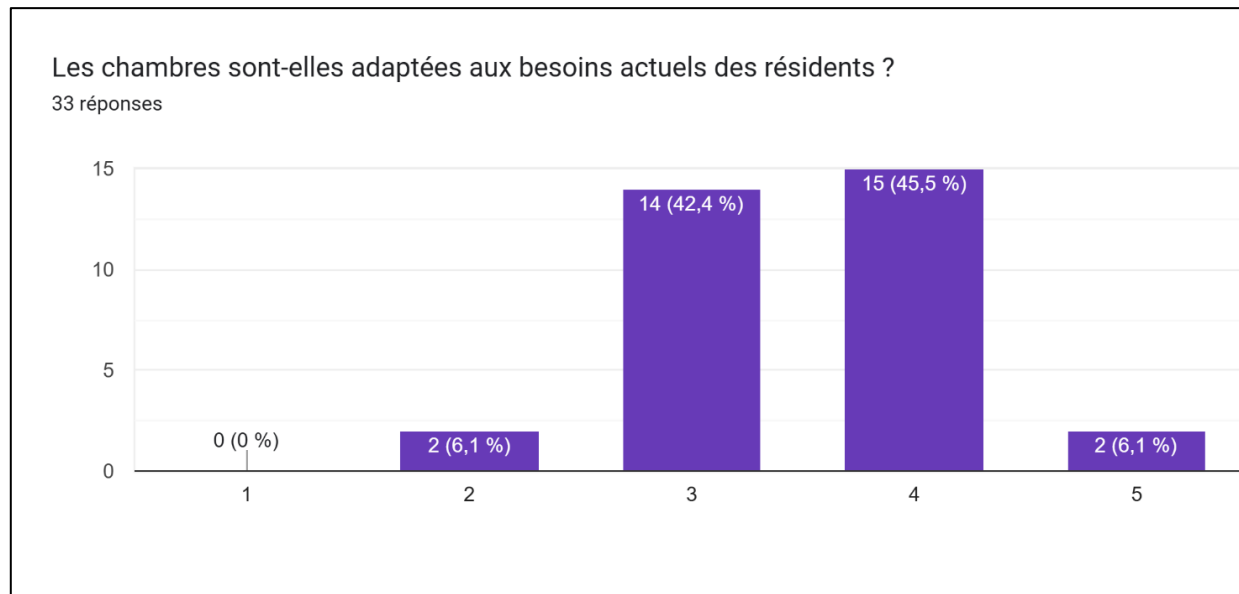
Jardin adapté avec parcours de marche

Faire des sorties à l'extérieur avec des parcours aménagés.

Aménager l'espace extérieur, en cours

Prévoir des espaces extérieurs assez grands pour la déambulation pour chaque unité

Aire de jeux



Quelles améliorations souhaiteriez-vous apporter ? 25 réponses

REAMENAGER LES CHAMBRES DOUBLES EN CHAMBRES SIMPLES

Chambres plus vastes

Plus d'espace, les chambres minimum selon la réglementation font 20m², 25 ou 26m² seraient appréciées par les résidents

Certaines chambres construites à la fin des années 80 ne sont pas adaptées aux besoins des résidents : Chambres petites ou si un résident a besoin d'un matelas à air , on ne peut pas passer au bout du lit avec un fauteuil roulant et le moteur du matelas, salles de bain non adaptées avec encore un bac à douche. Cela concerne 35 chambres d'où le besoin de réaliser des travaux. Les autres chambres sont adaptées aux résidents. Mais 35 sur 78 chambres ne le sont pas.

Mise aux normes PMR des salles d'eau & kitchenettes-mobilier et électricité- Revoir l'autorisation du nombre de places autorisées (un studio de 30m² considéré pour l'accueil d'un couple contre 23 m² pour 1 pers seule). Rafraîchissement des sols et peintures

Accueil des couples difficile car appartements trop petits

Salle de bain plus ergonomique

Des rails (et pas seulement pour les professionnelles), plus d'ergonomie

Salle de bains à rénover

Climatisation

Changement du mobilier

Nous travaillons au domicile des bénéficiaires donc dans beaucoup de cas peu ou pas adaptés.

Réfection des peintures et des sols pour certaines

La climatisation

Electricité et éclairage, revêtement sol et murs à revoir

Douche parfois inadaptée à la pathologie des personnes, climatisation partielle

Aides matérielles

Travaux de rénovations intérieures et extérieures

Pose de rails de transfert

Le questionnaire est mal fait : nous ne parlons plus de chambres mais de logements, dans une approche domiciliaire, le CD 46 n'est pas à la page.... Les logements sont trop petits. Depuis 20 ans le CD 46 n'a eu de cesse de diminuer les surfaces des EHPAD et maintenant il demande à s'ouvrir sur l'extérieur, mais avec quels locaux ? ex : Catus, il n'y a même pas une salle de réunion

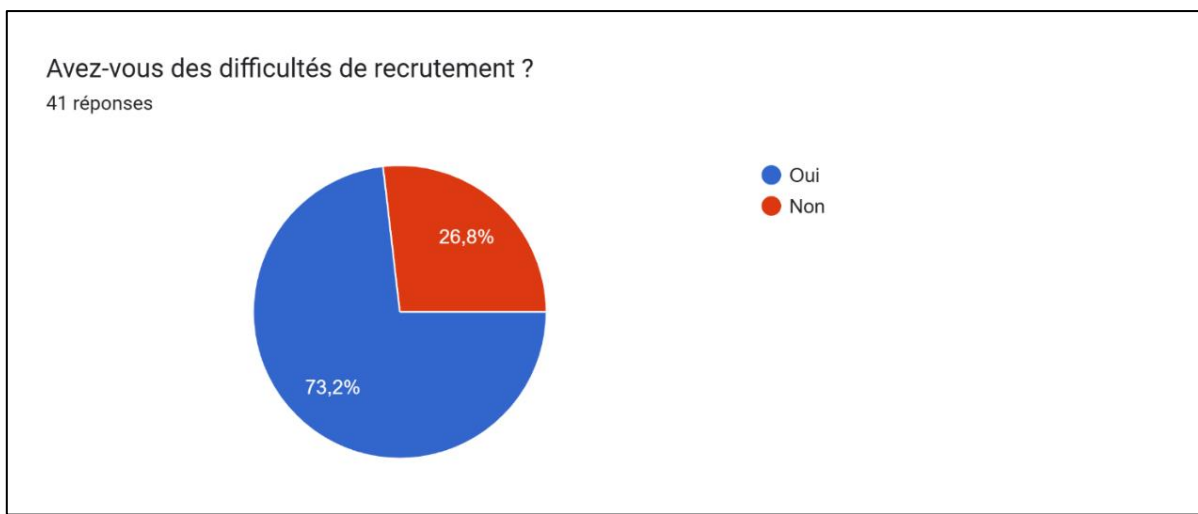
Plus de modernité dans l'esthétique de la chambre

Seront résolues dans nouveau bâtiment (2027)

Humaniser les aménagements intérieurs des chambres qui sont actuellement sur le modèle hospitalier

La rénovation du bâtiment vient de se terminer

Des rails pour les toilettes



Si oui sur quels postes en particulier ? 31 réponses

Médecin coordonnateur et CDD ponctuels sur les postes AS.

