



SwissLife
Asset Managers

*Livre blanc
en collaboration
avec*



EHPA
FORMATION CONSEIL PRESSE

Ehpad :
accompagner la nécessaire
mutation d'un modèle solide

Préface

François-Xavier Albouy,
docteur en économie, directeur de
recherche à la chaire Transitions
économiques, transitions
démographiques



Vieillessement : une invitation à voir le verre plein

Luc Broussy,
président de la filière
Silver économie,
directeur du *Mensuel des
Maisons de Retraite*



C'est une réalité, l'Europe est désormais confrontée à un vieillissement massif et rapide de sa population. Les sociétés doivent s'adapter à cette réalité nouvelle ainsi qu'aux contraintes, financières et sanitaires notamment, qu'elle engendre.

Cet enjeu est devenu plus visible encore avec la crise sanitaire que nous traversons depuis le printemps 2020 : les personnes âgées sont les premières cibles de la Covid-19 et c'est pour protéger ces générations vulnérables que l'ensemble de la population a accepté, à plusieurs reprises déjà, d'être privé de certaines de ses libertés. Ce « pacte générationnel » tacite nous a permis de vivre cet épisode de crise sans percevoir le risque d'une « guerre des générations ».

Loin de voir le vieillissement comme une catastrophe potentielle ou comme une calamité dont il nous faudrait éviter les effets, nous souhaitons inviter ici chacune et chacun à penser autrement. À voir le verre à moitié plein, à être optimistes sans être naïfs.

Revenons tout d'abord à l'Europe. **Notre continent vieillit, mais tous les pays ne le font pas dans les mêmes termes.** Il y a ceux, comme l'Allemagne, qui vieillissent en voyant leur population globale décliner. Et il y a ceux, comme la France, qui vieillissent tout en voyant leur population croître.

On comprend aisément que, dans la première situation, le vieillissement apparaisse comme un problème : la question de savoir comment la population active, de moins en moins nombreuse, prendra en charge la population âgée, de plus en plus importante, se pose évidemment de façon abrupte. En France et dans quelques autres pays européens, la question se pose autrement. L'antimalthusien avant l'heure, Jean Bodin, écrivait : « Il n'y a ni richesse ni force que d'hommes. » Si on estime, en effet, que la croissance démographique est une chance, notamment pour la croissance économique, le poids du vieillissement demeure somme toute relatif. En France, avec une population active croissante, nous serons en capacité de produire plus pour couvrir les besoins d'une population âgée croissante.

Un autre point sur lequel nous souhaitons insister est **le changement de paradigme qui s'opère actuellement à travers l'émergence de la « silver économie »**. Ce concept, encore tâtonnant, selon lequel le vieillissement de la population représente une opportunité de croissance, d'emploi et de bien-être est à contre-courant de la notion de « coût de la dépendance » apparue il y a vingt ans dans le débat public. À nous, acteurs du secteur, de regarder et de montrer les opportunités positives que représente le vieillissement quand d'autres ne cessent de calculer l'impact négatif du vieillissement sur la croissance ou la hausse des charges publiques qu'engendre le défi de la dépendance.

Dernier point incontournable pour nourrir cet élan optimiste : **il faut tordre le cou à la vision misérabiliste selon laquelle nous nous dirigeons vers une paupérisation généralisée des retraités !** Depuis quarante ans, la société française a en réalité sorti les plus âgés de la pauvreté, et quand bien même nous pourrions connaître dans les prochaines années un léger décrochage des retraites par rapport aux revenus des actifs, ce décrochage sera relatif et modéré. Dans les vingt prochaines années, nous assisterons à une hausse continue des revenus des 80-85 ans en raison d'un effet de cohorte générationnel, de la montée en charge des régimes de retraite dans les années 1970-1980, mais également de la proportion importante du taux de propriétaires immobiliers au sein de cette population. Ce constat ne signifie pas qu'il ne faut pas d'aide publique, notamment pour soutenir les ménages les plus démunis, mais pour dimensionner ces aides, il faut comprendre que nombre de personnes âgées ont elles-mêmes les moyens de financer leur propre vieillesse : parce qu'elles ont un pouvoir d'achat stable dans le temps et une capacité d'investir et d'épargner.

Tous ces éléments sont autant d'invitations à voir le verre plein et illustrent pleinement la pertinence du **concept de « société du vieillissement » que nous défendons**. Le vieillissement impacte toutes les sociétés humaines et ne va pas rebrousser chemin. Au mieux, ce phénomène va nous diriger vers une société « stationnaire » où un tiers de la population va passer un tiers de sa vie à la retraite. Ce n'est évidemment pas rien et cette réalité implique un changement considérable de notre conception de l'économie, de la croissance économique, des grands équilibres... et donc une **mutation de notre modèle**. Que fait-on de ces personnes qui vont passer un tiers de leur vie à la retraite ? Comment peuvent-elles contribuer à l'économie générale ? **Comment assurer, non pas malgré ce phénomène, mais avec lui, une harmonie entre les générations ?** Une harmonie qui puisse garantir une croissance économique portée par le vieillissement et la construction d'un modèle « éthique ».

Prenons l'exemple des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Statistiquement, le nombre de personnes âgées dépendantes va augmenter dans les années à venir, appelant à une croissance des investissements dans ce secteur. Ces investissements sont, par essence, empreints d'éthique, puisqu'ils favorisent l'harmonie entre les générations en évitant de faire porter la charge de ces évolutions aux jeunes générations.

Permettre à chacun de vieillir dans les meilleures conditions possibles sans que cela coûte aux générations futures est sans aucun doute une partie de la définition de l'éthique en matière de vieillissement. **L'implication de fonds d'investissement sur ces métiers et ce secteur trouve en cela tout son sens**, appelant éventuellement à la création de nouveaux produits pour entraîner plus harmonieusement chaque génération.

Sommaire

2 Préface

5 Introduction

Secteur des Ehpad : quarante ans de structuration et d'innovation

7 L'Ehpad : un modèle solide, mais devenu insatisfaisant

12 Un marché structuré autour d'acteurs de référence

17 Le défi financier, un enjeu de société

Une mutation nécessaire qui doit se transformer en autant d'opportunités

25 Comprendre la demande de demain

30 Anticiper les mutations de l'offre

Le défi immobilier au cœur de cette mutation

39 Défi #1 : Le temps de la standardisation est terminé

44 Défi #2 : La construction de l'avenir

48 Défi #3 : La rénovation de l'existant

51 Conclusion

Introduction



Alors que, depuis des mois, les médias, par la cruauté de leurs images et de leurs commentaires, font de l'Ehpad le parangon de la détresse et de la maltraitance du vieil âge, nous avons souhaité avec ce livre blanc vous en parler différemment, à vous, investisseurs, mais aussi à vous, exploitants. En effet, nous voulons :

- Expliquer sans simplifier comment s'est construit le modèle de l'Ehpad et comment il a évolué au sein de contraintes administratives de plus en plus denses. Nous avons trop souvent tendance à vouloir simplifier les choses sans nous rendre compte que cela avilit les compétences et les efforts quotidiens de tous les exploitants et salariés de ces établissements, tout autant que le lecteur par ailleurs.
- Redonner aux Ehpad la place essentielle qu'ils ont et doivent garder pour accompagner les personnes dépendantes d'aujourd'hui et de demain, et couvrir les besoins que les solutions (nouvelles et moins nouvelles) d'habitats intermédiaires ne peuvent satisfaire.
- Ramener, via les perspectives de l'Ehpad de demain, la personne âgée au sein de la société civile en tant que citoyenne à part entière comme elle doit l'être dans la continuité de sa vie et inclure l'Ehpad dans les flux urbains.
- Rappeler notre rôle, en tant que société de gestion, de promoteur d'une information exhaustive et transparente qui n'occulte pas les difficultés et valorise les succès en accord avec les valeurs que nous portons : vivre et vieillir en toute liberté de choix. Nous espérons que les investissements que nous avons faits et continuons à faire dans notre fonds santé européen démontrent cette volonté.
- Dialoguer avec vous, investisseurs et exploitants, pour trouver ensemble les réponses afin d'accompagner les évolutions immobilières, socles des innovations qui viendront en soutien aux équipes et aux résidents des Ehpad et justifieront le rôle central de ces derniers dans la mise en place de solutions rayonnant vers l'ensemble des intervenants.

*Valérie Maréchal,
Head Residential Care, Senior Fund
and Portfolio Manager*

Secteur des Ehpad : *quarante ans de structuration et d'innovation*

L'Ehpad d'aujourd'hui est le produit de quatre décennies d'évolutions législatives, démographiques et sectorielles, qui ont permis de construire un modèle et un environnement résistants, mais qui font face aujourd'hui à des défis d'envergure, exacerbés par la récente crise sanitaire de la Covid-19.

L'Ehpad : un modèle solide mais, devenu insatisfaisant

Depuis la loi du 30 juin 1975, qui a donné naissance au secteur médico-social, les Ehpad se sont peu à peu normés et professionnalisés, au profit d'une prise en charge et d'un accompagnement toujours plus qualitatifs.

De la création du secteur médico-social aux Ehpad : trente ans de cheminement entre sanitaire et social

Pour comprendre l'ambiguïté des liens entre sanitaire et médico-social, revenons aux sources de leur séparation. C'est en 1975 que s'est opérée la scission entre ces secteurs.

La Loi du 30 juin, relative aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, énonce pour la première fois que tout ce qui ne relève pas *stricto sensu* du soin entre dans le champ du médico-social.

Cette loi, réactualisée vingt-six ans plus tard par la loi du 2 janvier 2002 relative à l'action sociale et médico-sociale, régule ainsi notamment les maisons de retraite, logements-foyers, services d'aide et d'accompagnement à domicile ou encore services de soins infirmiers à domicile. Mais rapidement, dès la fin des années 1970, cette dichotomie entre soins et social ne tient plus. On introduit alors en 1978 des « sections de cure médicale » dans les maisons de retraite, sorte de quota de lits médicalisés. Depuis, les maisons de

retraite ne cessent d'évoluer vers plus de médicalisation.

C'est dans ce cadre que l'on assiste à **partir des années 1980 à l'explosion de l'offre d'Ehpad et notamment du secteur privé commercial**¹ (avec, par exemple, le rapprochement entre Tiers Temps et Générale de Santé – futur DomusVi – ou encore la création du futur mastodonte Orpea).

Fin des années 1990, le secteur tel que nous le connaissons se met peu à peu en place. D'une part, la loi du 24 janvier 1997 crée la prestation spécifique dépendance (PSD), qui instaure pour la première fois **la dépendance en tant que risque social**, mais qui sera remplacée trois ans plus tard par **l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002 et toujours utilisée.** L'APA est aujourd'hui versée à plus de 1,3 million de personnes. Cette « bascule » s'accompagne de la création d'outils objectifs d'évaluation de la

1. Le statut commercial correspond au statut privé à but lucratif, qui se distingue du statut public et du statut privé non lucratif.

dépendance et de la charge en soins de la personne (grille AGGIR et coupe PATHOS).

Parallèlement, en application de cette même loi du 24 janvier 1997, plusieurs textes réglementaires publiés entre 1999 et 2001 viendront bouleverser l'économie générale du secteur des maisons de retraite avec l'instauration de la **tarification ternaire**², des conventions tripartites ou encore du cahier des charges (détaillé en page suivante) des Ehpad. Nous sommes alors en l'année zéro du monde des Ehpad tels que nous les connaissons aujourd'hui.

De la maison de retraite à l'Ehpad

Entre 2000 et 2008, près de 6 000 conventions tripartites seront signées et donneront à autant d'établissements le droit au titre d' Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

2. Le budget de l'Ehpad est alors divisé en trois sections tarifaires. Chacune d'elles couvre des dépenses spécifiques et est financée par des ressources qui lui sont propres / voir détail p. 18

8 Livre blanc : quel Ehpad pour demain ?

Ces conventions sont signées pour cinq ans entre l'établissement, le conseil général (devenu depuis conseil départemental) et l'État (via les DDASS remplacées en 2009 par les agences régionales de santé - ARS). Le premier se fixe des objectifs et les seconds s'engagent à octroyer les moyens nécessaires pour les atteindre.

Ainsi, à travers ces conventions tripartites (remplacées en 2015 avec la loi ASV³ par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens - CPOM), les établissements cherchent à **tendre vers un idéal décrit au sein du cahier des charges fixé par l'arrêté du 26 avril 1999**. Ce document sera à l'origine de recommandations qui constituent « des références qualitatives souples » et « se distinguent des normes techniques (...) et laissent aux contractants une

3. La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015

marge d'interprétation et d'adaptation liée à la spécificité de chaque établissement ».

À cette réforme de la fin des années 1990 va se greffer **la loi du 2 janvier 2002** (dite « loi 2002-2 ») relative à l'action sociale et médico-sociale, qui vient rénover le cadre législatif dans lequel évoluaient les Ehpad depuis la loi du 30 juin 1975. Au menu de cette réforme : évaluation de la qualité, formation des directeurs et système d'autorisation.

En ce qui concerne la qualité, **la procédure d'évaluation**, actuellement en cours de rénovation sous le contrôle de la Haute Autorité de santé, voit le jour. La loi rénove par ailleurs les droits des usagers à travers l'instauration du **contrat de séjour**, du **conseil de la vie sociale** (qui donne la parole aux parties prenantes de l'Ehpad) ou encore du **livret d'accueil**.

Le début des années 2000 marque ainsi **le lancement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité**. Durant les quinze ans qui suivront, les Ehpad n'auront de cesse de s'améliorer, du point de vue de la prise en soins, de l'architecture, de la professionnalisation des équipes ou encore de la prise en compte de l'avis des résidents... jusqu'à atteindre un niveau jugé alors « satisfaisant » au regard des moyens disponibles et du point de départ de ces « maisons de retraite ».

La même loi 2002-2 pose le principe selon lequel tout établissement et service social ou médico-social (ESMS) doit être **dirigé par un professionnel formé et disposant d'un niveau de qualification minimal**, professionnalisant ainsi ces métiers, et par voie de conséquence la gestion de ces structures.

Extrait du cahier des charges de 1999 : La qualité des espaces

« Les espaces doivent contribuer directement à lutter contre la perte d'autonomie des résidents, à favoriser le mieux possible leur sociabilité et instaurer une réelle appropriation de l'institution par le résident ou son entourage ».

Au-delà du respect des normes d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite, de sécurité et d'hygiène, le cahier des charges recommande que la conception des espaces maintienne un juste équilibre entre ses trois principales composantes : un lieu de vie, préservant l'intimité et la convivialité (et facilitant aux personnes extérieures l'accès à l'établissement) ; un lieu adapté à la prise en charge de la dépendance, conciliant liberté et sécurité pour chacun, et un lieu de prévention et de soins.

L'espace privatif doit quant à lui être considéré « comme la transposition en établissement du domicile du résident », et pour cela, il doit pouvoir être personnalisé et doit permettre une circulation aisée des personnes.

Autrement dit, il est recommandé que :

- aucune chambre, quelle que soit sa surface, ne soit occupée par plus de deux personnes et que la proportion de chambres à deux lits ne dépasse pas 5 à 10 % de la capacité globale ;
- l'espace privatif soit doté d'un cabinet de toilette intégré (éventuellement d'une kitchenette) ;
- la surface minimale de la chambre atteigne 18 à 22 m² pour un logement individuel et 30 à 35 m² pour un logement pour deux personnes.



Enfin, la loi 2002-2 instaure pour les Ehpad une double autorisation

(conseil général, devenu conseil départemental et Etat – via les DDASS devenues ARS) pour exercer son activité. Cette autorisation est valable durant quinze ans et son renouvellement est conditionné aux résultats de l'évaluation externe. Un renouvellement qui n'est refusé que très rarement, dans des contextes de crises exceptionnels.

L'Ehpad : entre médicalisation et « chez soi »

La canicule de l'été 2003 provoquera le décès de plus de 15 000 personnes âgées. Un drame qui met notamment en lumière le manque de moyens au sein des Ehpad et fait réagir le Gouvernement. La loi du 30 juin 2004 instaure alors la contribution de solidarité pour l'autonomie (un prélèvement de 0,3 % sur les revenus d'activités et du capital dont une partie du produit – 1,2 milliard d'euros – est affectée aux politiques publiques en faveur du vieillissement) et crée la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA),

devenue aujourd'hui un outil majeur dans la gestion des crédits des Ehpad. Dès lors, tous les établissements (généralement dans le cadre de leur convention tripartite) se voient octroyer des crédits de « médicalisation », afin de renforcer leur capacité en soins.