Médecin

Selon les périodes mais essentiellement AS et IDE

Cuisinier & agents polyvalents

Aides-soignantes

Auxiliaire de vie sociale

AVS 3

Agent hôtelier, veilleuse de nuit

TOUS les postes y compris non qualifiés

Aides-soignants, infirmiers

Aide-soignant DE

IDE - PSY

AD et AVS

AUXILIAIRE DE VIE

Aides-soignants ou faisant fonction, IDE

Pas de difficulté actuellement

IDE, AS, ASH

AS et ASH

Aides-soignants

Problématique générale : les potentielles recrues veulent travailler à la carte

Aides à domicile et cadres techniques

AS

Infirmier, aide-soignant, adjoint technique

AS - IDE - Ergothérapeute

AS diplômé

IDE - AS

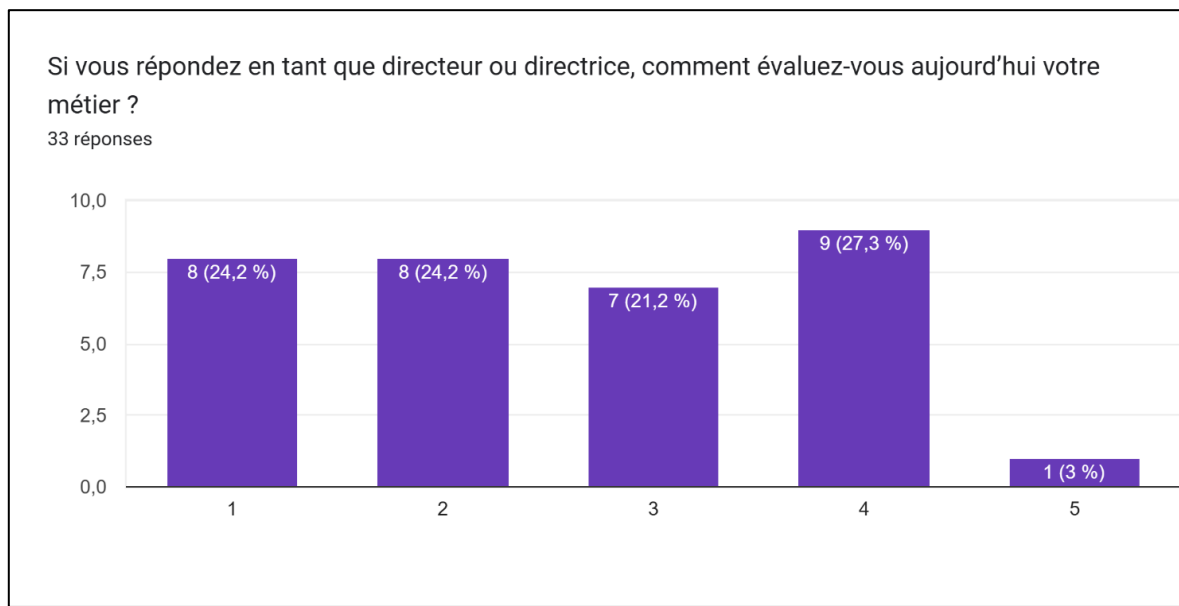
Tous

IDE et AS

Aide-soignant

Auxiliaires de vie

IDE, cuisiniers, AS, ASH



Quelles seraient vos propositions pour améliorer votre situation ? 24 réponses

AMELIORER LA DOTATION BUDGETAIRE- ADHERER A DES GROUPEMENTS D'ACHATS

Augmentation des postes d'encadrants administratifs

Financements supplémentaires

Depuis le recrutement de deux adjointes de direction sur les trois structures de Lacapelle-Marival, mon métier a évolué et nous pouvons surtout nous soutenir dans des situations difficiles et nous ne sommes pas seuls à affronter une situation délicate. Je ne retravaillerai jamais seule dans une structure à tout devoir porter.

Pouvoir être pleinement sur des missions de responsable & non multi tâches

Meilleurs échange transversaux

Plus de moyens

Financière, RH, nous autorisez à adapter notre capacité d'accueil en fonction des postes en CDI sans nous pénaliser sur nos dotations soins et dépendance, cela éviterait d'alimenter le cercle vicieux de l'interim et de la vacation qui se développe à vitesse grand V, d'avoir une multiplication des arrêts voire des incapacités, corrélé avec une politique sociale de revalorisation des salaires par système d'indemnisation/d'expertise reconnue dans l'accompagnement de notre public

Changer de métier

Améliorer les tensions RH et redorer le blason des EHPAD auprès de la population

Des analyses de pratiques professionnelles pour prendre du recul sur les situations

En ayant également la direction de deux EHPADS, nous consacrons malheureusement moins de temps à la RA

Amélioration des délais de notification tarifaire, plus de moyens

Avoir des équipes stables, un taux d'occupation proche de 100%, avoir des comptes de résultats positifs

Avoir regrouper les trois structures de Lacapelle-Marival permet de travailler avec une directrice et deux adjointes et nous pouvons ainsi nous soutenir en cas de situations difficiles. C'est un réel confort de ne plus travailler seule dans la structure et porter tout à bout de bras

Avoir des professionnels formés et compétents sur chaque poste. Arrêter d'être le joker de l'établissement pour tout gérer. Etre reconnu par les autorités tarifaires, ne pas recevoir des documents à la dernière minute ou avec des échéances dépassées pour faire correctement le travail.

Pouvoir recruter des faisant fonction

Promotion des métiers de l'autonomie, un schéma d'organisation et de coordination territoriale, une animation institutionnelle renforcée, une réforme du financement de l'activité domiciliaire.

Recrutement d'un adjoint de direction

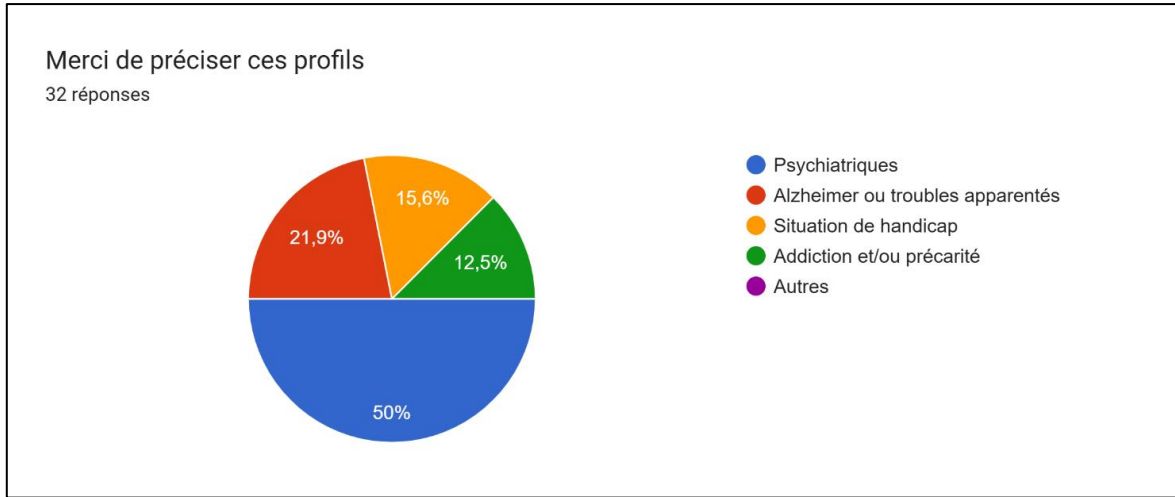
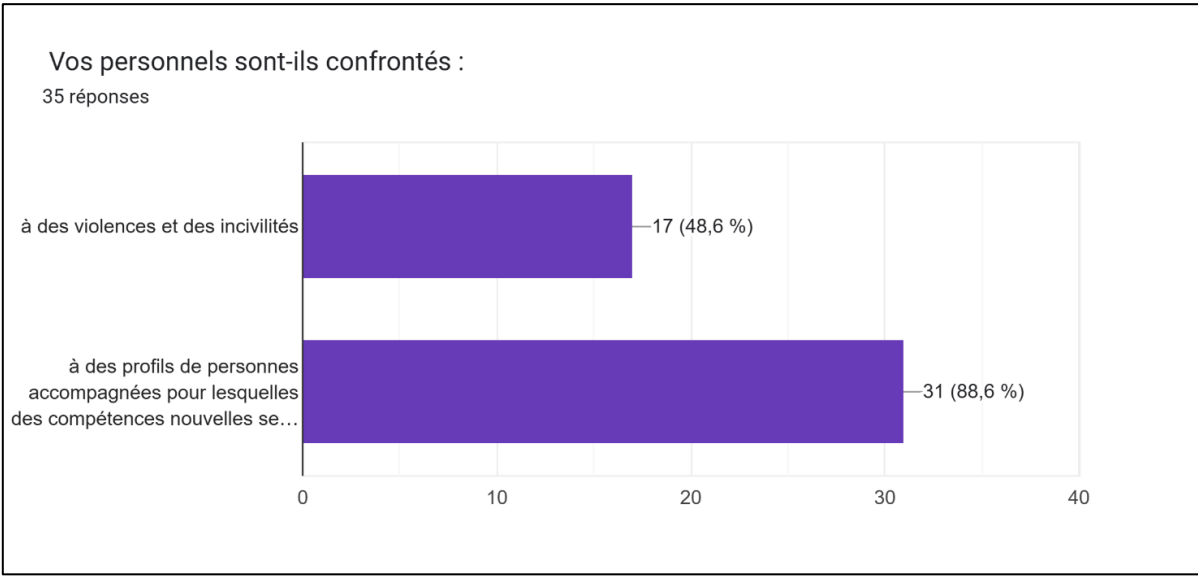
Avoir plus de compétences en interne

Avoir une aide réelle des autorités de tarification et arrêter d'avoir des gens qui nous disent comment il faut faire mais avoir plus de monde pour faire !

Avoir des fonctions supports pour aider à la fonction de direction qui couvre un large panel (volet juridique, RH, règlementaire...)

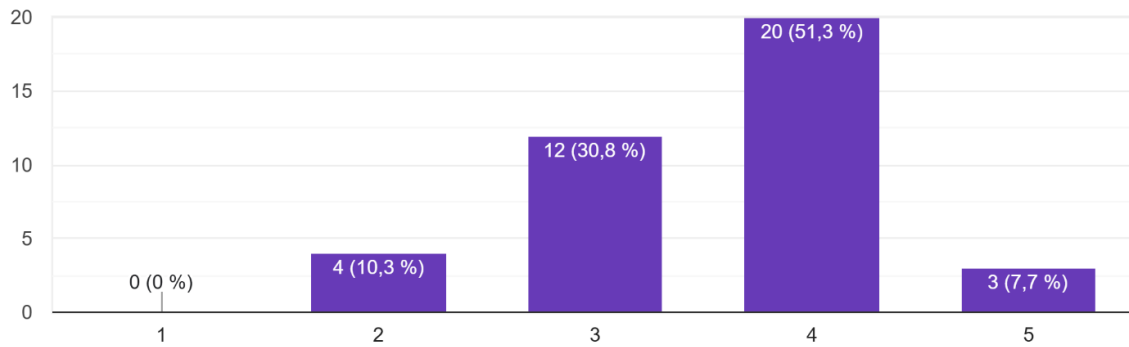
Changer le modèle managérial en incluant de l'auto-gestion, de la co-responsabilité et une nouvelle réflexion quant au financement des structures

Moins d'administratif



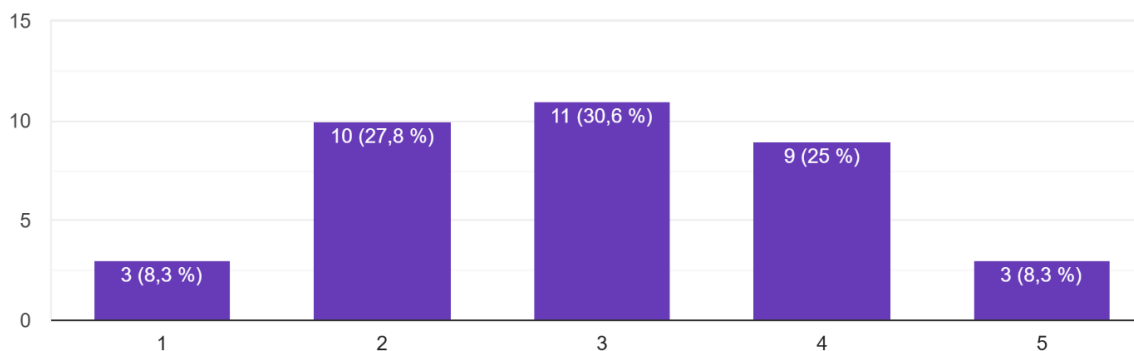
Comment jugez-vous les relations avec les partenaires extérieurs (soins, aides à la vie quotidienne) ?

39 réponses



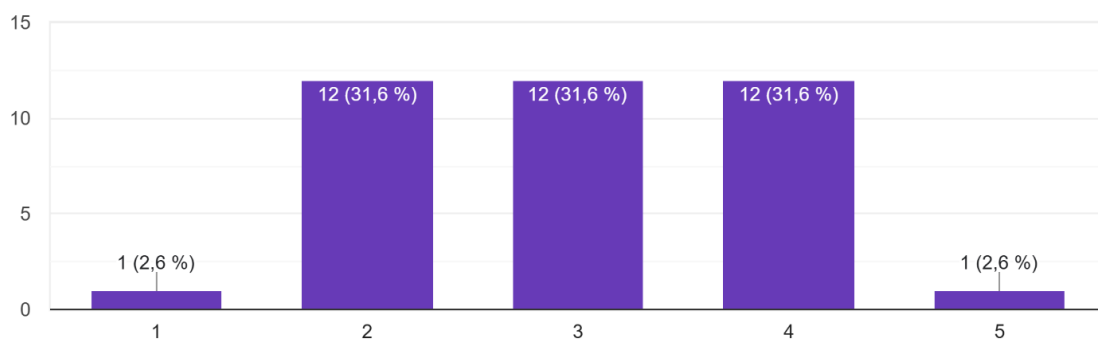
Comment jugez-vous l'appui des associations locales ?