Mais tout en se médicalisant, les Ehpad n'ont jamais perdu de vue leur priorité : être un lieu de vie et ne jamais devenir un mouvoir... ou, pire encore, un hôpital. Pour y parvenir, il faut donc trouver l'équilibre entre sécurité des résidents et liberté. Un équilibre précaire et régulièrement controversé, comme ce fut le cas lors du confinement du printemps 2020, quand certains ont osé soulever la question : **L'Ehpad est-il une institution bientraitante, protectrice des plus fragiles ou un centre concentrationnaire, où le manque de moyens laisse inévitablement place à la maltraitance institutionnelle ?**

Cette crise existentielle ne date évidemment pas de la Covid-19. Mais cette dernière a mis en lumière ce que les innombrables reportages à charge, les

journées de mobilisation (comme celle, historique, du 18 janvier 2018) ou encore les scandales à répétition soulignent depuis plusieurs années : **le modèle actuel de l'Ehpad et de la prise en charge de la dépendance n'est plus « satisfaisant », au regard des enjeux, des aspirations de la population âgée et des attentes de la société en général.**

Cette crise sanitaire a ainsi naturellement provoqué un nouveau délai dans le projet de loi Grand âge et autonomie (annoncé en juin 2018 par le président de la République, reporté à plusieurs reprises et aujourd'hui enlevée du calendrier parlementaire déjà fort chargé pour la dernière année du mandat présidentiel en cours), tout en rendant plus urgent encore la nécessité de repenser le financement de la perte d'autonomie, les modalités de gouvernance, la réforme de l'aide à domicile et le modèle de l'Ehpad du futur... Car **oui, l'Ehpad a un futur, à condition de capitaliser sur ses forces.**

Les Ehpad en guerre contre le coronavirus

En ce printemps 2020, la crise du coronavirus a percuté de plein fouet les Ehpad, les personnes âgées étant les plus vulnérables face au virus. Entre les mois de mars et de juillet 2020, ces établissements ont recensé près de 15 000 morts, soit la moitié des décès constatés en France. Face au virus, les Ehpad sont donc eux aussi entrés en guerre.

Une guerre que *Le Mensuel des Maisons de Retraite* a tenté de décrire, notamment dans cet article du 4 avril 2020 (« Les Ehpad en guerre contre le coronavirus » – MMR n° 229).



Le 25 mars, *Le Monde* titrait en « une » : « Dans les Ehpad, le combat à huis clos contre le virus ». Puis, le 31 mars, c'est un autre titre, « En Ehpad, la vie et la mort au jour le jour », qui barrait la première page du quotidien. Preuve que les Ehpad se sont progressivement transformés en héros de cette pandémie alors même que c'est à l'hôpital qu'a eu lieu l'immense majorité des décès depuis le début de la crise. Il faut dire que ce sont bien les Ehpad qui, en France, ont entrepris avant tout le monde les mesures de confinement. Si celles-ci sont entrées dans la vie quotidienne des Français le mardi 17 mars, c'est dès le 11 mars, à la suite du déclenchement du plan bleu dans les Ehpad, que le Ministère a prôné l'interdiction des visites venant de l'extérieur. [...]

Mourir du Corona ou... d'ennui ?

[...] Dans *Le Point*, Jérôme Guedj lance un cri d'alarme : « Les personnes âgées risquent de mourir d'ennui et de solitude » avertit-il. [...] Mais ce débat va rapidement devenir de pure forme quand les chiffres des victimes de la Covid-19 vont commencer à augmenter nettement plus vite que les « morts d'ennui » ... Immédiatement, la priorité des priorités devient claire : ne pas laisser entrer le virus dans les Ehpad au risque qu'il se propage ensuite comme une traînée de poudre. [...]

La bataille des masques

Dans toute guerre, il y a plusieurs batailles : celle des masques fut la première. [...] De partout durant cette période, ce sont des cris d'alerte, de colère voire de désespoir qui sont remontés du terrain – de vos Ehpad donc – pour se plaindre du manque de masques et donc de l'impossibilité de protéger personnels et résidents comme il le faudrait. [...]

Le défi majeur : comment permettre aux équipes de tenir ?

Depuis le début de cette pandémie, l'investissement incroyable des personnels soignants ou non soignants a été noté par tous. Dans une Résidence Services Sénior de Cholet ou dans l'Ehpad de Châteauneuf-de-Randon (Lozère), des personnels ont décidé de rester confinés dans l'établissement. Pour protéger aussi bien les résidents que leur propre famille en limitant les allées et venues entre l'établissement et leur domicile. Mais des exemples comme ceux-ci sont suffisamment nombreux pour ne pouvoir les recenser ici. Pour autant, le système n'a pas non plus été pensé pour tenir comme cela pendant cinq à six semaines. [...]

Gérer les cas lourds : le sanitaire au secours des Ehpad

On l'a vu dans le Grand Est : il est arrivé un moment de la crise où il était vain d'appeler le CHU pour qu'il reçoive en réanimation un résident d'Ehpad même lourdement atteint. Un constat qui a conduit Olivier Véran à indiquer le 28 mars que « la France ne laissera pas les personnes âgées en perte d'autonomie sur le bord du chemin ». Et la direction générale de l'Offre de soins au Ministère à mobiliser l'ensemble des établissements sanitaires qui pouvaient l'être.

Ainsi chaque ARS doit désormais mettre en place une cellule dédiée aux personnes âgées aux niveaux régional et départemental pour créer des filières de soins entre Ehpad, médecine de ville et établissements de santé ainsi que des « astreintes sanitaires personnes âgées ». [...]

Avant de savoir si, comme la presse s'en fait souvent l'écho anticipateur, le Covid va créer une hécatombe dans les Ehpad, encore faut-il pouvoir recenser le nombre de décès, ce qui n'était pas possible voici encore quelques jours. [...] Rappelons pour l'histoire qu'en 2003, sur les 15 000 morts de la canicule, 2 500 décès (seulement ?) étaient intervenus en Ehpad.



Un marché structuré autour d'acteurs de référence

Le marché des Ehpad recense aujourd'hui 7 400 établissements qui accueillent plus de 600 000 personnes âgées dépendantes. Ce niveau jugé satisfaisant est le fruit d'une croissance rapide du milieu des années 1980 à la fin des années 2000.

1980-2010 : les Trente Glorieuses du secteur des Ehpad

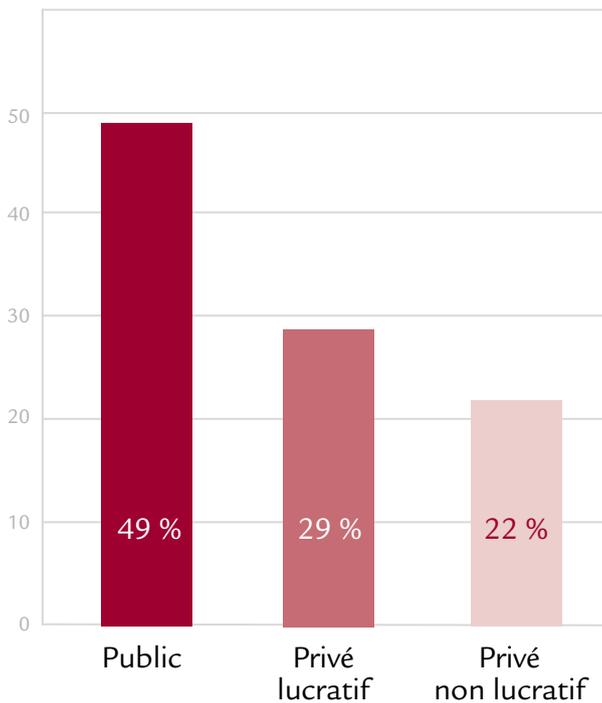
Entre 1986 et 2015, l'offre d'hébergement pour personnes âgées est passée de 444 000 à 718 000 places – en ajoutant aux Ehpad les foyers logements⁴ –, soit + 274 000 places (+ 62 %) en trois décennies (voir tableau ci-dessous). Une augmentation remarquable qui, depuis, a drastiquement ralenti, jusqu'à n'enregistrer à présent plus que quelques ouvertures annuelles (voir détail page 15).

Cette croissance, néanmoins, ne fut pas la même pour tous les types d'établissement. Ce sont les « **maisons de retraite** » (autrement dit les places médicalisées de section de cure médicale puis places d'Ehpad) **qui ont porté la croissance du secteur**. Le nombre de places de logements-foyers (établissements médico-sociaux non médicalisés devenus résidences autonomie en 2015) ayant diminué de 2 % entre 1986 et 2015.

4. Les foyers logements (ou logements foyers) sont des établissements médico-sociaux non médicalisés d'hébergement pour personnes âgées non dépendantes. Ils sont devenus avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 les « résidences autonomies » et se distinguent des résidences services et de l'habitat inclusif (voir détail p. 32.)

Évolution du nombre de places en établissements médico-sociaux médicalisés (maisons de retraite) et non médicalisés (logements foyers)

	1986	2003	2011	2011 vs 1986	2015	2015 vs 1986
Maisons de retraite publiques	214 000	217 000	265 000	24 %	296 000	38 %
Maisons de retraite PNL	90 000	123 000	152 000	69 %	172 000	91 %
Maisons de retraite commerciales	20 000	90 000	114 000	470 %	132 000	560 %
Total Maisons de retraite	324 000	430 000	531 000	64 %	600 000	85 %
Logements foyers	120 000	157 000	143 000	19 %	118 000	- 2 %
TOTAL	444 000	587 000	674 000	52 %	718 000	62 %



Autre constat : c'est **le secteur privé, commercial en particulier, qui a soutenu cette croissance**. Partant de très bas, ce dernier fut à l'origine de la création de 40 % des nouveaux lits de 1986 à 2015, passant de 20 000 à 132 000, soit **une hausse de + 560 %**.

Dans une moindre mesure, le secteur privé non lucratif (PNL) fut lui aussi dynamique avec une augmentation de capacité de 82 000 lits (+ 91 % en trente ans). Quant au secteur public, son parc a connu une évolution similaire en volume (+ 82 000 lits), mais qui ne représente qu'une hausse de 38 %.

Ainsi, la part de marché du secteur privé (commercial ou non lucratif) dans le segment des Ehpad n'a cessé de croître. À partir de 2011 et pour la première fois dans l'histoire du médico-social, le secteur public est passé sous la barre des 50 %. L'Enquête 2015 de la Drees révèle ainsi que le secteur public représente 49,3 % des lits d'Ehpad, pendant que le privé non lucratif et le commercial représentent respectivement 28,7 % et 22 %.

Concentration autour de **quelques grands groupes** dont les 10 premiers représentent plus de 70 % de l'offre commerciale :

 KORIAN NOUS PRENONS SOIN DE LA VIE	24 960	 LA SANTÉ	4 631
 ORPEA GROUPE	19 922	 emera	4 057
 Domus Vi	18 205	 Opalines Réseaux de centres médicaux à Services et autonomie	3 359
 COLISEE	7 634	 Medeas	2 693
 DOMIDEP	6 741	 Medicharme la vie n'a pas d'âge	1 769

Nombre de lits en France au 31.12.2020 (*Mensuel des Maisons de Retraite*)

Divisé en 4 grandes familles d'acteurs :

- **Les congrégations** (Les Petites Sœurs des Pauvres, ACIS-France, etc.).
- **Les organismes de protection sociale**
- **Les groupes régionaux** (Edenis en Haute-Garonne, Isatis en Île-de-France ou l'ABRAPA en Alsace).
- **Les groupes nationaux**, plus rares et moins importants que le secteur privé lucratif [Arpavie (45 Ehpad), Fondation Partage & Vie (86 Ehpad), SOS Seniors (69 Ehpad), ACPPA (42 Ehpad), etc.]

14 Livre blanc : quel Ehpad pour demain ?

Si ce secteur PNL s'est développé de façon linéaire au cours des dernières décennies, on observe aujourd'hui des mouvements qualifiés par certains de « prémices d'un big-bang ». On assiste en effet au rapprochement de plusieurs acteurs avec l'entrée des uns au conseil d'administration des autres notamment (pour exemples : fin 2019, la Mutualité française et Adef Résidences sont entrés au CA d'Arpavie et début 2020, c'est Arpavie, La Poste, AG2R La Mondiale et Arcade-VYV qui ont rejoint celui de Partage & Vie).

Cette concentration d'acteurs laisse par ailleurs imaginer qu'un géant privé non lucratif pourrait naître sous la tutelle de la Caisse des dépôts, que l'on retrouve à la tête d'Arpavie (à travers Laure de La Bretèche, directrice déléguée des retraites et de la solidarité de la Caisse et présidente non-exécutive du groupe depuis deux ans), mais également au pilotage de la Fondation Partage & Vie (avec Dominique Monneron, directeur du projet « Adaptation des territoires au vieillissement » de la Caisse). À ce stade

toutefois, ces mouvements ne reflètent encore qu'une coopération plus étroite entre les acteurs, **gardant la taille de ces groupes non lucratifs nettement inférieure à celle des géants commerciaux.**

Un ralentissement naturel depuis dix ans

De 1986 à la fin des années 2000, la croissance exponentielle des places d'Ehpad a accompagné l'explosion du nombre des 85 ans et plus qui est passé de 680 000 à 1,1 million en vingt ans. Puis cette croissance s'est ralentie à partir du début des années 2010, principalement en raison de deux facteurs. D'abord parce que les pouvoirs publics ont considéré que, après une période de création tous azimuts, la demande et l'offre d'hébergement connaissent un relatif équilibre sur le territoire national. Ensuite (et ce second facteur est évidemment une conséquence du premier), parce que les règles présidant la création d'établissement ont profondément changé avec la **loi Hôpital, Patients Santé et Territoires,**

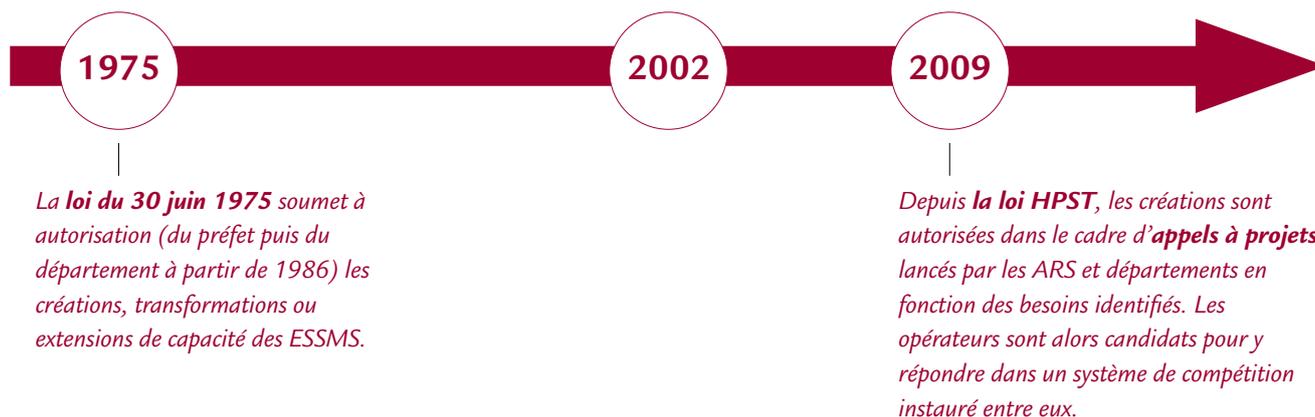
dite loi « HPST », promulguée le 21 juillet 2009.

La loi HPST a éradiqué en effet le système, plutôt libéral, instauré par la loi 2002-2 et qui permit le développement rapide et important de l'offre d'Ehpad dans le contexte budgétaire particulièrement favorable des années 1990 et 2000. L'initiative reposait alors sur les gestionnaires, tandis que désormais ce sont les ARS et conseils départementaux qui décident de la configuration de l'offre, à travers les appels à projets.

Ce système contingenté a eu un impact immédiat : la croissance du nombre de créations d'Ehpad a fortement ralenti à partir de 2010. Pour les gestionnaires, et notamment les grands groupes commerciaux, cela a eu pour conséquence la recherche de nouveaux leviers de croissance, à travers la diversification des activités (domicile, résidences seniors) et le développement international.

Un gestionnaire sollicitait l'autorisation pour ouvrir un Ehpad, sur la base d'un dossier, soumis pour avis à un comité. La décision finale revenait au préfet et au PCC.

*La loi 2002-2 instaure pour les Ehpad une **double autorisation** (conseil général, devenu conseil départemental, et État – via les DDASS puis ARS) et encadre la procédure d'autorisation.*



Ehpad : un modèle français qui s'exporte

Extrait tiré du classement 2020 des groupes commerciaux d'Ehpad – *Le Mensuel des Maisons de Retraite* n°227

Depuis 1998, *Le Mensuel des Maisons de Retraite* publie chaque année son traditionnel classement des groupes commerciaux d'Ehpad, qui permet de mesurer le poids respectif de chacun des acteurs. Pour la première fois depuis 22 ans, nous avons décidé d'adopter un nouveau parti-pris : établir ce classement en fonction des établissements « *all over the world* » et non pas seulement en fonction du nombre d'Ehpad installés en France.