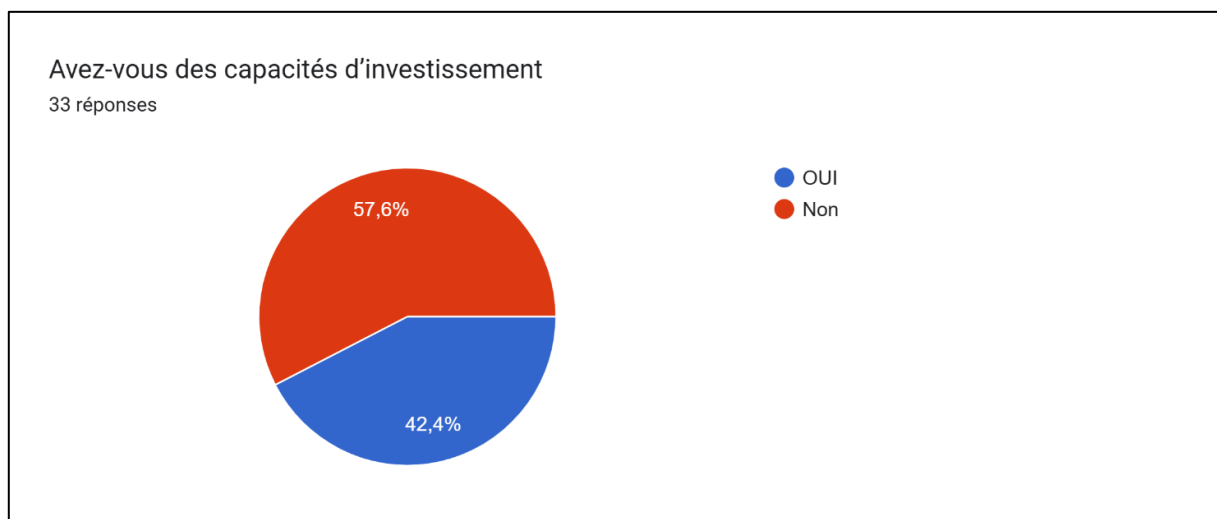
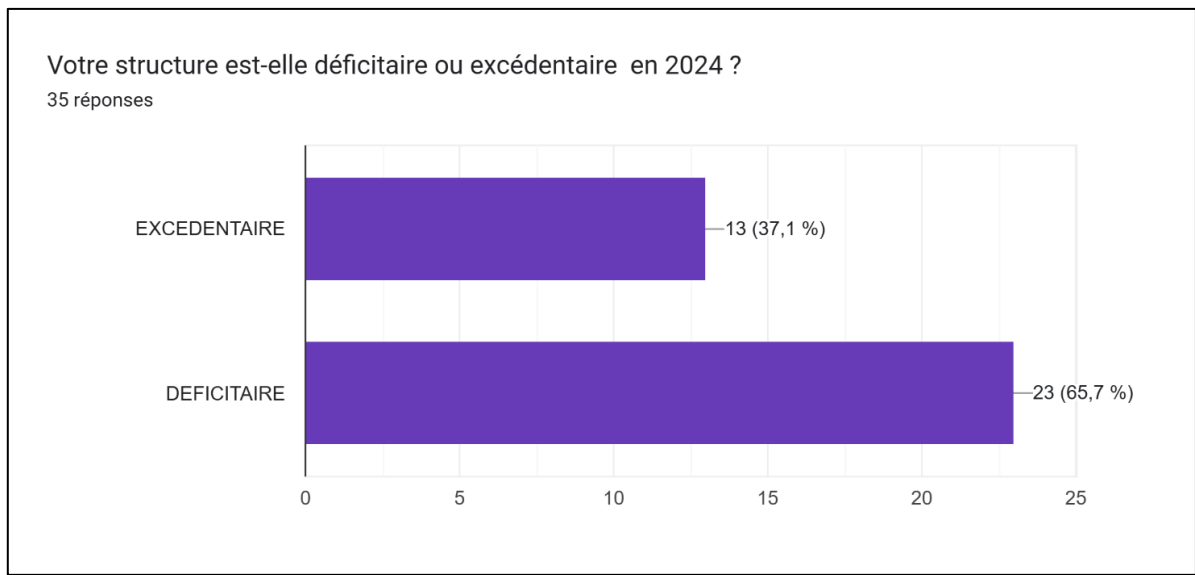
36 réponses



Comment jugez-vous l'appui des familles dans les prises en charge ?

38 réponses





Territoire du bien vieillir : quel contenu y projetez-vous en priorité ? 15 réponses

MAINTIEN DE L'AUTONOMIE- BIEN ETRE MENTAL-RESPECT DES HABITUDES DE VIE

Améliorer la qualité de vie des résidents avec un habitat adapté, donner une place aux personnes âgées dans le territoire même si elles vivent en EHPAD, la vie doit entrer dans l'EHPAD et cela passe par des actions réalisées au sein de l'EHPAD et ouvertes à toute la population sans que cette population ait des freins à entrer dans un EHPAD qui doit être vu comme un lieu de vie et non un lieu de mort

Sensibilisation à la santé mentale, à l'isolement, à la dépression

Soutiens financiers et psychologiques aux EHPAD

Personnalisation de l'accompagnement, accompagnement adapté pour chacun, quel que soient les revenus

S'ouvrir sur l'extérieur et l'intergénérationnel

Etre en capacité d'accueillir les résidents dans de bonnes conditions avec du personnel en nombre et des locaux adaptés

Mettre l'EHPAD au coeur de la vie du village

Ne sais pas

Un schéma d'organisation et d'animation territoriale dédiée et à la manoeuvre du Département du LOT mais co-construire avec les acteurs de la filière. Thématiques : prévention & repérage, accompagnement & soutien à domicile, continuité des parcours & lutte contre les ruptures, gestion des épisodes/situations aigus & critiques. Thématiques additionnels & périphériques : mobilité, alimentation & nutrition, aidants, vie sociale & relationnelle.

Prévention santé, accueil de jour,

Je ne sais pas ce que veut dire un territoire du bien vieillir, à part se faire plaisir avec un vocabulaire attrayant....

Intégration des lieux d'hébergements à la cité et ses activités, qualité des soins et du projet de vie

Renforcement des actions de prévention (cf. ICOPE, APA, orientation précoce vers les maisons sport santé) ; mise en place d'une réflexion anticipée sur l'arrivée en institution (pour séjours temporaires ou permanents) notamment avec l'aide des CRT ou projet de maintien à domicile avec tous les moyens (matériels, humains ou IA et domotiques) nécessaires

Des structures plus familiales, moins normées

Souhaitez-vous rajouter un autre élément ? 9 réponses

Non

BESOIN DE PSYCHOMOTRICITE-

Nouvel établissement prévu courant 2027

Nous sommes excédentaires par manque d'IDE, d'AS, de médecin co, un mauvais excédent

Il faut vraiment prendre conscience par les pouvoirs publics des difficultés quotidiennes des EHPAD et les soutenir au lieu de leur rajouter toujours plus d'injonctions avec moins de moyens

Il est important que les pouvoirs publics prennent conscience que nous n'avons plus assez de moyens humains et financiers pour accueillir nos "anciens" dans des conditions adaptées

Comment le CD 46 peut faire une politique d'EHPAD quand il est sûr de tout connaître et de tout savoir...