Pourquoi ? Tout simplement parce que nombre de groupes ont désormais plus d'établissements à l'étranger qu'en France. Quand il y a dix ans, un PDG de groupe avait comme interlocuteur habituel le directeur Autonomie d'une agence régionale de santé ou un vice-président de conseil général, désormais, il discute avec un ministre chilien, un maire de la banlieue de Moscou ou un Vice-ministre chinois. Une évolution somme toute assez paradoxale : alors que ces grands groupes sont régulièrement l'objet dans les médias français d'attaques [...] la qualité de leur approche est saluée et souhaitée partout ailleurs dans le monde. [...]

Sur les 15 premiers groupes français, 7 ont désormais plus de lits à l'étranger qu'en France. Pour 100 lits en France, DomusVi en compte 121 à l'étranger, Korian 180, Vivalto 208, Orpéa 221, Colisée 227 et Maisons de Famille... 1230. Raison pour laquelle les groupes comptent parfois un dirigeant « Monde » et un dirigeant « France ». Sophie Boissard (Korian), Jean-Claude Brdenk (Orpéa), Sylvain Rabuel (DomusVi) ou Philippe Tapié (Maisons de Famille) ont pour horizon la planète entière. Tandis que Charles-Antoine Pinel, Jean-Christophe Romersi, Éric Eygasier et Delphine Mainguy gèrent dans les mêmes groupes les établissements situés en France. [...]

Ainsi font les fonds

Mais disons-le franchement, ce classement ne connaît désormais plus de gros bouleversements comme ce fut le cas jadis. Fini le temps où un premier rachetait un troisième et où un sixième se mariait avec un deuxième. Aujourd'hui, quand un grand groupe comme Domidep (100 Ehpad) est à vendre, aucun opérateur français aussi gros soit-il n'est en capacité de sortir les 1,15 milliard d'euros nécessaires. C'est donc un fonds américain d'infrastructures, I-Squared, qui a acquis cette année la majorité du capital du 5^e groupe français, lequel était depuis 1989 la propriété de Dominique Pellé, un entrepreneur grenoblois. Un fonds qui a eu toutefois l'excellent réflexe de conserver sous la houlette de Pascal Guérin, directeur général, le même management français, celui-là même qui a construit le succès de ce groupe depuis dix ans. Pour les pouvoirs publics qui font face à la centaine d'Ehpad que le groupe compte en France, pas de changement donc.

Même évolution du côté du groupe Emera. Voilà encore un groupe, comme Domidep, fondé dans les années 1980 par deux familles, les Bergue et les Cheton. Avec près de 70 établissements (Ehpad et RSS) en France et en Europe, Emera s'est construit une image « premium » en raison de la qualité hôtelière haut de gamme de ses établissements. Depuis plusieurs mois maintenant, les discussions vont bon train sans que rien de précis à ce stade ait « officiellement » filtré. On sait toutefois que la majorité du capital sera désormais détenue par deux fonds, mais deux fonds... français. Naxicap Partners, un Private Equity français qui gère 3,6 milliards d'euros d'actifs notamment pour le compte de la BPCE et Ardian, l'ancien fonds d'Axa, qui gère lui 96 milliards d'euros dans le monde. Si leur participation est majoritaire, Claude Cheton demeure actionnaire minoritaire de référence. Quant à l'incontournable Yves Journal, il est également dans le tour de table avec sa société Sagesse. [...]



16 Livre blanc : quel Ehpad pour demain ?

Ainsi, aujourd'hui, le secteur semble avoir atteint **un relatif équilibre entre offre et demande**, avec un taux d'équipement de 94 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus. Et si cet indicateur est aujourd'hui considéré comme désuet (notamment parce qu'il varie du simple au double d'un département à un autre et ne prend pas en compte les autres modes de prise en charge proposés sur un territoire), d'autres indicateurs confirment cette adéquation entre offre et demande, tels que les listes d'attente qui tendent à disparaître dans la majorité des territoires ou encore les taux d'occupation qui, tout en restant supérieurs à 95 %, ne frôlent plus les 100 % continuellement comme ce fut le cas quelques années auparavant.

En tout état de cause, le maillage des Ehpad semble aujourd'hui avoir atteint un niveau satisfaisant. En 2011, 96 % des bassins de vie de France métropolitaine étaient équipés d'un Ehpad et les trois quarts des résidents disposaient de ce type de structure dans leur commune d'origine⁵. **Avec 7 000 structures réparties sur tout le territoire, les Ehpad constituent donc un pilier de la prise en charge de la dépendance pour aujourd'hui... et pour demain.**

Cela étant dit, les prévisions démographiques à dix-vingt ans annoncent une augmentation des

5. Source : Observatoire des territoires, rapport 2014

besoins d'accueil des personnes âgées dépendantes et par conséquent la nécessaire réouverture du « robinet des autorisations » des places d'Ehpad dans la décennie à venir. Nous y revenons plus précisément dans une seconde partie.

Tarification : comprendre la circulation de l'argent au sein de l'Ehpad

La tarification des Ehpad a connu deux réformes majeures au cours des vingt dernières années : l'une au croisement des années 1990 et 2000 avec la loi du 24 janvier 1997 ; l'autre consécutive à la loi ASV du 28 décembre 2015.



Dépendance et santé : mettre fin aux visions dogmatiques contre-productives

Le secteur de la prise en charge de la dépendance, à l'image des autres grands champs de la santé en France, souffre incontestablement de certaines postures dogmatiques.

Si l'on respecte, évidemment, les défenseurs du « service public », qui estiment qu'il est incompatible pour un Ehpad de réaliser des bénéfices, il n'en reste pas moins que cette opposition entre public et privé ou entre non-lucratif et lucratif est bien trop souvent menée de façon caricaturale dans le débat public et à travers les médias... et tout particulièrement dans le contexte récent de la crise de la Covid-19.

Et pourtant, est-il nécessaire de rappeler que le secteur privé, même lucratif, est lui aussi contributeur de missions d'intérêt général et qu'il s'inscrit dans une démarche de qualité, d'efficacité et d'innovation, sans quoi il aurait disparu depuis très longtemps ?

Est-il nécessaire également de rappeler que c'est bien parce que les Ehpad à caractère commercial sont en capacité de dégager des marges qu'ils peuvent investir dans la rénovation de leur bâtiment ou dans de nouvelles créations sans aucun concours public ?

Le secteur des Ehpad en général, pour croître, doit compter sur la complémentarité et la collaboration de tous ses acteurs. L'amélioration de la prise en charge de la dépendance et de la santé en général passera donc nécessairement par la révision des idées reçues et de ces oppositions privé/public ou lucratif / non lucratif, trop souvent superficielles et contre-productives.

Le défi financier, un enjeu de société

Les dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes âgées sont évaluées à 30 milliards d'euros, dont 80 % de dépenses publiques et 20 % de dépenses à la charge des ménages. Si ces montants sont considérables, la crise de la Covid-19 a mis en lumière une nouvelle fois combien ils étaient insuffisants au regard des enjeux.

Réforme n°1 :

la loi du 24 janvier 1997

Comme évoqué précédemment, l'article 23 de la loi du 24 janvier 1997 a profondément modifié l'économie générale des maisons de retraite en imposant la signature d'une convention tripartite, la mesure objective de l'état des résidents à travers des outils nationaux et la mise en place d'une **tarification ternaire avec 3 sections étanches : hébergement, dépendance et soins** (voir détails ci-après).

Réforme n°2 : la loi ASV

En 2015, dans le cadre de la loi ASV, la généralisation du CPOM s'est accompagnée d'une **réforme de l'allocation des ressources des Ehpad**. Dans une logique de simplification et d'objectivation des ressources, cette réforme a **mis en place pour les Ehpad une tarification à la ressource**. Jusqu'ici, le gestionnaire devait négocier chaque ligne de son budget sur la base de ses dépenses réalisées et prévisionnelles. Dorénavant, les financements auxquels il peut prétendre sont calculés de façon objective à partir d'équations tarifaires qui tiennent compte des besoins de la population accueillie.

Sur la section soins, en particulier, l'équation tarifaire tient compte de la capacité de l'Ehpad, du niveau de besoins en soins et/ou de dépendance des résidents et de l'option tarifaire retenue par le gestionnaire ainsi que de la présence ou non d'une pharmacie à usage interne (cf. encadré ci-contre).

Nous voyons sur le tableau des sections tarifaires que c'est sur la section hébergement (et uniquement sur cette section) que l'Ehpad peut générer une marge lorsqu'il est à but lucratif, grâce à la liberté de fixation du tarif hébergement.

En trente ans, aucun texte législatif ou réglementaire n'est venu s'opposer à ce principe, inscrit dans la loi du 6 juillet 1990. Et il est peu probable que cela change puisque cette liberté conditionne la présence du secteur commercial, qui est aussi indispensable à la bonne santé du secteur que les autres acteurs publics ou privés non lucratifs. Par ailleurs, les pouvoirs publics contrôlent déjà indirectement les tarifs puisqu'ils peuvent les modérer dans le cadre de l'appel à projet et puisqu'ils fixent le taux annuel d'évolution pour l'année N des tarifs des résidents déjà présents en N-1 (+ 1,08 % en 2020).

Option tarifaire : tarif global vs partiel

S'il a opté pour le tarif global (TG), un Ehpad prend en charge le coût de la rémunération des médecins et intervenants libéraux ainsi que les examens de biologie et de radiologie des résidents. En tarif partiel (TP), ils sont pris en charge par la sécurité sociale de l'assuré, le résident.

Si l'Ehpad dispose d'une pharmacie à usage interne (PUI), il prend également en charge les médicaments des résidents.

La dotation soins allouée à l'Ehpad dépend ainsi des « options » retenues. Un choix qui repose sur la stratégie du directeur mais aussi (et surtout) de l'orientation de son ARS, principale décisionnaire.

La situation la plus courante demeure le TP sans PUI (76 % de l'offre contre 12 % pour le TG sans PUI, 11 % pour le TG avec PUI et 1 % le TP avec PUI). La pertinence d'une généralisation du tarif global est néanmoins régulièrement interrogée par les pouvoirs publics.

18 Livre blanc : quel Ehpad pour demain ?

Les sources de financement de la dépendance : chiffres clés et enjeux

En 2018, les recettes des Ehpad représentent 25 milliards d'euros, dont la moitié à la charge du résident ou de ses proches. L'assurance maladie est le premier financeur public, et couvre 28 % du coût associé aux Ehpad. Les départements, chefs de file des politiques autonomie, sont le deuxième financeur public (2,7 milliards d'euros).

Le financement des Ehpad et plus globalement des établissements et services pour personnes âgées repose donc aujourd'hui sur trois sources principales : les financements émanant (i) de la solidarité nationale ; (ii) des collectivités locales (essentiellement des départements) et (iii) des individus eux-mêmes ou de leurs familles.

(i) Le financement de la solidarité nationale

Depuis les ordonnances dites Juppé de 1995, le Parlement vote chaque année le « budget » de la Sécurité sociale au sein du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). Il vote

ainsi l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), lui-même décliné en 6 sous-objectifs, dont l'« Ondam médico-social », divisé entre établissements et services pour personnes âgées (PA) et handicapées (PH).

L'Ondam PA centralise l'ensemble des dépenses d'assurance maladie permettant de financer les soins dans les Ehpad et les SSIAD. Il est réparti par la CNSA entre les ARS, qui allouent les dotations soins aux établissements et services de leur territoire.

De 3 milliards d'euros au début des années 2000, cet Ondam s'élevait à **11,5 milliards d'euros en 2020 et à 13,4 milliards d'euros en 2021**. Cette hausse considérable entre 2020 et 2021 s'explique bien évidemment par la crise de la Covid-19 et les actions qui en ont découlé (la création de la 5^e branche – voir encadré – mais aussi et surtout le Ségur de la Santé, qui a acté en juillet 2020, puis en juillet 2021, les revalorisations salariales des agents des Ehpad publics et privés).

En sus de ces financements octroyés directement aux

 HÉBERGEMENT	 DÉPENDANCE	 SOINS
Chaque section couvre des dépenses spécifiques :		
<p>Dépenses d'administration générale, hôtellerie et restauration, entretien et animation non liés à l'état de dépendance des résidents</p> <p>(Par exemple : la restauration, le personnel administratif, le loyer...)</p>	<p>Prestations d'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie non liés aux soins (= surcoûts hôteliers liés à la dépendance des résidents)</p> <p>(Par exemple : couches et alèses, 30 % des AS, psychologue...)</p>	<p>Prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques</p> <p>(Par exemple : IDE et médecins coordonnateurs, 70 % des AS, dispositifs médicaux...)</p>
... et est financée par des ressources qui lui sont propres		
<p>Tarif journalier fixé librement par le gestionnaire (ou le CD pour les Ehpad habilités à l'aide sociale)</p> <p>Ce tarif est à la charge du résident, mais peut être couvert par l'aide sociale à l'hébergement</p> <p><i>Tarif médian 2018 : 60,22 €/jour</i></p>	<p>Tarif dépendance/jour fonction du GIR du résident, à la charge de celui-ci mais solvabilisé en grande partie par l'APA</p> <p>Aujourd'hui ces tarifs sont globalisés au sein d'une dotation dépendance allouée par le CD, calculée sur la base d'une équation tarifaire</p> <p><i>Tarifs 2018 :</i> GIR 1-2 : 17,35 € à 24,07 € GIR 3-4 : 10,99 € à 15,28 € GIR 5-6 : 4,72 € à 6,48 € = ticket modérateur à la charge du résident</p>	<p>Une dotation soin, financée par l'assurance maladie, sur la base d'une équation tarifaire</p> <p>Ces dépenses sont transparentes pour le résident car la dotation est directement versée à l'Ehpad par l'ARS.</p> <p><i>Exemple pour un Ehpad de 80 lits avec un GMP de 780 points et un PMP de 180 points = dotation soin de 1,022 million d'euros, soit 12 775 €/résident/an.</i></p>

établissements, les personnes âgées hébergées en Ehpad ou en résidence autonomie ont droit à deux types d'allocations logement versées par les CAF au même titre que tout citoyen vivant « chez lui » : l'**allocation personnalisée au logement** (200 €/mois), versée dans les établissements ayant signé une convention avec le préfet et l'**Allocation de Logement Social** (160 €/mois), versée dans les autres établissements. En Ehpad, on évalue à environ 250 000 le nombre de bénéficiaires, ce qui représente **un coût de 500 millions d'euros** pour l'État. Près des deux tiers des résidents ne reçoivent donc aucune de ces aides, notamment parce que ces dernières sont très dégressives avec le revenu.

(ii) Le financement provenant des départements

Au-delà des financements dits de « solidarité nationale », le système français s'est historiquement construit autour de la collectivité départementale, un des principaux financeurs de la dépendance dans notre pays.

En 2001 est créée l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) à la charge du département et incluant une participation de l'État (à travers la CNSA). En 2017, on recensait **1,3 million de bénéficiaires de l'APA** (59 % à domicile et 41 % en établissement) pour un montant de dépenses brutes totales de 5,8 milliards d'euros (58 % à domicile et 42 % en établissement). Aujourd'hui, **les dépenses publiques relatives à cette allocation sont évaluées à 6 milliards d'euros**, dont 3,7 milliards d'euros à la charge des départements.

En dehors de l'APA, le département intervient également à travers **le financement de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)**. En 2017, les départements dépensaient 1,272 milliard

L'immobilier, facteur de diversité des tarifs hébergement

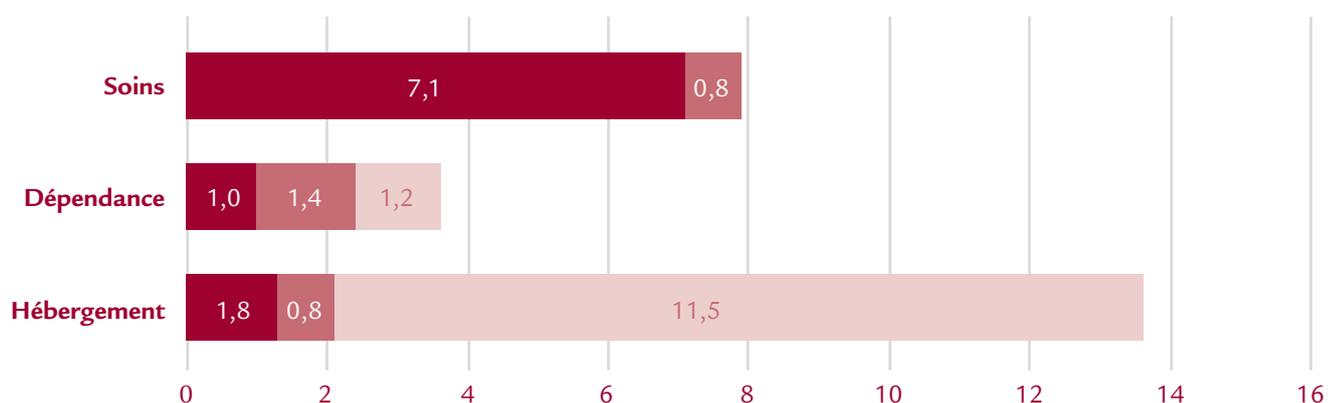
Le tarif hébergement, qui s'établit en moyenne à 66 € par jour en 2018, varie considérablement selon la zone d'implantation de l'Ehpad et son statut juridique (56 € dans les Ehpad publics, 64 € dans les Ehpad PNL et 89 € dans les privés à but lucratif). Les taux d'encadrement relevant de cette section ainsi que les frais de « gîte et couvert » étant comparables en moyenne entre statuts juridiques, ces deux éléments ne permettent pas d'expliquer les tarifs plus élevés dans le secteur privé.

Les coûts immobiliers, en revanche, sont hétérogènes, représentant entre 10 % et 30 % du tarif facturé. Les Ehpad publics sont plus souvent propriétaires des locaux (77 % contre 40 % dans le privé) et ces derniers sont en moyenne plus anciens, les coûts liés au bâti étant donc plus fréquemment amortis. Par ailleurs, les Ehpad lucratifs, étant plus souvent installés en zone urbaine, répercutent des coûts liés au foncier plus importants.

La fiscalité applicable, le versement de dividendes et, dans une moindre mesure, le paiement de frais de siège pour les groupes expliquent eux aussi, mais dans une moindre mesure, les différences de tarif hébergement.

Source : Rapport annuel de la commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2020

Coût par financeur et sections tarifaires (en milliards d'euros)



Note : année 2018 – dotation soin en hébergement permanent (hors autres modes d'accueil, autres dotations et soins de ville)
Source : CNSA, Drees et DSS ; calculs DSS

20 Livre blanc : quel Ehpad pour demain ?

d'euros pour le financement de cette aide⁶. Ce dispositif, qui doit permettre de solvabiliser toute personne âgée ne disposant pas de ressources suffisantes pour payer ses frais d'hébergement, est néanmoins **remis en question depuis longtemps**. Si notre pays compte en effet plus de 440 000 lits d'Ehpad habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, on estime à 102 000 seulement le nombre réel de bénéficiaires de cette aide. Autrement dit : seulement 23 % des places habilitées sont occupées par des bénéficiaires de l'ASH. Pourquoi ? En grande partie parce que cette aide met en jeu l'obligation alimentaire (les enfants, s'ils ont des ressources suffisantes, seront mis à contribution) et est susceptible de recours sur succession.

Un nombre croissant d'acteurs appellent ainsi à **une réforme du système de l'ASH**, qui ne permet pas, en réalité, de solvabiliser les plus démunis, et qui étouffe un certain nombre d'Ehpad habilités qui se trouvent dans l'impossibilité d'assurer leurs capacités

d'investissement, leur tarif hébergement étant fixé par le département et subissant donc une pression « à la baisse ». [Pour comparaison : en 2017, le tarif hébergement médian pour une place habilitée à l'aide sociale était de 56,92 euros/jour quand le tarif médian non habilité se situait autour de 78 euros/jour⁷].

(iii) Le financement provenant des usagers eux-mêmes

Tout ce qui n'est pas pris en charge par l'État ou le département l'est par définition par la personne âgée ou sa famille. Ce « reste à charge » est nul sur la section soins, mais existe sur la dépendance (avec le ticket modérateur) et sur l'hébergement, puisque le tarif journalier n'est atténué que par l'ASH et les APL et ALS dont on a vu qu'elles n'étaient perçues que par une minorité de personnes.

Finalement, on évalue à **6,3 milliards d'euros le montant de la participation des ménages au financement de la dépendance** (en 2014 : 2,5 milliards

d'euros pour la dépendance et 3,8 milliards d'euros pour l'hébergement après aides sociales)⁸. Selon la dernière étude de la CNSA, **ce reste à charge atteint en moyenne 1 977 euros par mois**.

Ce montant est aujourd'hui jugé prohibitif par la plupart des Français, et nous comprenons pourquoi. Mais regardons un instant cela à la lumière de ce qui se pratique sur le secteur sanitaire : une hospitalisation en court séjour coûte en moyenne 1 400 euros/jour mais le patient ne s'acquitte que du forfait hospitalier à hauteur de 20 euros/jour et cela convient à tout le monde. Par conséquent, **ce qui pose problème à la société n'est pas le coût de l'Ehpad, mais sa trop faible prise en charge par la solidarité nationale**. Une préoccupation qui est nécessairement centrale et qui ne pourra être résolue par la récente construction d'un 5^e risque puisque, comme évoqué ci-dessus, ce dernier se limite aux dépenses de soins des Ehpad.

6. Source : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/16-17.pdf>.

7. Source : Étude de la CNSA, « Prix des Ehpad en 2018 et évolution par rapport à 2017 »

8. Source : Drees, présentation au colloque : « Financement du risque "perte d'autonomie" : à quoi pourrait ressembler la loi de 2019 ? », septembre 2010.



2021 : la création d'un cinquième risque

Le concept de « cinquième risque dédié à la dépendance » sous-entend que ce risque est financé par la solidarité nationale selon un principe assurantiel (d'un côté on cotise obligatoirement, de l'autre, ces cotisations génèrent des droits pour tous).

Cette idée, omniprésente depuis les années 1980, est revenue en force au mois de mai 2020 par la volonté du ministre de la Santé, Olivier Véran, et a fait l'objet d'une loi, ayant acté que : (i) le Parlement votera désormais chaque année un budget « Dépendance » distinct des autres Ondam et (ii) ce budget sera alimenté à partir de 2024 par le produit de 0,15 point de CSG, soit 2,3 milliards d'euros.

Si la création d'une cinquième branche est révélatrice de l'engagement du gouvernement, un certain flou demeure néanmoins sur les ambitions réelles qu'elle sera en mesure de porter pour le secteur. À ce stade, tout d'abord, cette « branche » n'a vocation qu'à couvrir les dépenses de soins, et en aucun cas le reste à charge. Sur le montant, par ailleurs, il sera difficile de se satisfaire de 2,3 milliards d'euros (à partir de 2024 du surcroît !) alors que le président de la République évoquait en 2018 le chiffre de 9 à 10 milliards d'euros pour financer une réforme conséquente de la dépendance, et que certains rapports ministériels l'évaluaient entre 6 et 10 milliards d'euros.



Quelles subventions publiques pour les investissements nécessaires à la création, l'extension ou la rénovation d'Ehpad ?

(i) **La CNSA dispose annuellement d'un « Plan d'aide à l'investissement » (PAI)** géré localement par les ARS. Sans exclure formellement les gestionnaires commerciaux, les critères d'attribution les rendent en pratique peu éligibles (aides réservées aux places habilitées à l'ASH et priorité donnée aux projets faisant l'objet de cofinancements publics).

Entre 2006 et 2020, ces PAI ont représenté un investissement de 2,6 milliards d'euros en faveur des établissements et services médico-sociaux.

Dans le cadre du plan du Ségur de la santé et de France Relance, sur la période 2021-2029, ce sont 2,1 milliards d'euros que la CNSA s'apprête à verser aux ARS pour donner un coup d'accélérateur à la modernisation du secteur médico-social dont les Ehpad seront les principaux concernés.

(ii) **Les conseils départementaux** interviennent du fait de leur compétence légale sur le budget hébergement des établissements habilités à l'aide sociale et à travers des subventions et garanties d'emprunts, qui se font néanmoins de plus en plus rares et sont réservées aux acteurs non lucratifs (hormis la garantie d'emprunt qui peut parfois être ouverte).

Ne pouvant prétendre aux subventions publiques, **les gestionnaires privés lucratifs ont développé un mix entre stratégie de haut de bilan et stratégie de bas de bilan**. L'entrée en Bourse représente un levier de financement puissant, dont Orpéa fut le premier à tirer profit en 2002, rejoint ensuite par LNA Santé puis Korian. L'entrée de fonds d'investissement dans le capital, enfin, représente une autre stratégie, utilisée par l'ensemble des groupes français. Ces fonds se sont par ailleurs internationalisés pour certains (exemple : I-Squared Capital a acquis en 2020 la majorité du capital de Domidep, 5^e groupe français) et diversifiés au profit d'actionnaires institutionnels (par exemple : Korian détenu à 24,38 % par Prédica et à 7,68 % par Malakoff Humanis).

Sur le secteur privé non lucratif aussi, on assiste au déploiement de nouvelles stratégies immobilières. Du côté de la **Caisse des Dépôts**, une **foncière spécialisée dans le médico-social et le sanitaire a vu le jour tout récemment via la filiale Ampère gestion de CDC Habitat** (filiale à 100 % de la Caisse des Dépôts). Son objectif : rénover le parc immobilier médico-social. Pour ce faire, CDC habitat prévoit ainsi d'investir un total de 800 millions d'euros sur cinq ans.

Et pour accélérer davantage la mise en œuvre de ces mesures, **la CNSA et la Caisse des Dépôts ont renforcé leur collaboration en signant une convention en juillet 2021** visant à soutenir massivement cette rénovation et la réalisation de nouvelles solutions.

De son côté, **Action Logement** se dégage de la gestion d'Arpavie pour se consacrer pleinement à l'investissement immobilier avec la mobilisation de **350 millions d'euros pour la création d'un outil de portage immobilier destiné à rénover le patrimoine médico-social non lucratif** et de **200 millions d'euros pour renforcer la structure financière des gestionnaires d'établissements médico-sociaux** pour « consolider un secteur atomisé et affaibli ».

22 Livre blanc : quel Ehpad pour demain ?



Pierre-Henri Tavoillot,
philosophe

En moins de cinquante ans, les Ehpad sont devenus le pilier principal de la prise en charge de la dépendance en France. Même si la mutation du modèle est devenue indispensable (et plus urgente que jamais depuis la crise de la Covid-19), la légitimité de ces établissements dans notre système de prise en charge de la dépendance et dans notre société en général ne peut être remise en cause. Une prise de position traduite par le philosophe Pierre-Henri Tavoillot dans un billet d'humeur, extrait du *Mensuel des Maisons des Retraite* n° 230 publié en avril 2020.

« L'âge déprime, le grand âge fait peur, la dépendance terrorise. Face à cette angoisse, la société d'individus qui est la nôtre a fait un choix : celui de ne pas laisser son poids à la famille, mais à des établissements, les Ehpad, et à des professionnels spécialisés.

Cette délégation d'angoisse a néanmoins un coût : un fort sentiment de culpabilité. Tellement fort d'ailleurs que incapables de l'assumer, les familles et la société tout entière préfèrent que ce soient les Ehpad et non elles-mêmes qui soient coupables. D'où ce sport national d'accusation, d'indignation, de dénonciation qui accompagne la délocalisation dans des établissements, dont on dénoncera d'autant plus facilement l'incurie qu'on leur a donné pleins pouvoirs.

La crise de la Covid-19 démultiplie cette tendance. Les nombreux témoignages de dévouement, de conscience professionnelle, d'attention n'y feront rien. Nous cherchons des coupables dans cette guerre sans ennemi. Nous cherchons des salauds dans cette tragédie sanitaire. Nous cherchons les boucs émissaires de nos propres renoncements. L'amour pris à défaut, face à une tâche impossible, se mue en haine implacable. Tout cela serait sans gravité, s'il n'y avait pas dans ces établissements des personnels qui n'hésitent pas à prendre des risques, qui ne reculent pas pour aller au front, qui, pour certains, se confinent avec leurs résidents.

Pour eux, cette campagne de dénigrement, nourrie par l'air du temps et par l'avidité médiatique aux discours critiques, est d'une ingratitude sans nom. La mise en procès juridique vient s'ajouter au bruit ambiant, comme expression d'une rage qui ne parvient pas à se réfléchir. « Je souffre, donc quelqu'un doit être responsable », écrivait Nietzsche. La tragédie, la vraie, est l'exact contraire de cette vision puérile du monde. Elle consiste à accepter qu'il y a de la souffrance sans raison, des conflits sans réconciliation et de la mort dénuée de sens.

On l'avait oublié cette tragédie dans notre monde pacifié, sanitaire et prospère ; elle revient au galop. Ce n'est certainement pas une bonne nouvelle sauf sur un point : cela nous rendra tous un peu moins cons... peut-être. »



Une mutation
nécessaire
*qui doit se transformer
en autant
d'opportunités*

Pour survivre à cette crise existentielle, exacerbée par la crise de la Covid-19, et pour s'adapter aux grandes évolutions démographiques et sociologiques à venir, l'Ehpad doit se réinventer, s'adapter quantitativement et qualitativement à la demande actuelle et future.

Comprendre la demande de demain

À l'horizon 2030, c'est une tout autre population qui sera accueillie en Ehpad : plus nombreuse, plus revendicative, plus libre et plus connectée.

D'un phénomène démographique...

Partout dans le monde, on assiste au vieillissement des populations dû à la hausse de l'espérance de vie, à la baisse de la mortalité infantile et à la diminution de la fécondité. La France, à l'image de l'Europe, est à un stade avancé de cette transition démographique, elle vieillit. Néanmoins, il est important ici de distinguer au sein de ce phénomène deux temporalités et deux réalités bien différentes.

Les 85 ans et plus : explosion pendant la décennie 2030-2040... mais relative stagnation sur 2020-2030

L'augmentation de la population des 85 ans et plus, soit la part de la population la plus sujette à la perte d'autonomie, sera très variable selon les décennies. Durant la décennie 2020-2030, elle n'augmentera que de + 7,5 % mais de + 58 % entre 2030 et 2040 et de + 19,2 % entre 2040 et 2050. Autrement présenté, **la France comptera en 2030 (seulement) 156 000 personnes âgées de « 85 ans et + » de plus qu'en 2020. En revanche, en 2040, elle en comptera 1 300 000 de plus qu'en 2030.**

Ainsi, la décennie qui s'ouvre se caractérise par une croissance relativement faible des « 85 ans et plus ». Leur nombre va même baisser pendant deux années consécutives entre 2025 et 2027.

La décennie 2020-2030 sera celle de l'explosion des 75-85 ans

Autant la décennie 2030-2040 sera marquée par une forte croissance des 85 ans et plus, autant la décennie précédente, 2020-2030, sera caractérisée par une explosion du nombre de 75-84 ans. Au nombre de 4,1 millions en 2020, **les 75-84 ans seront 6,1 millions en 2030**, soit une hausse vertigineuse de 2 millions de personnes en seulement 10 ans correspondant à une croissance de + 49 % en à peine une décennie.

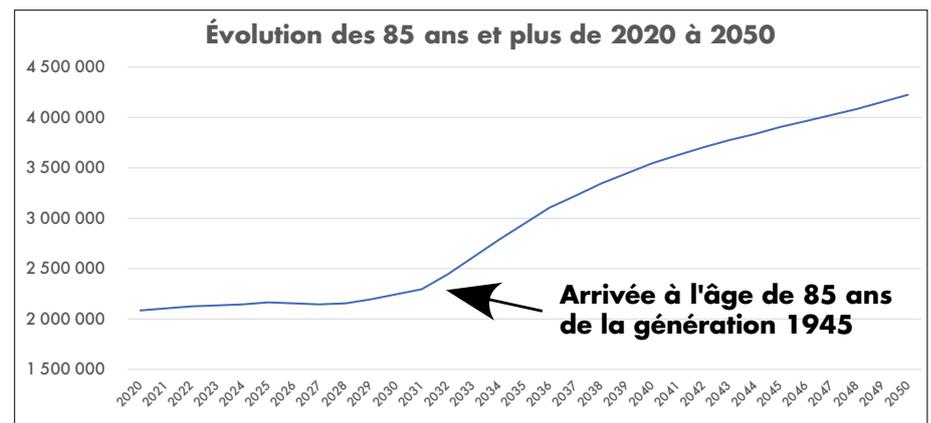
L'augmentation de cette population demeurera très dynamique ensuite, avec toutefois un rythme nettement moindre puisque les 75-84 ans seront 6,8 millions en 2040 (+11 % entre 2030 et 2040) et 7,2 millions en 2050 (+ 6 % entre 2040 et 2050). **C'est donc bien la décennie qui s'ouvre devant nous qui se caractérisera par une explosion sans**

précédent des 75-84 ans.