ANNEXE III

Synthèse des Focus Groupes organisés

69 personnes (résidents et familles quasi exclusivement) ont été entendues sur 6 établissements différents, sur la base d'une même trame :

Dans votre quotidien et votre expérience de vie :

- qu'est-ce qu'il faut absolument garder ?
- qu'est-ce qu'on doit surtout améliorer ?
- qu'est-ce qu'il faut supprimer ?
- qu'est-ce qu'il serait génial d'inventer ?

Les verbatims ont été retracés et renvoyés à chaque direction (ci-joints), en préservant l'anonymat. L'expression libre, sur des temps courts (1h à 1h 30) s'est traduite par une grande richesse des propos et des portes d'entrées et des focales très variées.

1) La description du monde idéal :

Le désir d'une vie active et adaptée au vieillissement quel que soit le lieu d'habitation, donc y compris en EHPAD. Les activités d'animation sont partout plébiscitées, qu'elles soient activités physiques, cognitives, culturelles ou de simple convivialité.

Dans un collectif, il faut donc des organisations centrées sur la personne âgée, qui permettent adaptation et autonomisation. Un faible turn-over des personnes qui accompagnent est donc un plus car meilleure connaissance des besoins de la personne.

Des valeurs de bienveillance, d'empathie, d'écoutes mutuelles et de lutte contre l'âgisme sont remontées.

Ces lieux de vie doivent être ouverts sur l'extérieur (d'où l'importance d'un environnement extérieur accessible et avec des services proposés) et permettre des relations intergénérationnelles (pas seulement avec des enfants mais aussi avec des jeunes adultes actifs, avec le sentiment que les personnes âgées peuvent et doivent apporter beaucoup de choses aux autres).

Le maintien du réseau social préexistant est recherché de façon très préférentielle au rapprochement familial. Mais quand les deux sont possibles c'est le mieux.

L'EHPAD doit rester un lieu de vie, on doit donc pouvoir si on le souhaite y réaliser des actes de la vie quotidienne, et continuer à y vivre comme si on était à domicile, y manger comme à domicile (exemples de normes qui interdisent certains aliments type œufs...), y recevoir famille et amis, y vivre avec son animal de compagnie.

Si la sécurité et la solitude ne pèsent pas trop, le choix est de rester à domicile. Mais à certaines périodes de la vie (deuil, hospitalisation) ou selon les saisons (hiver notamment), on peut avoir besoin d'une prise en charge collective de proximité tout en conservant la possibilité du retour à domicile.

2) Les principales difficultés rencontrées dans les expériences de vie

Pour de nombreuses personnes il est relaté le défaut d'anticipation d'une entrée en institution et la décision parfois brutale car prise sous des délais très courts et ressentie comme subie (*je le fais à la demande de mes enfants*).

Les modalités administratives sont décrites comme non satisfaisantes : VIATRAJECTOIRE est connu et utilisé mais présente des inconvénients : déshumanisation de ce processus d'entrée, risque d'un remplissage dématérialisé inutile car de nombreux médecins ne l'utilisent pas pour le volet médical, ce qui oblige à un retour papier.

Les délais de réponse demandés par les établissements lorsqu'un logement se libère sont très courts (ex : 48h), l'accompagnement à l'entrée est peu décrit, les aidants se disent peu accompagnés, notamment en termes de lisibilité et de compréhension de l'offre de services.

L'accès à la santé est parfois problématique, en particulier dans deux types de situations :

- lorsque la personne âgée est amenée à quitter sa région d'origine, elle peut se retrouver sans médecin traitant et avec des difficultés pour accéder à un nouveau médecin ;
- l'accès aux soins dentaires est très difficile sur le territoire.

A cela se rajoutent (parfois) souvent des problématiques de transports, pour l'ensemble des spécialités.

Si les liens avec les différents hôpitaux du Lot sont jugés satisfaisants, des craintes sont exprimées sur le fait de mourir à l'hôpital, alors que le souhait serait de finir sa vie au domicile ou dans l'institution qui s'y substitue. Sur ce sujet de fin de vie, le sujet est très peu abordé et s'il l'est, il reste souvent « cantonné » aux directives anticipées. Des demandes de soutiens pour les proches et le personnel sont exprimées.

Les conditions d'habitat sont souvent abordées :

- absence de climatisation dans les espaces privés, ce qui se traduit par des portes ouvertes et contribue donc à une moindre intimité et de l'inconfort quand grosses chaleurs (y compris nocturne) ;
- absence de lieux d'apaisement pour des personnes avec troubles du comportement ;
- logement privé souvent jugé insuffisant en termes de surface.

3) Des propositions d'amélioration :

- Créer des espaces intérieurs et extérieurs ouverts à la population : jardins publics, lieux de convivialité, kiosque à journaux...etc, et favoriser les projets qui permettent à l'EHPAD d'ouvrir ses activités au monde extérieur (ou encore des associations extérieures qui viendraient dans l'EHPAD).
- Développer des animations qui rassemblent les résidents et du public extérieur (les personnes ont sinon tendance à se rassembler par affinité) mais en même temps permettre un effacement du collectif pour construire des accompagnements plus personnalisés : un équilibre à trouver.
- Avoir des accès facilités en termes de transports et d'horaires sur des événements culturels : théâtre, cinéma, conférences.

- Concernant le personnel en EHPAD :
 - Donner du temps d'accompagnement supplémentaire, notamment pour les soins et l'activité physique adaptée, jugée indispensable. Concernant les soins, expérimenter la présence d'une IPA sur temps partiel au sein de l'EHPAD.
 - Fidéliser le personnel et veiller à la qualité de vie au travail.
 - Les conditions de diplôme ne garantissent pas suffisamment l'empathie et la capacité à exercer sur ces métiers (mieux valoriser le savoir être).
 - Accéder à un comité d'éthique pour évoquer des sujets difficiles dont celui de la fin de vie.
- Redonner et conforter la parole des aînés car l'âgisme qui les en prive imprègne trop notre société et parfois diffuse dans l'établissement, ce qui nécessite de sortir d'une logique trop sécuritaire et/ou infantilisante.
- Mieux accompagner les fins de vie notamment en permettant aux proches d'être plus présents, ouvrir ce sujet de fin de vie à la réflexion interne et pour le personnel avoir accès à des échanges sur l'éthique.