Ces évolutions en deux temps emportent, en termes de temporalité, deux conséquences :

- L'âge moyen de perte d'autonomie étant de 83 ans⁹, **c'est donc autour de 2030 que le défi de la dépendance commencera** et que le besoin de financement va croître de façon exponentielle. La gérontocroissance (augmentation du nombre de personnes âgées) va en effet naturellement de pair avec une massification du nombre de personnes âgées dépendantes : les études et les scénarios retenus, **la France pourrait compter, en 2030, 1,5 à 3 millions de personnes âgées dépendantes**, contre 1,2 million aujourd'hui. D'ici 2050, elles seraient 2,2 à 4 millions.

9. Source : ministère des Solidarités et de la Santé.



26 Livre blanc : quel Ehpad pour demain ?

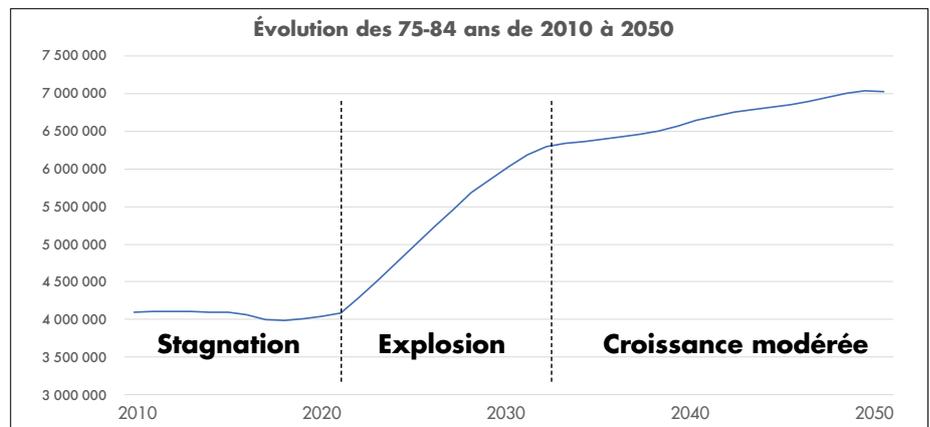
La majorité des personnes âgées vieillissent dans de bonnes conditions d'autonomie. Seuls 8 % des plus de 60 ans sont dépendants et 1 personne de plus de 85 ans sur 5 (20 %).

Avant cela, la décennie 2020-2030 sera celle du défi de l'adaptation de la société au vieillissement.

L'explosion des 75-84 ans, c'est celle de ces personnes qui, pour n'être pas dépendantes, n'en sont pas moins fragiles et nécessiteront des réponses autres que celles relatives à la compensation de la perte d'autonomie. Leurs besoins, ici, seront principalement au nombre de quatre : un logement adapté, une ville bienveillante, une mobilité facilitée, un lien social maintenu.

... à une révolution sociologique

Cette révolution démographique, qu'il est plus que temps de considérer comme



telle, ne viendra pas seule. Elle s'accompagnera, et s'accompagne déjà, d'une révolution sociologique profonde, marquée par l'arrivée au « grand âge » des générations de baby-boomers. Ces générations, nées après-guerre et construites dans l'attachement aux valeurs de liberté et d'autonomie,

veulent maîtriser leur vieillissement. Elles l'ont d'ailleurs exprimé haut et fort au cœur de la crise de la covid-19, en faisant part de leur colère quand la barrière d'âge fut envisagée (avant d'être abandonnée) pour les contraindre au confinement au-delà de la date du premier déconfinement.



Revenus des personnes âgées : une situation contrastée

On évoque souvent le risque d'une paupérisation des nouvelles générations de retraités en raison notamment des réformes successives des régimes de retraite, mais aussi en raison des périodes croissantes de chômage.

La vérité est en réalité plus nuancée. Les projections relatives aux revenus des plus âgés en France ne justifient à ce jour aucun catastrophisme. D'ici 2030, en effet, le Conseil d'orientation des retraites (COR) prévoit une hausse continue des pensions de retraite (en euros constants) de l'ordre de + 6 %, faisant passer la pension nette moyenne de 1 512 euros en 2016 à 1 600 euros en 2030.

Ces mêmes prévisions révèlent néanmoins un décrochage dans l'évolution progressive des pensions et des revenus nets d'activité, entraînant une baisse du niveau de vie des retraités par rapport aux actifs, mais en aucun cas un appauvrissement net de cette tranche de la population.

À l'échelon individuel, toutefois, de fortes disparités subsistent parmi les seniors. En 2015, 20 % des retraités avaient un niveau de vie inférieur à 1 290 euros. Même sur la base d'une progression de + 6 % par an, cette part de la population nécessitera toujours un soutien massif de la part de l'État, notamment dans le cadre de l'accompagnement de la perte d'autonomie. À l'inverse, 30 % des retraités ont un niveau de vie supérieur à 2 210 euros.

Autre élément à prendre en compte : la concentration du patrimoine immobilier chez les plus de 65 ans. Aujourd'hui, 75 % des 65 ans et plus sont propriétaires (contre 58 % de la population totale) et ce taux n'a cessé de croître depuis trente ans (passant de 56 % en 1984 à 66 % en 1996). De façon assez logique par ailleurs, les 70 ans et plus ont le taux de détention d'assurance vie le plus important toutes classes d'âge confondues (47,7 % vs 21 % pour les moins de 30 ans).

Cette nouvelle génération, qui avait 18 ans en Mai-68, revendique le droit de décider pour elle-même, et notamment le droit de vieillir et de mourir chez elle. Un souhait d'ailleurs partagé par plus de 80 % des Français¹⁰... et qui devient réalité pour un nombre croissant d'entre eux. En 2011, en effet, 7 personnes sur 10 de 85 ans ou plus vieillissaient chez elles, seules ou en couple, contre 5 sur 10 en 1982.

Cette **croissance de l'autonomie résidentielle** aux âges avancés est une conséquence de l'évolution des relations familiales, de l'amélioration de la situation économique des seniors et de la meilleure prise en charge de l'autonomie proposée à domicile, mais également de ce désir d'« indépendance » des personnes âgées, qui devrait s'amplifier dans les années à venir avec l'arrivée en masse des papy-boomers aux âges de la dépendance (nous y revenons plus loin).

Pour maîtriser leur vieillesse, ces

10. Selon les études, 80 à 90 % des Français souhaitent rester chez eux aussi longtemps que possible.

nouveaux seniors sont **d'autant mieux armés qu'ils sont des seniors**

« avertis ». Cette « génération sandwich », comme l'appelle Muriel Boulmier, auteure du livre *Arrêtez de nous prendre pour des vieux*, se sera occupée à la fois de ses enfants et de ses parents et ne se fera pas surprendre par le phénomène de la dépendance. Elle préférera adapter son logement à 75 ans plutôt que chuter dans l'escalier à 85, et **elle n'hésitera pas à utiliser notamment les outils numériques pour cela**.

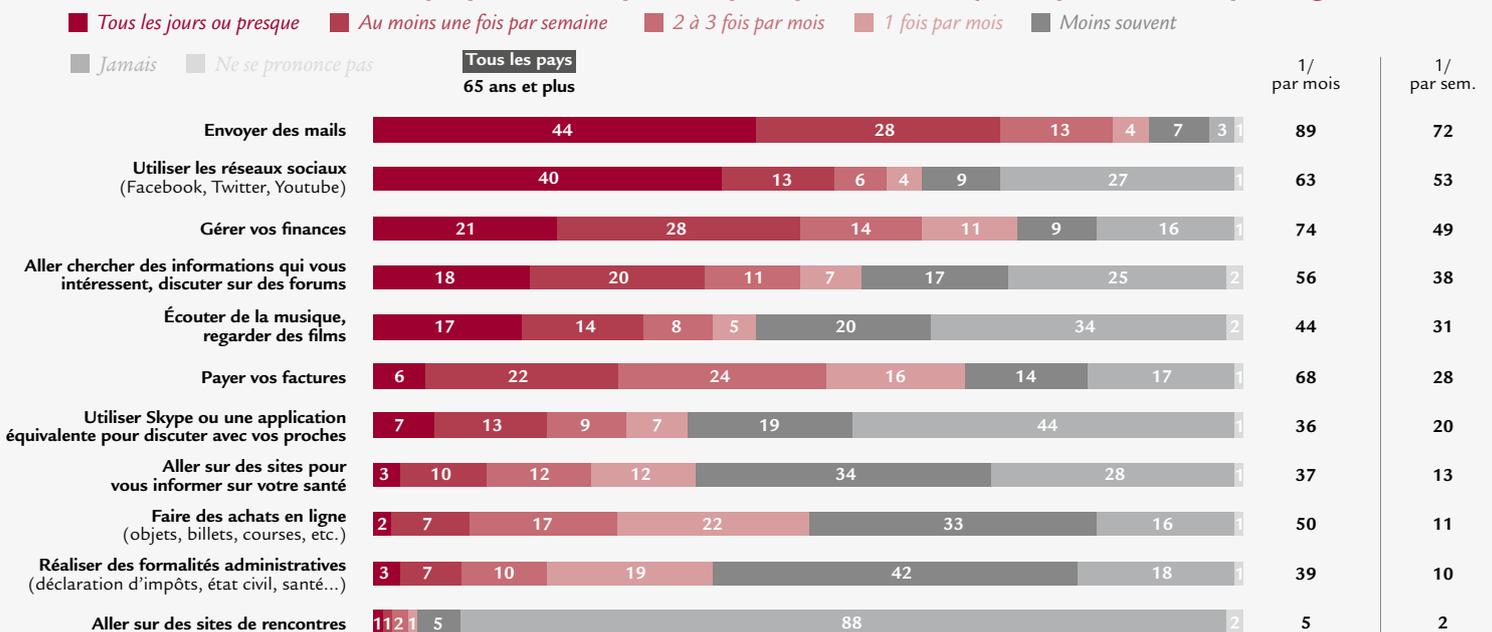
Les capacités des personnes âgées à adopter les nouvelles technologies sont en effet en train d'évoluer. Le Baromètre 55+ TNS Sofres-Cogedim Club 2016 centré sur la relation des seniors au digital évoquait par exemple la disparition programmée de la fracture numérique générationnelle, deux seniors sur trois possédant désormais un appareil connecté. Pour autant, passé 70-75 ans, le taux d'utilisation diminue sensiblement dans cette génération dite « a-digitale ». Ainsi, seule 1 personne sur 4 de 75 ans et plus déclare utiliser Internet. Mais tout

laisse penser que ce seuil sera de moins en moins pertinent avec le temps.

Pour les nouvelles générations de seniors, le smartphone et la tablette constituent de plus en plus souvent la porte d'accès vers la sociabilité et la prévention de l'isolement, mais aussi vers la consommation de biens et services. L'utilisation croissante des technologies pendant leur vie active leur permettra aussi de mieux appréhender l'univers des gérontechnologies et de choisir les plus adaptées à leur situation dans la recherche d'un équilibre entre sécurité et respect de la vie privée.

Dans son dernier baromètre du Bien Vieillir, la Fondation Korian souligne ainsi que les interactions sociales passent, y compris chez les plus âgés, de plus en plus par Internet (voir graphique ci-dessous). Il est fort probable, en outre, que la crise de la Covid-19 ait permis, à ces générations autant qu'aux autres, de mieux s'approprier ces outils durant le confinement.

Des interactions sociales qui passent de plus en plus par Internet, y compris chez les plus âgés



Utilisez-vous Internet pour faire les choses suivantes ? (Base : aux 65 ans et plus) - Source Ipsos / Korian - Baromètre 2020.

Manifeste pour une révolution de la longévité

Dans une tribune parue dans le journal *Le Monde*, un collectif de plus de 150 personnalités, élus de différents bords politiques, intellectuels, professionnels du soin, syndicalistes, acteurs économiques et sociaux, ont appelé à repenser le lien entre les générations et mobiliser tous les leviers de la société pour relever le défi démographique du grand âge.
[Extrait du *Monde* du 27 mai 2020]

« Parce que nous sommes tous des vieux en devenir, il nous semble essentiel qu'aux côtés des transitions écologique et numérique, nous reconnaissons désormais la transition démographique comme un des grands défis du XXI^e siècle. Cette exigence est d'autant plus urgente que la société française va être confrontée à un double défi. Le défi démographique, c'est, à partir de 2025-2030, cette triple massification du vieillissement (plus de retraités, plus de fragiles, plus de dépendants) due à l'arrivée à l'âge de 80-85 ans des « boomeurs » nés à partir de 1945. Le défi sociologique, ce sont ces « nouveaux vieux » qui, au cœur de la crise sanitaire, ont eu raison de rappeler que l'âge n'est pas une identité. En exprimant leur colère quand la barrière d'âge fut un temps envisagée (et heureusement abandonnée) pour les contraindre au confinement au-delà du 11 mai, cette génération, qui avait 18 ans en mai 1968, a crié en 2020 à l'âge de 70 ans : « Vous ne ferez plus contre nous. » Mieux : « Vous ne ferez plus sans nous. »

[...] Mais nous prenons la plume aujourd'hui pour affirmer aussi que la crise du coronavirus doit nous fournir l'opportunité historique de changer de braquet dans l'accompagnement du grand âge. L'âge déprime, le grand âge fait peur, la dépendance terrorise. Pour surmonter cette angoisse, nous devons d'abord respecter la volonté de vieillir chez soi, exprimée par de nombreux Français. Encore faut-il nous en donner les moyens en adaptant nos logements, en réformant les modes d'organisation et de financement des services d'aide à domicile, en développant massivement les formules d'habitats alternatifs et en reconnaissant le rôle des proches aidants, souvent âgés eux-mêmes.

Il faudra dans le même temps en finir avec ce choix collectif aberrant qui consiste à doter de moyens insuffisants les établissements spécialisés dans la prise en charge des âgés les plus fragiles, les transformant de fait en bouc émissaire idéal de notre mauvaise conscience. Au lieu de verser dans l'« Ehpad bashing », mieux vaut collectivement repenser le rôle et les moyens d'établissements qui, s'ils ont besoin de connaître une profonde transformation à laquelle ils aspirent d'ailleurs eux-mêmes, demeurent nécessaires à tous.

[...] Bien sûr, il faut aller jusqu'au bout de l'engagement présidentiel du 13 juin 2018 d'adopter une loi « grand âge et autonomie », mais elle doit s'accompagner d'une véritable stratégie nationale de transition démographique 2020-2030.

Elle devra être prospective – pour être en accord avec une transition démographique caractérisée par un vieillissement accru entre 2030 et 2050 – et mobiliser tous les leviers de la société. Nous voulons que la France s'engage dans une politique massive et assumée d'adaptation des logements au vieillissement pour permettre à chacun de vivre le plus longtemps possible à domicile. Nous voulons une « ville amie des aînés » qui permette à toute personne d'avoir accès à tous les commerces et services nécessaires, qui facilite les mobilités, qui mobilise les innovations et le numérique au service des plus âgés. Nous voulons une loi et une stratégie nationale qui prennent en compte l'impact du vieillissement sur l'aménagement du territoire et sur l'emploi car demain, on ne vieillira pas de la même façon qu'on vive en centre-ville, en périurbain, en milieu rural ou dans les 222 collectivités concernées par le plan national « Cœur de ville ».

Enfin, nous voulons une loi où la prévention tienne une place essentielle. Promotion des activités physiques adaptées, lutte contre la dénutrition, prévention des chutes qui provoquent 9 000 décès par an, mobilisation contre l'isolement social qui affecte 900 000 personnes âgées et prévention des troubles dépressifs, vaccination antigrippale chaque année... Autant de chantiers essentiels pour une société bienveillante. Il faudra enfin renverser la table des pratiques anciennes, du cloisonnement entre sanitaire et médico-social, entre établissement et domicile, entre pilotage national et gouvernance locale.

[...] Nous adressons ce message à l'État autant qu'à nous-mêmes. Il est de notre responsabilité dans nos entreprises, dans nos institutions, dans nos associations, dans nos collectivités locales, dans nos partis et nos syndicats, dans nos écrits et nos productions intellectuelles de nous emparer de ces sujets et de faire nôtre cette mobilisation pour une transition démographique réussie. Vieillir est une chance : ne transformons pas en problème une si formidable opportunité.



Anticiper les mutations de l'offre

C'est en appréhendant mieux les attentes et les besoins de ces papy-boomers et mamy-boomeuses plus nombreux, actifs et connectés, consommateurs avertis et exigeants que l'on commencera à voir se dessiner le contour de l'Ehpad de demain... et, plus globalement, de l'offre d'hébergement de demain.

Une mutation quantitative : combien de places pour demain ?

La volonté très puissante sociologiquement de rester à son domicile est bien évidemment majoritaire mais elle se frotte à une réalité : quand la dépendance est très forte et touche les fonctions cognitives notamment, nombre de personnes âgées ne peuvent plus rester à leur domicile et cherchent alors une place en Ehpad. Cette réalité sera toujours d'actualité demain, même si les alternatives à l'Ehpad et au domicile traditionnel s'élargissent (nous y reviendrons), et nécessitera un élargissement de l'offre de places en Ehpad pour faire face à la massification de la population âgée dépendante.

Dans une étude publiée en 2019¹¹, l'INSEE s'est essayé à une estimation du nombre de places d'Ehpad à créer pour maintenir les conditions d'accueil actuelles. En considérant un maintien

de la répartition de la prise en charge entre domicile et établissement, le nombre de personnes hébergées de façon permanente en établissement, qui est d'environ de 600 000 aujourd'hui, s'accroîtrait de 0,8 % par an en moyenne jusqu'en 2021, puis entre 1,5 % et 2,0 % par an de 2023 à 2040. **Il dépasserait ainsi les 700 000 en 2030, et s'élèverait à 900 000 en 2045**, soit une augmentation de plus de 50 % entre 2015 et 2045.

En décembre 2020, c'est la Drees qui a publié ses projections¹². Selon elle, conserver les pratiques actuelles d'entrée en institution des personnes âgées en perte d'autonomie supposerait de doubler dans la durée le rythme d'ouverture de places observé depuis 2012, afin d'accueillir 108 000 résidents supplémentaires en Ehpad entre 2019 et 2030, puis encore 211 000 entre 2030 et 2050, qui viendraient s'ajouter aux 611 000 résidents sur les places existantes. Ces deux analyses confirment bien

entendu notre idée selon laquelle l'Ehpad a un avenir certain. Néanmoins, fondées sur une hypothèse conventionnelle qui n'interroge pas la répartition établissement/domicile, ces projections ne déterminent pas le scénario le plus probable.

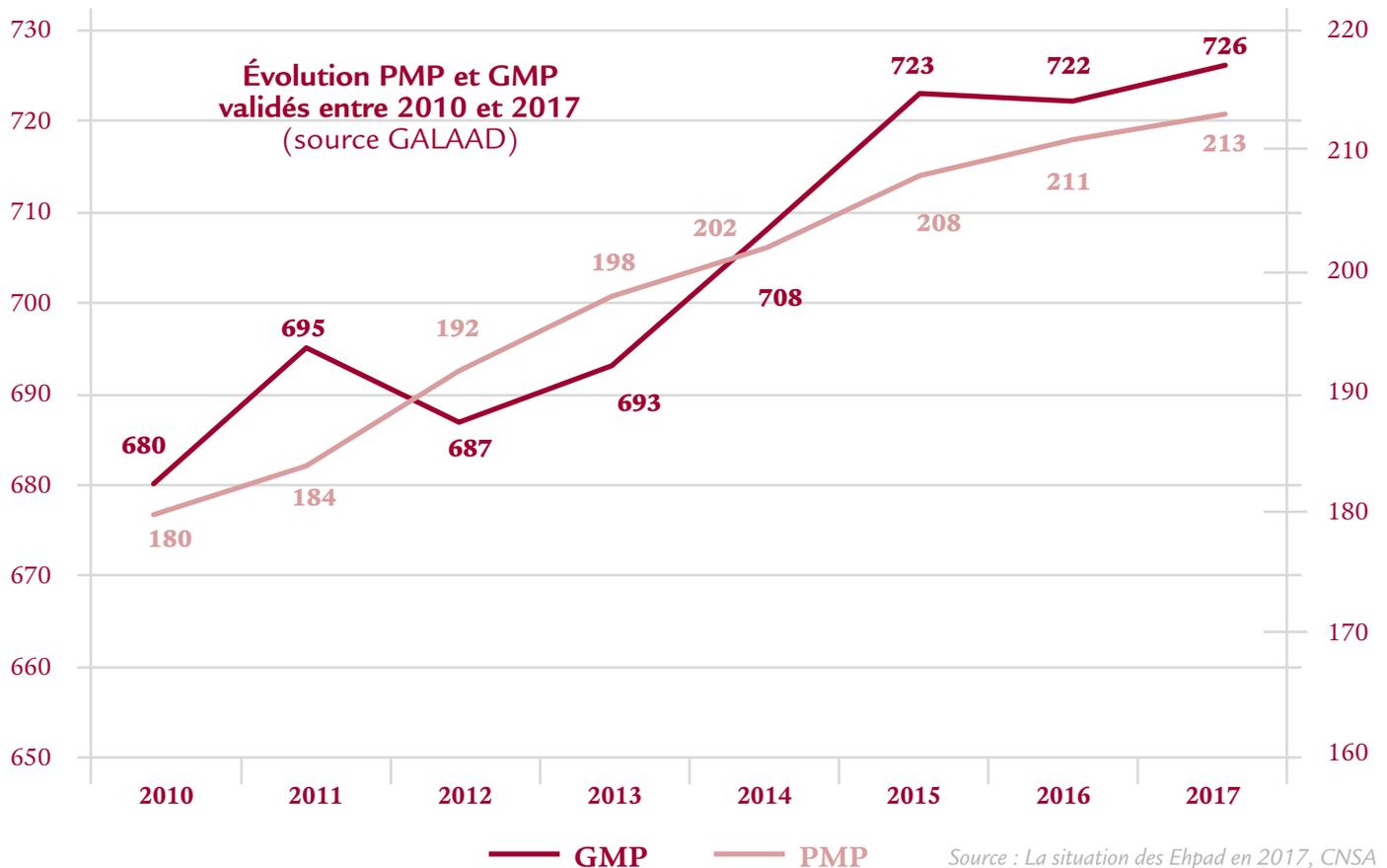
Difficile en effet à ce stade d'évaluer les besoins quantitatifs. Mais difficile aussi d'imaginer qu'on puisse faire table rase du passé et ne pas compter, demain, sur les Ehpad : 7 400 structures réparties sur tout le territoire, fonctionnant 24 heures sur 24 et rassemblant sur un seul lieu ressources médicales et paramédicales, prestations sociales adaptées et fonctions administratives structurées. Nous l'avons en effet démontré dans la partie précédente : le modèle de l'Ehpad, s'il doit évoluer, n'est pas caduque pour autant.

Preuve en est également l'enquête menée en septembre 2019¹³ par le Cercle Vulnérabilités & Société auprès des

11. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050, INSEE, 2019.

12. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/perte-dautonomie-pratiques-inchangees-108-000-seniors-de-plus>.

13. www.vulnerabilites-societe.fr/enquete-quels-lieux-de-vie-et-de-prise-en-charge-de-la-perte-dautonomie-pour-demain-aout-2019/.



proches de résidents d'Ehpad. À la question « Comment percevez-vous votre propre vieillissement lorsque vous deviendrez dépendants ? », moins de 30 % l'envisagent au sein d'un domicile « classique » et plus de la moitié privilégient des formes organisées et sécurisées comme l'Ehpad. Ce public, plus clairvoyant que la majorité des Français puisqu'il vit cette situation de dépendance à travers un proche, accorde donc sa confiance à l'Ehpad et en a une vision plutôt positive. **Une statistique qui tord évidemment le cou à l'idée selon laquelle l'Ehpad n'a plus d'avenir... même si, à l'avenir, l'Ehpad doit évoluer, notamment**

vers un modèle plus ouvert et plus flexible.

Une mutation qualitative : L'Ehpad, plus spécialisé... et plus ouvert

L'Ehpad d'aujourd'hui est loin de la « maison de retraite » des années 1980. À l'évidence, **les Ehpad sont à présent des maisons de fin de vie.** Preuve en est, le recul de l'âge moyen d'entrée en Ehpad, qui est passé de 84 à 86 ans en seulement quatre ans (de 2011 à 2015). Ce recul traduit la volonté des personnes de rester le plus longtemps possible à domicile et a pour conséquence une arrivée en institution avec

un niveau de dépendance et de morbidité plus élevé qu'auparavant.

Le GMP et le PMP¹⁴ des Ehpad sont ainsi respectivement passés de 680 points en 2010 à 726 points en 2017 et de 180 à 213 points.

La perte d'autonomie prend par ailleurs de plus en plus fréquemment la forme de troubles cognitifs. Selon l'enquête

14. Le GMP (GIR moyen pondéré/GIR étant le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée) traduit le niveau de dépendance moyen des résidents. Le PMP (pathos moyen pondéré) traduit quant à lui le niveau de besoin en soins des résidents. Plus ces indicateurs sont élevés, plus le niveau de dépendance ou de besoins en soins des personnes accueillies est important.

EHPA 2015 de la Drees, **260 000 résidents d'Ehpad souffrent de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, soit au moins un tiers des personnes accueillies.**

Les acteurs sont prêts à assumer cette médicalisation croissante et nécessaire de l'Ehpad, à condition de voir les moyens s'aligner sur ces objectifs avec notamment un tarif global (voir détails page 19) redéfini et érigé comme un droit. Depuis des années, l'esprit initial du « droit d'option tarifaire » n'est plus respecté du fait d'un tarif global accordé par les pouvoirs publics avec une trop grande parcimonie, empêchant un véritable choix. Le « droit d'option » de fait aujourd'hui n'existe plus quand tout confirme pourtant sa pertinence au regard des défis actuels des Ehpad.

Permettre de passer au tarif global, c'est tout d'abord consolider **la présence d'un médecin dans l'Ehpad**. La crise a montré les conséquences désastreuses de l'absence de médecins coordonnateurs dans près d'un tiers des Ehpad. L'objectif aujourd'hui est clair : arrimer durablement les médecins en Ehpad, en augmentant le temps d'exercice réglementaire, qui n'a pas évolué depuis le décret du 2 septembre 2011¹⁵ qui prévoyait par exemple un quart-temps pour un Ehpad de 44 places ou moins ; un mi-temps pour un Ehpad de 60 à 99 places et 80 % pour un Ehpad de plus de 200 places.

15. Décret n° 2011-1047 du 2 sept. 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Mais également faire évoluer les missions du médecin coordonnateur en lui donnant un droit de prescription allant au-delà du seul cas des « situations d'urgence ou de risques vitaux ». L'intégration dans le forfait soin des métiers paramédicaux (kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes ou même psychologues) ainsi que des dispositifs tels que les IDE de nuit sont eux aussi devenus indispensables pour relever le défi de la médicalisation.

Cependant face à cette hyperspécialisation inévitable et au risque de faire des Ehpad les « longs séjours » de demain, et afin de répondre au désir affirmé des seniors de vieillir chez eux, on voit également se développer aujourd'hui une offre plus graduée et la **volonté des gestionnaires de décroiser Ehpad et domicile, et plus généralement les tuyaux d'orgues qui régissent le secteur**. Cette mutation, certains l'expérimentent déjà sous des noms divers : « Ehpad hors-murs », « Ehpad à domicile » ou encore « Ehpad plateforme ». Tous ayant la même finalité : **élargir les champs d'action de l'Ehpad pour proposer un continuum de services aux personnes âgées d'un territoire**.

Pour répondre aux attentes et aux besoins de demain, en effet, les options qui s'offrent aux personnes âgées ne peuvent plus se limiter au choix binaire de « rester chez soi » ou « aller en Ehpad quand ça va vraiment mal ». Demain, une personne à domicile doit pouvoir, si elle le souhaite ou en ressent le besoin, aller déjeuner une fois par semaine dans l'Ehpad de sa commune, séjourner

2 fois par an dans un établissement en hébergement temporaire, bénéficier d'un dispositif de sortie d'hôpital après une hospitalisation et, le reste du temps, être chez elle avec des aides et des soins intelligemment coordonnés et la possibilité de bénéficier d'une présence infirmière à toute heure du jour ou de la nuit en cas d'urgence. **Voilà l'offre de demain que tout le monde souhaite**. Cette nécessité absolue de faire évoluer l'offre, c'est aussi ce que les adhérents du think tank Matières Grises ont souhaité présenter dans leur dernière étude « **L'Ehpad du futur commence aujourd'hui** » publiée en juin 2021 (voir encadré ci-contre).

Mais parallèlement à cette mutation de l'Ehpad, une offre alternative est en train de se construire pour répondre à la volonté des millions de personnes âgées, qui, demain, devront quitter leur logement inadapté sans pour autant avoir besoin d'aller en Ehpad. Ces seniors auront le choix entre une multitude de formules « intermédiaires ».

Ni l'Ehpad ni le domicile : l'explosion des solutions « intermédiaires »

Une personne âgée qui devient fragile sans être dépendante doit évidemment pouvoir rester vivre chez elle. Pour cela, elle aura à cœur de vivre dans un logement adapté. Or, **lorsque apparaissent les premiers signes de fragilité, le logement d'une personne âgée peut rapidement devenir source de difficultés**. Selon la CNAV et l'ANAH, aujourd'hui, 6 % seulement des logements sont adaptés à la vie quotidienne de personnes en



perte d'autonomie, ce qui explique une grande part des accidents domestiques impliquant des personnes âgées (62 % des chutes des personnes âgées interviennent à domicile, 9 000 décès consécutifs à des chutes sont constatés chaque année et 40 % des personnes hospitalisées à la suite d'une chute ne retournent pas vivre chez elles).

Rapidement, le logement n'est alors plus le « chez soi » sécurisant et **il devient indispensable de l'adapter**. Mais cela a **un coût non négligeable**, évalué en moyenne par l'ANAH à **12 000 euros**, soit un coût global national de 24 milliards d'euros pour 2 millions de logements à rénover. Ainsi, même si 90 % des Français disent préférer adapter leur domicile pour y rester en bonne santé et en sécurité plutôt que d'intégrer un établissement, seule une minorité a les moyens de le faire.

Certes, des plans d'aide existent (le plan d'adaptation de 80 000 logements

L'Ehpad du futur commence aujourd'hui : propositions pour un changement radical de modèle

Le think tank Matières Grises créé au printemps 2018 et réunissant les principaux acteurs du secteur de l'accueil et de l'accompagnement de la personne âgée a publié en mai 2021 une étude sur l'Ehpad du futur.

Cette étude élaborée de manière très collective et participative, avec l'audition d'une centaine d'experts, spécialistes, fédérations, institutions... et plus de 150 contributions venant de directeurs d'établissements, formule plusieurs propositions pour changer radicalement le modèle de l'Ehpad.

Ainsi, demain l'Ehpad devra être :

- un établissement où le résident devient un habitant où le désir de la personne l'emporte sur les contraintes de l'institution ;
- un établissement où la « chambre » devient « logement » intégrant innovations techniques et surface avoisinant les 30 m² ;
- un Ehpad totalement ouvert sur l'extérieur, sorte de plateforme de services gérant une file active de bénéficiaires (qu'ils soient hébergés de manière permanente ou temporaire qu'ils soient hébergés dans un établissement ou à domicile).

Ce rapport dresse une trentaine de propositions pour faire évoluer le modèle de l'Ehpad, propositions qui pourraient tout à fait inspirer une future loi.

promu par la loi ASV ou plus récemment le plan d'investissement volontaire du groupe Action logement de 1 milliard d'euros pour rénover et transformer 200 000 salles de bains en permettant aux ménages les plus modestes de bénéficier d'une aide plafonnée à 5 000 euros).

Pour autant, il apparaît évident que **l'adaptation des logements existants ne peut à elle seule constituer une solution**. D'abord, parce que la personne peut rencontrer différents obstacles avant de passer à l'acte (financiers, psychologiques – déni de vieillissement, stigmatisation de tels aménagements ou réticence au changement – ou techniques). Ensuite, parce que le caractère « adapté » d'un logement ne se limite pas à son aménagement, mais relève également des questions de mobilité et de maintien du lien social.

Ainsi, pour éviter que le logement ne devienne facteur d'isolement social, annonciateur d'autres types de dépendance, les solutions d'habitat collectif constituent elles aussi une réponse devenue valable pour les seniors de demain. S'il est difficile d'évaluer si un modèle prendra le pas sur les autres, tant les profils des publics futurs seront divers en termes de besoins, d'envies, mais également de revenus, **ces formules constituent indéniablement l'un des grands axes de développement du futur**.

Les résidences services, tout d'abord, connaissent depuis quelques années un développement spectaculaire. Réponse à un besoin croissant et inassouvi de la population âgée de lien social, de sécurité et de liberté, elles sont passées de 580 en

2016, à près de 800 aujourd'hui, soit **une hausse de 40 % en quatre ans**.

Ces résidences ont la particularité de **ne pas faire partie du secteur médico-social**, bénéficiant ainsi de plus de latitude pour évoluer et s'adapter aux besoins et aspirations des générations à venir, mais pouvant ainsi également souffrir d'un manque de lisibilité et de visibilité de la part du grand public et des partenaires institutionnels, malgré **la reconnaissance législative de ces résidences dans le cadre de la loi ASV en 2015**.