ANNEXE IV

Fiches monographiques CNSA

Pour la totalité :



fiches monographiques CNS

Exemple de fiche :



IDENTITÉ DU LIEU

EHPAD La Bonne Eure
Public Privé
 Date de création : 1974
 Lieu : 31 rue de Candy, 41250 BRACIEUX
 Capacité d'accueil : 80 places
 Équipe établissement : 64 salariés.es
 Nombre de bénévoles : 900 interventions/an et 11 associations conventionnées
 Services civiques : 1 jeune (au total : 4 sur les 3 EHPAD)
 Équipe de projet :
 • Pierre GOUABAUT, directeur
 • Nelly MARIE, coordination de la dynamique sociale et du tiers-lieu

DOMAINE D'ACTIVITÉS

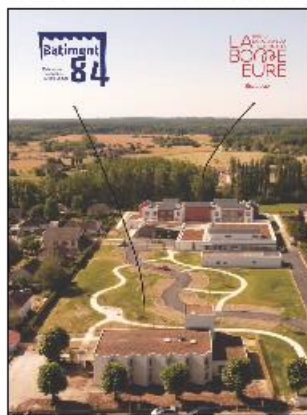
- Arts, Sciences et Culture**
 Diffusion, programmation, renforcement de la pratique professionnelle et amateur, opérateur culturel
- Développement social et économique local, services au territoire**
 Académie des métiers du lien, Crèche, Café solidaire, Logements saisonniers, coworking...
- Services aux personnes âgées et aux aidants**
 Logement inclusif, dispositif Parcours, dynamique sociale
- Services aux associations**
 Locaux, partage d'équipement, visibilité et communication

RÉSEAU DE PARTENAIRES

- La Halle aux Grains
- Chato'do
- Le Domaine National de Chambord
- Communauté de commune du Grand Chambord et ses associations
- Ville de Bracieux
- Loir&Cher Logement
- Aux jardins de l'enfance (Crèche)
- ASEPT Centre Val de Loire

BÂTIMENT 84

L'EHPAD comme animateur du territoire dans le champ de l'autonomie et des solidarités



EN QUELQUES MOTS

L'EHPAD de Bracieux a été créé en 1974, historiquement foyer logement il a évolué dès 1984 pour devenir "maison de retraite" par l'extension d'une nouvelle aile : bâtiment 84. En 2018, lors de la reconstruction totale du nouvel EHPAD les liens avec le territoire et la démarche de design social a dessiner la transformation de l'EHPAD en centre de ressources et d'animation du territoire : on a vu la transformation du rôle de l'EHPAD et l'émergence d'une dynamique de tiers-lieu. Les collaborations avec les résidents, les familles, les professionnels, les habitants, les associations et les artistes ont permis de resocialiser les espaces collectifs et les ouvrir sur l'extérieur, de rapporter de l'intime dans les lieux communs et de distribuer les locaux en quartiers de vie de 12 logements maximum pour correspondre aux besoins en accompagnement de leurs habitants. Avec le virage domiciliaire et le recul de l'âge d'entrée, un des enjeux qui s'est imposé est de ne pas exclure ! L'EHPAD doit accompagner les personnes dans leur parcours de vie et d'autonomie, bien au-delà de l'entrée. La décision de garder cette aile du bâtiment a été prise collectivement : cette friche, qui avait fait naître l'EHPAD en 84 se révèle être aujourd'hui encore une véritable opportunité pour relier le cœur de village, pour créer un relais de la ville en zone rurale et donner les espaces nécessaires pour concrétiser la dynamique de tiers-lieu.

" Ce devoir d'accessibilité de la culture à tous les publics dont les résidents les plus dépendants et les moins autonomes a facilité le changement de regard sur les plus fragiles et est venu créer un lien singulier entre ceux que nous accueillons et le grand public ; parce que l'universalité du « beau » nous a réunis. "

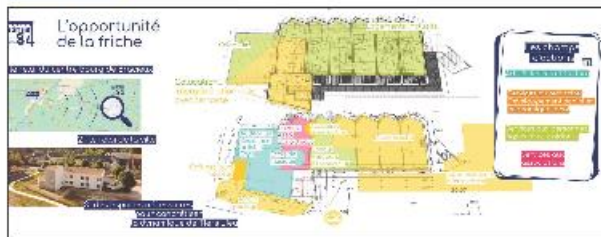
OBJECTIF DU PROJET

Développer le **VIVRE ENSEMBLE** et **lutter contre les tabous sociaux**.

- Promotion de la **citoyenneté à tout âge**
- Promotion de la **culture** partout, par tous, et pour tous
- Promotion du lien social et de la **rencontre**
- Promotion de la **vie associative locale**
- Promotion du **développement social et économique local**

MÉTHODE ET PARTI-PRIS

Une gouvernance partagée avec des comités de pilotage par champs d'actions. Une ingénierie de programmation culturelle basée sur la participation citoyenne en appui des opérateurs culturels du territoire. Une coordination entre les parties prenantes pour un lieu vivant et des échanges riches, pour impulser la dynamique collective, organiser la complémentarité des services et garantir le bon fonctionnement du lieu.



" La crise sanitaire a provoqué de nouvelles formes d'engagement associatif qu'il s'agit de promouvoir. "

ACTION CULTURELLE MUTUALISATION DE LOCAUX ET DE RESSOURCES



ANNEXE V : Résumé des assises du social, le 14 Octobre 2025 : *Et si vieillir devenait une aventure ?*

Propos introductifs :

- Du Président du Département : Sujet pour lequel la société n'a pas suffisamment investi. Rappel du choix politique du Département, au travers des 55 millions dépensés annuellement de permettre à chacun de vivre dignement.
- De la préfète du Lot, le modèle construit il y a 80 ans doit évoluer, en particulier autour des trois axes suivants :
 - o Reconnaître et favoriser le rôle de seniors dans la création de liens (tiers-lieux, associations, mandats électifs)
 - o Faire évoluer l'offre en favorisant les connexions institutions/monde extérieur, en développant des offres alternatives et en interrogeant les contenus métiers
 - o Changer de vision sur la vieillesse, et en faire une ressource pour la revitalisation des territoires ruraux.

Première intervention : Les seniors : Les acteurs d'une dynamique territoriale et de l'attractivité

Hélène BLASQUIET, doctorante en géographie et sciences politiques, VetAgro Sup – en lien avec le réseau REVIC , propose une lecture critique des représentations associées à la vieillesse. Elle s'intéresse aux engagements des seniors en milieu rural et aux dynamiques sociales qu'ils contribuent à impulser.

Sur les concepts à retenir : le vieillissement est différent d'une personne à l'autre et s'appuie sur :

- o un capital social et économique
- o un capital d'autochtonie, qui permet la connaissance de son territoire d'origine
- o un capital de mobilité et de résilience qui va favoriser les échanges d'expérience. Ces « capitaux » sont activés dans les engagements des seniors, qui, hors les rôles potentiels d'aidants familiaux, sont de trois ordres : le bénévolat, l'engagement électif, le militantisme (le moins visible).

Fin de l'intervention sur l'impact des mots utilisés dans les représentations, référence à la campagne de l'OMS contre l'âgisme : <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/global-campaign-to-combat-ageism---toolkit---fr.pdf>

Deuxième intervention : expérience du Bavardou racontée par ses bénévoles

Récemment labellisé « Espace de Vie Sociale » (et donc avec financement CAF d'un mi-temps de secrétariat qui est désormais l'élément central) le bar associatif "Bavardou" à Saint-Cernin, est né en 2018, grâce aux énergies conjointes d'élus et d'habitants qui ont réussi à construire un espace où tout habitant, jeune et moins jeune, trouve sa place f, au cœur d'une dynamique en plein cœur du village(en lien création école). La phrase à retenir : « **là où il y a un besoin, il y a une solution** », traduit l'état d'esprit et le mode opératoire de ce collectif , géré sous un mode collégial.

Troisième intervention : Construire le territoire de demain avec les habitants et les acteurs locaux

Caroline BUYS, Designer médiatrice au sein de La Capitainerie, société coopérative composée d'un équipage d'architecte, urbaniste et designer, spécialisé dans les démarches participatives liées à l'aménagement du territoire : <http://www.la-capitainerie.com/>

Elle raconte la façon dont ils accompagnent les projets locaux avec celles et ceux qui imaginent, habitent, parcourent et utilisent le territoire au quotidien. Noter que ces démarches demandent du temps, parfois incompatible avec les échéances des élus.

Dans les exemples donnés sur l'ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur quelques idées novatrices : y intégrer une salle de cinéma, une résidence d'artistes, y intégrer la livraison des paniers AMAP, et en extérieur, partager des espaces publics.

Temps artistique : "CABANE". Extrait du spectacle par la compagnie lotoise Totem Récidive

"Cabane" est une adaptation théâtrale du roman de Millie Duyé, qui retrace la progression d'une jeune fille dans son parcours de vie, de son enfance à son entrée dans l'âge adulte, autour de la notion de "chez soi" et de l'attachement au refuge que ce chez soi constitue . Une phrase extraite du spectacle qui me paraît intéressante à retenir : « **j'ai construit de murs de pierre cimentés par l'angoisse. J'aurais dû me laisser de l'espace** ». Retour sur ce spectacle lorsqu'il est réalisé en EHPAD : une très grande facilité car rapport intimiste, réactions sans filtres et permanence des souvenirs d'enfance qui permet les échanges.

Quatrième intervention : "Ce à quoi l'on tient, et ce qui nous tient" : Attachements différenciés au domicile face à l'avancée en âge

Christophe HUMBERT, Sociologue PRAXINNOV - Université de Strasbourg

Les Français préfèrent vieillir à domicile plutôt qu'envisager un déménagement en établissement. Christophe Humbert, ancien travailleur social devenu sociologue, a interrogé l'attachement au domicile des personnes en perte d'autonomie avançant en âge. Cet attachement se construit sur la base de liens affectifs (familles, accomplissement personnel), sociaux (liens voisinage proches), et symboliques. Il permet une continuité identitaire (ie tenir un récit cohérent sur soi) et des transformations soudaines et subies altèrent donc ce récit et peuvent mettre à mal l'équilibre de l'individu.

Cinquième intervention Accompagner le choix d'habiter des personnes retraitées : Atelier « Avancée en âge et penser son habitat de demain »

Vanessa COUVREUX-CHAPEAU, Directrice de l'association Habit'âge

Nina CATALAYUD, Directrice de l'association Artesage

L'association Habit'âge propose des ateliers collectifs pour accompagner des personnes retraitées à penser leur habitat de demain. <https://www.habitage-asso.fr/accompagnement/accompagner-les-retrait%C3%A9s/>;

Habit'âge propose et transmet son savoir faire sur ces ateliers, cela pourrait constituer une opportunité d'évolution de nos pratiques d'accompagnement des seniors et des élus soit par l'intermédiaire de nos EPA, soit lors des accompagnements en ingénierie des projets du SDAIL..

La Maison Artesage expérimente dans le Gers sa « version » de cette belle expérience grâce à son atelier « l'art d'habiter, vieillir autrement ».

Clôture :Remerciements des vices présidentes : Me Ginestet et Me Maury

ANNEXE VI : Plaidoyer pour le bien vieillir dans le Lot

Madame, Monsieur, chers élu·es, et citoyen·nes,

Je vous propose aujourd'hui ce plaidoyer pour porter un message fort : Bien vieillir dans le Lot est un impératif de justice sociale, de solidarité territoriale, et de responsabilité civique.

Bien vieillir c'est.....(à compléter avec vos mots d'élus-es)

Notre département connaît déjà — et il connaîtra davantage demain — les effets du vieillissement démographique. Il existe des défis, mais aussi les ressources, la volonté politique et la force collective pour faire en sorte que chacun puisse « renforcer ses compétences pour prolonger son autonomie, soutenir santé et qualité de vie à domicile le plus longtemps possible » (définition du bien vieillir selon Santé Publique France) . Notre volonté politique est également que notre territoire s'adapte au vieillissement de sa population et fasse de cet enjeu une ressource sociale et économique. En l'absence de politiques nationales ambitieuses sur ce sujet sociétal, il me paraît fondamental d'une nouvelle fois alerter et mobiliser localement pour répondre aux besoins, c'est en effet une responsabilité démocratique d'être au plus près des besoins des citoyens-nes.

1 1. Pourquoi agir maintenant : les enjeux spécifiques du Lot

Le constat démographique : La population vieillit fortement. En 2020 selon les données INSEE, la part des 65 ans et plus dans le Lot est de 31%, versus 21% en Occitanie, ce qui représente un nombre de personnes avoisinant les .

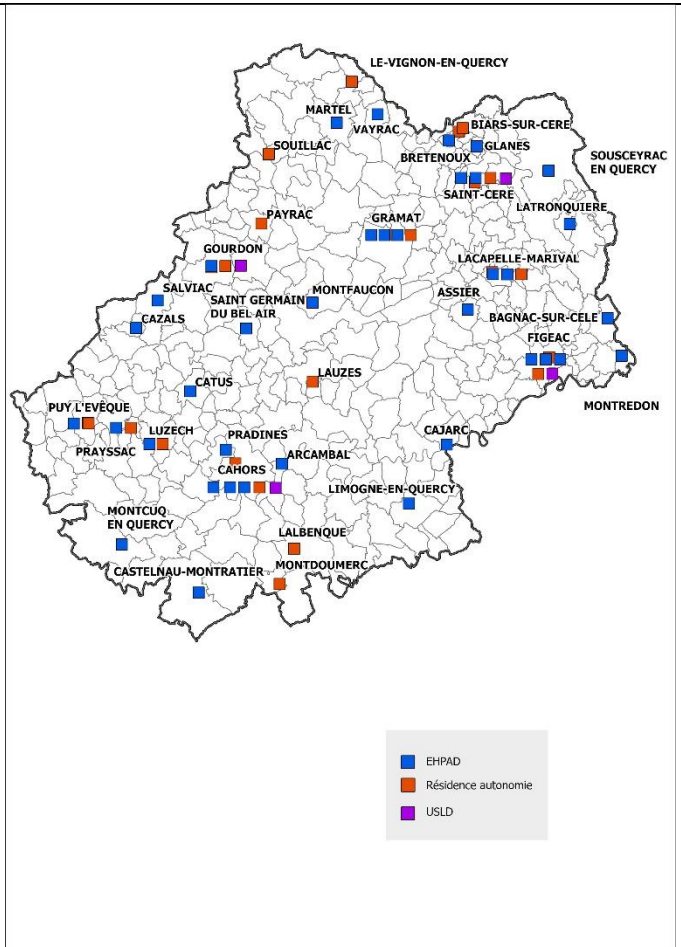
En 2040, la part des 65 ans et plus dans le Lot sera **de 40%**, versus 26% en Occitanie, (et France entière) ce qui traduit un accroissement du vieillissement de la population lotoise : les migrations accentuent encore le vieillissement : les seniors qui s'installent dans le département sont plus nombreux que ceux qui en partent . Ce vieillissement est également dû au flux migratoire des jeunes actifs qui quittent le territoire .