En tout état de cause, ces résidences s'imposent de plus en plus comme de véritables acteurs du bien vieillir. Preuve en est également la mise en place du **label VISEHA**, label de qualité créé par les deux organisations professionnelles des opérateurs de RSS, le SNRA et le Synerpa avec l'accompagnement d'Afnor Certification. Treize critères portant à la fois sur l'immobilier et les services complétés par un ensemble de prérequis relatifs à la santé financière et la fiabilité du gestionnaire, éléments essentiels à la pérennité de l'exploitation, sont ainsi évalués et validés résidence par résidence.

Les résidences autonomie, ex-logements foyers, connaissent quant à elles un regain d'intérêt depuis la loi ASV de 2015. Créées au lendemain du rapport Laroque au début des années 1960 pour faire face à la crise du logement des personnes âgées, ces résidences sont des **structures médico-sociales accueillant des personnes âgées valides au sein d'appartements**. On recense plus de **2 200 résidences autonomie** dont 70 % sont publiques,

gérées essentiellement par des centres communaux d'action sociale. Ces résidences font aujourd'hui face à deux défis majeurs : l'augmentation progressive du niveau moyen de dépendance de leurs résidents (c'est la raison pour laquelle la loi ASV a créé pour elles un forfait autonomie pour financer des actions de prévention) et le vieillissement de leurs murs (80 % d'entre elles doivent procéder à des travaux de réhabilitation, de modernisation ou *a minima* de confort selon l'UNCCAS). Sur ce dernier point, en 2021, les pouvoirs publics ont décidé d'augmenter significativement le plan d'aide à l'investissement, soit 30 millions d'euros supplémentaires mobilisés par la CNSA et l'Assurance retraite pour accélérer le processus de rénovation de ces résidences autonomie.

Les résidences autonomie bénéficient toutefois d'un atout majeur, qui les distingue d'ailleurs des résidences seniors : 40 % de leurs places sont habilitées à l'aide sociale et **s'adressent donc à une population à revenus plus modestes**.

L'habitat « alternatif », enfin.

Parallèlement aux résidences seniors qui se déploient massivement sur tout le territoire, l'habitat dit « alternatif », « intermédiaire » ou encore « inclusif » prend lui aussi de l'ampleur. **Colocations intergénérationnelles ou entre personnes âgées, béguinages, maisons partagées**, etc. : les modèles foisonnent et séduisent de plus en plus de seniors. Un décret de juin 2019 permet d'ailleurs d'attribuer un forfait « habitat inclusif » aux dispositifs qui répondent à certains critères. Ces solutions alternatives



demeurent toutefois aujourd'hui marginales (10 000 personnes recensées aujourd'hui en accueil familial et en colocation à ce jour).

Pour donner un élan à ces formules prometteuses, toutefois, le gouvernement a missionné Denis Piveteau, conseiller d'État et Jacques Wolfrom, directeur général d'Arcade-Vyv, pour faire des propositions consistant à dynamiser ces formules d'habitat que les deux rapporteurs ont rebaptisées « **habitat API** » (accompagné, partagé, et inséré dans la vie locale). Leur rapport remis en juin 2020 au Premier ministre, s'intitule « Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous! » et s'inscrit dans une vision de long terme. Même si les arbitrages sur les recommandations de ce rapport ont tardé, les pouvoirs publics ont encouragé sans attendre le développement de ces offres.

Preuve en est la campagne budgétaire 2020, qui prévoyait pour cela une enveloppe de 25 millions d'euros (contre 15 en 2019) avec pour objectif

de créer environ 400 habitats inclusifs sur l'ensemble du territoire, soit deux à six projets par département d'ici la fin de l'année. Si ce déploiement a évidemment été ralenti par la crise de la Covid-19, cette dernière n'a pas atténué l'engouement pour ce type d'offre, dont tous – y compris le gouvernement – font sans cesse l'éloge.

Ce sont d'ailleurs 25 millions d'euros à nouveau mis sur la table dans le cadre de la campagne budgétaire 2021 pour accélérer le déploiement de ces habitats inclusifs avec la mise en œuvre du forfait « habitat inclusif » ou « prestation d'aide à la vie partagée ». Une soixantaine de départements seront donc chargés de l'application de cette aide d'ici la fin de l'année 2022.

Le laboratoire des solutions de demain de la CNSA

Pour guider les grands projets de rénovation de l'Ehpad, la CNSA a décidé de créer un laboratoire des solutions de demain avec pour objectif de :

- I. Définir les lignes directrices de l'investissement dans les ESMS

- II. Déterminer les orientations sur les formes d'habitat, leur volumétrie, les dimensions architecturales et économiques...
- III. Accompagner les institutions et opérateurs dans leurs projets.

Afin de capter les tendances et pratiques prometteuses, d'imaginer les formats d'avenir, la CNSA s'est entourée de groupes d'experts : les personnes accompagnées, les aidants, les professionnels, les élus, les ARS, les conseils départementaux, sociologues, économistes de la santé, architectes...

Une série de recommandations doit être émise dans les prochains mois pour accompagner les Ehpad dans leur transformation et accélérer le processus de modernisation du secteur. Pour leur mise en œuvre, l'État a établi un plan d'investissement conséquent à destination des établissements et services pour personnes âgées mobilisant les financements du Ségur de la santé et du plan de relance.

L'Ehpad doit plus que jamais se réinventer et offrir aux futures générations un « chez soi ».

Tout laisse penser que ces formules « intermédiaires » ont un bel avenir devant elles. Mais les 200 000 personnes âgées qui y sont hébergées forment un public encore très limité au regard des 4 millions de personnes âgées de 80 ans ou plus recensées aujourd'hui et aux 5 millions attendues pour 2030. Nous ferions en effet une lourde erreur en pensant que les alternatives à l'Ehpad suffiront à fournir une solution aux dizaines de milliers de personnes âgées dépendantes qui apparaîtront chaque année dans les années et les décennies à venir.

Si l'avenir donne une place de choix à cet habitat alternatif, il ne rayera pas pour autant de la carte l'Ehpad dont l'attractivité est mise à rude épreuve mais dont l'utilité et la pertinence sont plus que jamais confirmée au regard du travail accompli jusque-là et des évolutions démographiques à venir.

Qualitativement, l'Ehpad doit donc plus que jamais se réinventer et offrir aux futures générations un « chez soi », un lieu de vie (avant un lieu de soins) et une plateforme de services flexible et adaptable aux besoins de chaque territoire.

Cette mutation est une évidence pour tous depuis plusieurs années. Elle aurait pu prendre corps avec la loi Grand Âge et Autonomie annoncée par Emmanuel Macron en 2018 mais qui, après plusieurs reports, ne verra plus le jour sous ce quinquennat. Autre possibilité plus certaine pour faire évoluer le modèle de l'Ehpad, les productions à venir de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de son Laboratoire des solutions de demain (voir encadré ci-dessous) lancé fin 2019 par Agnès Buzyn et installé le 12 juillet 2021 par Brigitte Bourguignon. Cet espace de réflexions et d'expérimentations constitué de groupes d'experts a vocation à « guider la transformation de l'offre d'habitat pour les personnes âgées en perte d'autonomie ». Une feuille de route précise avec identifications de chantiers prioritaires pour 2021-2022 est très attendue par les professionnels du secteur.

Quantitativement, nous l'avons vu : le robinet des autorisations d'Ehpad devra être rouvert dans la décennie qui vient pour faire face au défi de la dépendance qui nous attend d'ici 2030. C'est donc en amont, dès 2025, que les pouvoirs publics devront planifier cet effort dont on sait qu'il sera essentiellement supporté par des investissements privés.



Le défi immobilier *au cœur de cette mutation*

Face aux défis de demain, les Ehpad ne sont pas uniquement sous-dimensionnés en moyens humains, ils le sont également, pour une grande part d'entre eux, du point de vue de leur bâti. La vétusté des locaux pour certains mais également la conception initiale des établissements ne permettent pas toujours une organisation fonctionnelle optimale, des conditions de travail satisfaisantes pour les professionnels et, surtout et avant tout une adaptation aux désirs et au projet de vie individuel de chaque résident.

Repenser et rénover les murs des Ehpad constituent ainsi une démarche centrale au sein de la réflexion menée autour de l'Ehpad de demain.

Défi #1 : Le temps de la standardisation est terminé

Bienvenue dans l'ère du sur-mesure ! Pendant trente ans, le secteur s'est construit et structuré avec des normes et standards reproductibles en matière immobilière. Ce temps du formatage et de la standardisation est terminé. L'Ehpad de demain doit repenser ses murs, gagner en flexibilité, tout en s'intégrant progressivement dans une démarche plus responsable.

L'Ehpad plateforme sera modulaire et flexible

Demain, l'Ehpad prendra en charge des personnes toujours plus âgées et dépendantes devenant ainsi un pilier de l'accompagnement de la perte d'autonomie. Mais pour survivre, il doit aussi évoluer... pour devenir progressivement **un acteur de la promotion du bien vieillir, ouvert sur la cité.**

Avec ses deux atouts essentiels (formidable centre de ressources qui possède un inestimable maillage territorial), l'Ehpad a aujourd'hui l'opportunité de **devenir une plateforme qui irradie vers l'extérieur** (délivrance d'aides et de soins à domicile) **ou qui attire vers l'intérieur** (services aux personnes âgées du quartier ; mission de prévention et de promotion du bien vieillir, information au public et aide aux aidants...).

Tous les Ehpad de France n'ont évidemment pas vocation à se transformer du jour au lendemain en un tel centre de ressources, mais **tous pourront, à terme, voir leurs missions évoluer et dépasser la simple fonction d'hébergement... à condition que leur bâti le leur permette.**

Pour accueillir des personnes âgées extérieures, tout d'abord, et être en mesure de leur proposer des consultations de soins bucco-dentaires, optiques et auditifs, des consultations-mémoire, des consultations gériatriques, l'accès à des outils de télé-médecine, ou simplement des ateliers de gymnastique

douce, il faut pouvoir dégager de l'espace, sans empiéter sur le territoire des résidents et sans devoir pour cela financer de mètres carrés supplémentaires, au risque de faire exploser le tarif hébergement. La conception **d'espaces agiles et modulables** est un facteur clé pour y parvenir.

LE BÂTI DES Ehpad EN QUELQUES CHIFFRES



57 %

des établissements pour personnes âgées ont été **construits avant 1990** dont 18 % sans rénovation depuis 1990



Part des gestionnaires **propriétaires** de l'Ehpad

77 % du public **44 %** du PNL **40 %** du commercial



Un besoin national d'investissement évalué à

15 Md€

Selon une hypothèse de 150 000 places à rénover



Surface moyenne

53 m² par place

dont **23 m²** d'espaces privés



L'Ehpad de demain : des murs pour sauver des vies ?

La population des Ehpad aurait-elle été moins touchée par la Covid-19 si ces établissements étaient mieux conçus ?

C'est la question à laquelle a tenté de répondre un journaliste du *Monde*, dans un article paru en mai 2020 (*).

Parmi les personnes auditionnées, les architectes Xavier Gonzalez et Jean-Pierre Lévêque partagent leur vision d'un nouveau type d'organisation de l'espace, visant à mieux protéger les habitants et les professionnels de futures épidémies à travers une structuration plus souple et évolutive, inspirée du « coliving ». L'idée est de concevoir chaque niveau comme une unité autonome, rassemblant à chaque fois des chambres et des espaces communs. En cas de crise, on peut ainsi isoler cette unité « sécable » sans impacter le reste de l'établissement.

La lutte contre l'ennui, selon les experts interviewés, fait aussi partie de la réflexion à mener pour mieux faire face aux situations comme un confinement. Création de loggias occultables pour relier les résidents à la ville ou encore aménagement d'un escalier hélicoïdal bordé de larges coursives permettant aux résidents de profiter de la vie de tous les étages inférieurs sans bouger de leur unité sont des exemples de projets imaginés par ces architectes pour « penser la vue comme source de vie » et lutter contre l'ennui.

(*) « Architecture des Ehpad : la vie en ligne de mire », par Isabelle Regnier, 28.05.2020, *Le Monde*

Sur les activités de restauration également, une plus grande modularité sera indispensable à l'avenir, pour ouvrir l'Ehpad à la population locale mais également pour répondre aux attentes des nouvelles générations de résidents. Pour Floriane Lenoir, directrice de Silver Fourchette, d'ailleurs, « les grandes salles de restauration de 150m², c'est fini ». Ce modèle, déjà remis en cause, le sera d'autant plus avec l'arrivée des baby-boomers en établissement, qui n'abandonneront pas leurs habitudes sous prétexte qu'ils entrent en Ehpad.

Ils ont l'habitude de prendre leur repas devant leur télé ? Ils continueront de le faire, dans leur chambre ou dans un petit salon. Ils ont l'habitude de prendre un encas dans la nuit ? Ils voudront trouver un snack à leur étage. Pour exemple, à ce jour, 65 % des Ehpad disposent de cuisines relais. Demain, cela ne pourra plus être une option,

chaque unité de vie devra disposer d'un espace permettant la confection rapide d'un plat, ou *a minima*, des espaces proposant des frigos ou des réserves d'aliments.

Les cuisines pourront également évoluer : création d'espaces intermédiaires entre la cuisine et la salle de restauration, aménagement d'espaces buffets pour les entrées pourront, demain, devenir nécessaires pour satisfaire les besoins des convives, résidents, familles ou habitants du quartier.

Plus globalement, l'aménagement **d'espaces semi-privatifs** (salles à manger ou salons indépendants) est lui aussi indispensable pour **recréer un sentiment de « chez soi »** et pour mettre à l'aise les familles qui rendent visite à leurs proches, et contribuer sainsi à l'amélioration de l'image des établissements.

L'architecte Pascale Richter prône, quant à elle, **une architecture qui favoriserait la contemplation et valoriserait la lenteur**¹⁶, plus en phase avec le rythme de vie des résidents. Pour elle, c'est évident « pour que ces maisons soient bien des lieux de vie, (...) leurs programmes doivent être conçus en fonction du contexte et non de standards préétablis, comme c'est trop souvent le cas ».

Sur la capacité des établissements, enfin, les points de vue divergent. Si **la taille critique pour assurer la viabilité économique d'un Ehpad se situe au-dessus de 80 lits**, cette dernière est fréquemment accusée de « gigantisme », avec la menace que la rentabilité ne prenne le pas sur la qualité de vie des résidents. Pour Pascale Richter, notamment « 80 lits, ce n'est pas une grande maison, c'est

16. « Architecture des Ehpad : la vie en ligne de mire », *Le Monde*, mai 2020.

un hôpital ». Pour contrer cela, la plupart des opérateurs ont opté depuis longtemps pour des constructions de plus de 80 lits, avec un fonctionnement sur le principe de maisonnées au sein de petites unités de vie, impliquant donc la création d'espaces collectifs dans les unités.

Le bâti de l'Ehpad de demain sera responsable

Si la **révolution écologique** est déjà dans la tête de tout bon gestionnaire et fait partie des critères de choix d'une partie croissante des résidents et de leurs proches, elle a été **érigée comme une**

priorité par le président de la République le 14 juillet 2020. Dans son discours, Emmanuel Macron annonçait en effet un « grand programme de rénovation de nos écoles et de nos Ehpad », avec à la clé « des économies d'énergie massives, [pour qu'] enfants et aînés puissent mieux vivre ».

Une semaine plus tard, dans son discours de clôture du Ségur de la Santé, le Ministre de la Santé, Olivier Véran, annonçait **un plan d'investissement gouvernemental de 2,1 milliards d'euros sur cinq ans** pour « la transformation, la rénovation et l'équipement

dans les établissements médico-sociaux », qui concernera « au moins un quart des places en Ehpad ». La rénovation des bâtiments fait ainsi partie des « priorités », « parce que les passoires énergétiques, il y en a beaucoup dans ces établissements », a précisé le Ministre.

Si cette révolution est devenue prioritaire avec ces discours, elle avait déjà pris forme, en partie, avec **le décret tertiaire de la loi Élan**, imposant aux Ehpad notamment des **objectifs ambitieux de réduction de leur consommation d'énergie**.

La chambre, le nerf de la guerre

Extrait tiré du *Mensuel des Maisons de Retraite* n°235 / Dossier « Architecture de demain, comment ne pas foncer dans le mur ? »

Lorsqu'une personne âgée quitte son logement pour venir en Ehpad, c'est l'ensemble de l'établissement qui devient son nouveau lieu de vie, mais c'est bien évidemment sa chambre qui devient son « domicile ». C'est donc naturellement sur cet espace que se concentrent les efforts pour accueillir la personne âgée « chez elle »... et cela ne se joue pas qu'à la quantité de mètres carrés disponibles.