Le Lot fait face à un déficit en nombre de professionnels dans le secteur du service et du grand âge, dans l'aide à domicile, dans les EHPAD, etc. Les recrutements sont difficiles, et l'impact démographique se traduira par **un risque de population active de proximité insuffisante pour couvrir les besoins**. Une vigilance toute particulière doit être également portée à la nécessité d'une adaptation de la filière soins à cette population âgée. *« La démographie médicale vieillissante a engendré un effondrement récent de la densité médicale alors même que le vieillissement de la population majeure son besoin en soins. Hormis pour les infirmiers, la densité des professionnels de santé est plus faible qu'en Occitanie » Extrait schéma territoriale ARS*

Par contre le Lot est riche d'une activité associative sportive, culturelle et de structures familiales qui permettent aux aidants familiaux de jouer un rôle essentiel, bien qu'ils soient trop souvent isolés, peu reconnus et peu soutenus.. Les deux (associations et aidants) doivent donc faire l'objet d'une attention particulière, en lien avec les besoins exprimés autour des seniors..

Enfin, le Lot est un territoire majoritairement rural, avec de nombreuses zones peu denses. Cela signifie que les distances, la dispersion des habitations, l'accès aux services (santé, commerces, aides à domicile) peuvent être des freins majeurs à l'autonomie des personnes âgées. Répondre à cette ruralité nécessite donc un maillage fin de l'offre : ainsi les EHPAD et les RA sont nombreux mais de petite taille et aujourd'hui confrontés à des besoins de rénovation, d'adaptation aux nouvelles populations qu'il conviendra d'accompagner.

Ce maillage fin est également celui des services du Département et la création de l'entreprise publique Lot aide à Domicile permet aujourd'hui de ne pas avoir de zones blanches pour les services d'aide à domicile.



2 2. Ce qui existe déjà – les forces sur lesquelles s'appuyer

Le Lot a déjà engagé de nombreuses initiatives, ce qui montre qu'il y a une base solide :

- Le Schéma départemental de l'autonomie du Lot (2022-2026), co-signé par le Département et l'ARS, qui intègre personnes âgées et personnes handicapées — un schéma innovant et nécessaire. , qui dans une gouvernance partagée ARS/CD et MDPH a permis de mieux répondre aux besoins de la population. Son renouvellement devrait permettre de poursuivre dans ce sens.
- Des appels à projets pour financer des actions de prévention de la perte d'autonomie : lutte contre l'isolement, nutrition, mémoire, mobilité, adaptation de l'habitat, soutien des aidants. : la commission des financeurs est particulièrement active et investit 700 K€ annuellement sur les sujets de prévention. Le Lot est également précurseur dans l'utilisation de deux outils : ICOPE pour le repérage précoce des fragilités et la plateforme OGENIE pour la lutte contre l'isolement et la lisibilité de l'offre en termes de prévention.
- Implication des acteurs de terrain (services d'aide à domicile, collectivités locales, associations, professionnels de santé) dans les travaux de diagnostic, de concertation, de gouvernance autour du vieillissement. : le territoire lotois est couvert par trois CLS

- qui abordent tous ce sujet du vieillissement et constitue donc une gouvernance partagée de cet enjeu. Un lien est également fait avec les CPTS.
- Plus largement des collectifs d'acteurs (internes et externes au CD) sont sensibilisés à l'importance des actions portant sur les déterminants de santé, lesquelles ne peuvent être menées que par une coordination étroite

3 3. Ce qu'il reste à faire — les propositions

Afin que le Lot soit un exemple de département où l'on vieillit bien, voici des recommandations concrètes pour notre fin de mandat:

Axe	Ce qu'il faut faire	Exemples de mesures
Agir sur l'environnement, les milieux et la gestion des risques	Veiller à un urbanisme favorable, conforter les services d'aide à domicile et l'accès à la santé dans les zones rurales, faciliter l'adaptation du logement.	Offrir des aides pour adapter le domicile (rampe, salle de bains accessibles...), assurer une couverture géographique des services d'aide., rendre les métiers du soins attractifs
Agir sur les comportements et promouvoir prévention et vie saine	Renforcer les dispositifs comme ICOPE, développement d'outils de dépistage, campagnes de sensibilisation sur la nutrition, la mobilité, la santé mentale.	Former les professionnels de santé primaire, impliquer les facteurs ou d'autres acteurs de proximité pour repérer les fragilités.
Favoriser l'inclusion sociale par la création de lieux de rencontres	Lutter contre l'isolement, développer les activités culturelles, sportives, sociales accessibles, favoriser la participation citoyenne des seniors.	Organisations de rencontres intergénérationnelles, soutenir le bénévolat, conforter des programmes de culture dans les EHPAD et RA..
Assurer une gouvernance territorialisée, suivi & évaluation	Mettre en place des instances locales de concertation (communes, communauté de communes), assurer la participation des personnes âgées, rendre des comptes régulièrement.	Des conférences locales de l'autonomie, des assises départementales, adaptation continue des plans selon les retours de terrain. Créer une plateforme départementale des métiers de l'autonomie, partenariats avec les organismes de formation, campagnes de valorisation, incitations pour les professionnels à s'installer dans les zones rurales.
Valoriser les métiers du grand âge	Revaloriser les salaires, améliorer les conditions de travail, proposer plus de formation, sensibiliser.	Centres de jour, services d'accueil temporaire, accueil de nuit, sensibilisation et information sur les aides.
Soutenir les aidants	Offrir des temps de répit, un soutien psycho-social, une information claire, des aides financières/adaptation de leur situation.	

4 Appel à l'engagement

Je lance un appel à :

- **l'État et l'ARS**: pour accompagner financièrement les départements ruraux comme le Lot qui font face à des surcoûts (services dispersés, mobilité, etc.), pour soutenir la revalorisation des métiers, pour simplifier les aides existantes, pour accompagner la nécessaire évolution de l'offre sanitaire et médico-sociale.. Plus largement au niveau national l'Etat doit se saisir du sujet du financement de la dépendance et permettre aux départements d'ajuster leurs politiques par des marges de manœuvre financières possibles au niveau local.
- **Aux communes, intercommunalités, associations, acteurs locaux** : pour continuer à être des maillons de la solidarité et de la prévention, pour être à l'écoute des seniors, pour inventer des services ou des initiatives adaptées localement.
- **aux citoyens et citoyennes** : pour reconnaître la contribution des personnes âgées, encourager et valoriser le bénévolat, soutenir les aidants, promouvoir le vivre-ensemble intergénérationnel et relayer les politiques de promotion de la santé.

Le Département du Lot : accélérera la mise en œuvre du schéma autonomie, assurera que l'offre de services d'aide à domicile soit renforcée partout, y compris dans les communes les plus isolées, et intégrera dans l'ensemble de ces politiques les problématiques et les réponses les plus adaptées au vieillissement.

5 Conclusion

Vieillir dans le Lot ne doit pas signifier renoncer à l'autonomie, à la dignité, ou à la joie de vivre. Avec les atouts dont nous disposons — un tissu associatif vivant, des élus engagés, une vraie volonté de prévention, nous pouvons faire du Lot un territoire où l'on vieillit bien, équitablement, humainement. La centralité de la personne avançant en âge doit être au cœur de nos préoccupations et des politiques publiques.

C'est un défi collectif, un devoir moral — et une opportunité : celle de montrer que la ruralité peut être un terrain d'innovation sociale, de relations humaines, de qualité de vie. Ensemble, investissons dans ce qui rend l'avancée en âge digne, respectée, vivante.