Pierre Roux, directeur de GCSMS, explique ainsi les enjeux : « La chambre dans un Ehpad n'est pas seulement un lieu pour dormir. Quand on rentre dans la chambre d'une personne, notre première réaction doit être "je ne suis pas dans une chambre, je suis chez quelqu'un". » Pour rendre cela possible, beaucoup se joue notamment à son arrivée, qu'il convient de penser comme un emménagement et non pas comme une admission, en offrant au résident et à sa famille une vraie liberté d'aménagement (lui laisser le temps d'essayer plusieurs positions de lit par exemple) et la possibilité d'accumuler des meubles et des objets personnels.

Le mot d'ordre est donc « personnalisation »... et cela passe nécessairement par une superficie minimale. Si le cahier des charges des conventions tripartites de 1999 table sur une « norme » de 20 m², la majorité des personnes qui ont accepté de nous faire part de leur expérience privilégie un minimum de 25 m², plus favorable à l'intégration des meubles de la personne et à la possibilité pour elle d'accueillir des visiteurs et de disposer de quoi leur offrir un café ou une boisson fraîche.

Mais au-delà des mètres carrés, d'autres actions ont leur importance pour permettre à chacun de s'approprier son espace. Pourquoi ne pas fixer dans les chambres des cimaises murales, pour permettre aux résidents d'accrocher librement tout ce qu'ils veulent ? Pourquoi ne pas installer à l'entrée de la chambre une sonnette ? Et de façon plus ambitieuse encore, pourquoi ne pas reconstituer des « paliers » entre les chambres avec l'installation de bancs, où chacun est libre de rencontrer ses voisins, sur le pas de sa porte.

Autant d'actions qui permettront peu à peu de transformer les chambres de demain en logements, et les Ehpad de demain en véritable « chez soi ».



Pour **guider les directeurs**, qui peuvent se retrouver démunis dans cette démarche, certains acteurs proposent un accompagnement adapté, comme le Réseau des acheteurs hospitaliers (Resah, dédié aux Ehpads publics et privés non lucratifs) qui a lancé fin 2019 un logiciel d'appui au management de l'énergie et l'accès à un « club utilisateurs ». De son côté, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a annoncé la création, avec l'association H360, d'une « communauté de pratiques en immobilier » afin d'atteindre les objectifs fixés par le décret « tertiaire ».

L'intégration récente de critères relatifs au « développement durable » au sein du tableau de bord de la performance des établissements médico-sociaux¹⁷ est un autre exemple de la **révolution en marche**. Ces critères sont scindés en quatre volets : gouvernance, social, économique et bien entendu environnemental avec les indicateurs « consommation d'énergie au mètre carré » et « politique de gestion des déchets ».

17. Initié en 2009 par la DGCS, l'ANAP et la CNSA, ce tableau de bord a été généralisé à tout le territoire et une grande partie des ESSMS entre 2015 et 2018, avant de devenir obligatoire pour tous en 2019.

L'Ehpad de demain aura pris le virage numérique

Si certains, persuadés que la technologie est déshumanisante, ne pensent pas que la révolution numérique passera la porte des Ehpads, ils ont évidemment tort. À l'image des autres activités humaines et secteurs économiques, **L'Ehpad va laisser une place de plus en plus importante au numérique**, dans son fonctionnement organisationnel, dans sa coordination avec les autres acteurs du territoire, mais aussi dans son accompagnement des personnes âgées. Sans déshumaniser ce dernier, le numérique vient de plus en plus aisément **soutenir dans leur travail des professionnels toujours plus aguerris à l'usage de ces outils**. **La crise de la Covid-19 a par ailleurs accéléré cette révolution**, révélant au plus grand nombre les bienfaits du numérique. Quand les portes des Ehpads se sont fermées, en effet, seule la tablette numérique permettait de maintenir le lien avec l'extérieur ou d'accéder à un médecin, sans risque.

Le potentiel du numérique n'est donc plus à prouver aussi bien pour la prévention et le repérage des fragilités en établissements ou à domicile, que pour faciliter l'accès de

la personne à des services et soins de qualité, ou encore pour faire gagner du temps aux professionnels qui peuvent se recentrer sur l'humain. **Le numérique sera donc dans les mains des professionnels et des résidents, mais aussi dans les murs de l'Ehpad.**

Mais pour construire intelligemment cet « Ehpad 2.0 », encore faut-il s'y retrouver parmi toutes les innovations proposées. Capteur de chutes sur les sols, domotique généralisée, la liste des innovations est longue et toutes n'ont pas encore atteint le même niveau de maturité. Face à ce foisonnement et avec la peur de la « sur-gadgetisation », les acteurs font preuve d'un certain scepticisme sur la valeur ajoutée de ces produits et services et ont donc **besoin d'être accompagnés dans le déploiement de leur parc numérique et technologique... mais aussi dans le financement de ces investissements souvent colossaux.**

Conscient de cet enjeu et du retard du secteur sur le sujet, **le gouvernement a d'ailleurs annoncé en avril 2019 le lancement d'un « plan numérique ESMS » ambitieux**, qui démarre avec un plan d'amorçage de 30 millions d'euros



Loi Élan : tous au vert d'ici 2030 !

La population des Ehpads aurait-elle été moins touchée par le Covid-19 si ces établissements étaient mieux conçus ?

Le décret dit « tertiaire » de la loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (Élan) du 23 novembre 2018, entré en vigueur le 1^{er} octobre 2019, impose aux établissements de santé et médico-sociaux une réduction de leurs consommations d'énergie de 40 % d'ici à 2030, 50 % d'ici 2040 et 60 % d'ici 2050 par rapport à 2010, et cela sans dégrader leur empreinte carbone.

À partir de 2021, chaque structure sera tenue de transmettre tous les 30 septembre de l'année N sa déclaration des consommations de l'année N-1.

(permettant l'acquisition d'ici fin 2022 de logiciels et équipements en vue d'informatiser les dossiers uniques des usagers d'environ 800 ESMS) et se poursuivra avec un plan d'investissement à hauteur de 600 millions d'euros sur cinq ans, annoncé à l'issue du Ségur de la santé et acté au sein de la LFSS pour 2021.

Autant d'efforts qui soulignent la **volonté du gouvernement de faire du virage numérique une priorité pour le secteur médico-social.**



54 %
des Ehpad disposent d'un
ACCÈS INTERNET
au sein des
espaces collectifs



36 %
des Ehpad disposent d'un
ACCÈS INTERNET
au sein des
espaces privés



Défi #2 : La construction de l'avenir

Comme évoqué précédemment, la démographie nous enseigne différentes temporalités qui doivent guider les politiques publiques, car la croissance du nombre de personnes âgées est très contrastée selon que l'on parle des « plus de 85 ans » (cible des Ehpad) ou des « 75-84 ans » (cible de solutions intermédiaires).

De 2020 à 2030, **le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus augmentera de façon modérée**. Ce n'est qu'à partir de 2030 que cette catégorie de la population va littéralement exploser augmentant de + 54 % durant la décennie 2030-2040 et de + 25 % durant la décennie 2040-2050. La décennie 2020-2030 sera donc plutôt marquée par **l'essor de la population des 75-84 ans** avec une hausse prévisionnelle de + 49 %.

Lorsqu'on sait que la moyenne d'âge d'entrée en résidences seniors est de 80 ans environ, on mesure que **le besoin en habitat intermédiaire sera en forte croissance lors de la décennie qui vient quand le besoin d'Ehpad se fera plus prégnant dans la décennie suivante**. Deux défis, distincts dans le temps, sont donc face à nous et aux pouvoirs publics. Le premier, urgent, est d'adapter notre société à la forte croissance des 75-85 ans prévisible dans les années à venir, et notamment être en mesure de leur proposer des habitats intermédiaires adaptés à leurs attentes, mais

également à leurs besoins. Le second, à plus long terme, est de se tenir prêt pour le « défi de la dépendance » à horizon 2030, en adaptant notamment l'offre d'Ehpad.

Horizon 2025 : accompagner l'explosion de l'habitat intermédiaire

Les résidences seniors, tout d'abord : dans les années à venir, le marché bénéficiera pleinement de l'entrée des baby-boomers dans la classe des « 75 ans et plus ». À titre quantitatif tout d'abord. À titre qualitatif, ensuite, puisque ces résidences répondent particulièrement aux aspirations et besoins de ces profils.

Ainsi, d'ici fin 2021, le parc devrait atteindre 930 unités grâce à la mise en exploitation de 170 nouvelles résidences, soit **+ 85 résidences par an** en moyenne¹⁸... une vitesse de croisière assez proche de celle des Ehpad lors de leurs « Trente Glorieuses ». Pour assurer cette montée en puissance, **les leaders actuels du marché s'allient essentiel-**

lement avec les géants du monde de l'immobilier : Domitys est soutenu par AG2R La Mondiale, Les Senioriales par Pierre & Vacances, Heurus par le groupe Réalités, les Girandières par Résides Étude, les Jardins d'Arcadie par Acapace et Bouygues, etc.

Paradoxalement, **les groupes commerciaux d'Ehpad**, malgré leur puissance financière, ont été **très timorés avant d'investir dans ce secteur**. Ils ont longtemps considéré ce produit comme un concurrent des Ehpad. Quand ils ont compris qu'il n'était rien, ils ont commencé pour certains à investir mollement dans ce secteur. Le groupe Emera a développé une quinzaine de RSS mais toujours en lisière de leurs Ehpad, DomusVi a historiquement investi dans Les Tempitudes, Orpéa n'a de son côté que 5 RSS et quant à Korian, il a choisi plutôt un modèle de colocations dans des petites unités (voir ci-dessous).

Le secteur non lucratif, en revanche, a moins d'attrait pour ce type de produit. Certaines associations spécialisées dans

18. Source : Xerfi.



les résidences autonomie pourraient décider, notamment pour se dégager de la contrainte des appels à projets nécessaires pour créer une Résidence Autonomie, de développer des RSS. Le problème serait alors que leurs locataires ne puissent plus bénéficier de l'aide sociale départementale (qui ne s'applique que dans les établissements médico-sociaux, donc pas en RSS). Pour continuer à recevoir des personnes de tout statut social, ces gestionnaires auraient donc besoin de s'engager dans une logique de « logement social », laquelle interdit en principe les critères d'âge dans la procédure d'attribution.

Or une RSS ne peut évidemment pas se construire sans critère d'âge. Certes, l'article 20 de la loi ASV ouvre la porte à certaines dérogations pour que « la commission d'attribution [attribue] en

priorité tout ou partie des logements construits ou aménagés spécifiquement pour cet usage à des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap, dans le cadre de programmes bénéficiant d'une autorisation spécifique délivrée par le représentant de l'Etat dans le département » mais dans les faits, peu de demandes sont faites en ce sens aux préfets à ce jour.

D'autres promoteurs associatifs ont donc décidé de s'orienter vers des **résidences intergénérationnelles avec services** permettant un accès au logement social sans s'enfermer dans une logique d'âge. C'est à cette solution que travaille aujourd'hui activement le GROUPE SOS Seniors à travers la création de Résidences Services intergénérationnelles à vocation sociale. **L'habitat alternatif** ne se cantonne

donc plus aux résidences seniors classiques et laisse aujourd'hui la place à un habitat « non institutionnel », sur lequel se sont penchés Denis Piveteau et Jacques Wolfrom au sein de leur rapport « Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous ! » remis au Premier ministre en juin 2020 (détails p. 33), et qui avait pour objectif d'identifier les moyens de déployer massivement ce type d'offre.

Le modèle le plus répandu aujourd'hui est celui de **la société Âges & Vie**, spécialisée dans la construction de petites unités de vie montées sous forme de pavillons hébergeant 8 personnes dans des studios indépendants de 30 m². Dans ces pavillons, un salon sert de cœur de la vie sociale tandis qu'au premier étage un appartement de fonction permet à



un salarié auxiliaire de vie de vivre sur place. Le modèle consiste à créer deux pavillons côte à côte sur un même terrain, ce qui permet donc d'héberger 16 personnes soutenues par 6 salariés, dont deux vivent sur place. Le coût de cet hébergement évolue autour de 2 200 euros par mois avec un coût final pour l'usager de 1 600 euros par mois.

Face au succès rencontré par leur modèle, Ages & Vie a vu entrer dans son capital en 2018 le groupe Korian. En outre, un partenariat s'est construit en 2019 avec la Banque des territoires et le Crédit Agricole Assurances pour un investissement total de 300 millions d'euros, permettant l'ouverture de **300 nouvelles Maisons d'ici cinq ans.**

Dans une société vieillissante, avec une population de seniors désireuse de « vieillir à domicile », ces modèles rencontrent, et devraient rencontrer d'autant plus demain avec les baby-boomers, **un succès incontestable.** À l'image du modèle d'Âges & Vie,

certaines formules pourraient prendre ainsi le pas sur d'autres. **Pour se développer à l'échelle nationale, elles nécessiteront, à moyen terme, la construction de partenariats autour d'investissements à la hauteur des enjeux.**

Nul doute donc que demain le paysage de l'habitat pour personnes âgées sera plus diversifié et hétéroclite, laissant **une place à de nouveaux modèles, complémentaires de l'offre institutionnelle qui a déjà fait ses preuves** et qui aura encore toute sa place.

Soutenir la réouverture des autorisations d'Ehpad à partir de 2030

Ce serait néanmoins une erreur de penser qu'à l'horizon 2030 les formules alternatives à l'Ehpad suffiront à fournir une solution aux dizaines de milliers de personnes âgées dépendantes qui apparaîtront chaque année entre 2030 et 2050. C'est donc

dès 2025 qu'un effort devra être planifié pour créer de nouveaux Ehpad (voir le détail des projections de l'INSEE page 30 / + 50 % du nombre de places d'ici 2045).

Cette hausse, indispensable, même s'il est difficile de la quantifier précisément, ne se fera néanmoins pas de la même façon sur tout le territoire. Les travaux de planification qui seront menés permettront d'identifier également les zones où une stratégie de simple extension d'établissements existants devra être envisagée... à condition de parvenir à assouplir le système actuel d'autorisation des extensions (soumis à appel à projet depuis la loi HPST en 2009).

Les investissements nécessaires pour accompagner cette croissance et répondre au « défi de la dépendance » relèveront d'un effort considérable, qui sera sans nul doute supporté en grande partie par des investissements privés.

Trois questions à Marie-Hélène Latouche sur l'habitat alternatif

Depuis quelques années, le secteur du grand âge voit se déployer une large palette d'offres « intermédiaires », situées entre le domicile traditionnel et l'établissement médicalisé. Quel regard portez-vous sur ce développement ?



Il est vrai que nous connaissions historiquement seulement deux formes d'habitat pour accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie : le maintien à domicile et l'institution. Cependant, la plupart de ces personnes aspirent voire revendiquent de pouvoir vivre dans un environnement plus familier, inclusif et sécurisant. L'affirmation d'une liberté plus forte quant au choix de son « chez soi » est devenue elle aussi plus présente avec le temps.

C'est donc une bonne chose que ce paradigme ait évolué, offrant aux personnes la possibilité d'opter pour une formule d'accueil qui corresponde mieux à leurs envies en matière de cadre de vie, de services, d'espaces de vie, tout en leur assurant un accompagnement adapté à leurs besoins actuels et à venir. En créant ces nouveaux modes d'habitat à mi-chemin entre l'institution et la vie à domicile (habitat intergénérationnel, colocation, habitat participatif...), les personnes âgées vont maintenant pouvoir choisir leur propre parcours résidentiel. Pour l'heure, l'offre est encore trop discrète et mérite d'être déployée plus largement sur le territoire. Le coup de pouce financier des pouvoirs publics pour encourager les acteurs à développer ces nouveaux modèles va certainement permettre d'accélérer le processus.

Notre expertise reconnue en matière de produits et de services immobiliers sur mesure permettra d'accompagner le développement de ce type d'habitat et complètera la gamme déjà présente sur le marché immobilier.

Swiss Life Asset Managers développe d'ailleurs des offres de logements similaires auprès des publics jeunes à travers les résidences étudiantes notamment. Proposer désormais ce panel au public senior nous semble tout à fait naturel. Il présente même un atout notable en termes d'égalité d'accès à une offre identique à tous les âges de la vie : étudiant, salarié, famille, retraités... Nous y voyons un beau partage de moments de vie entre générations.

Cette diversité est-elle une force ? Quel point commun retrouve-t-on entre ces offres ?

Pour satisfaire la demande des générations actuelles et futures, il est nécessaire d'offrir une diversité de formes de logement plus souples mais aussi plus économiques pour les personnes aux revenus modestes apportant ainsi une réponse complémentaire la résidence service sénior et à l'hébergement en Ehpad.

Cette diversité de l'offre requiert indéniablement la création de partenariats privilégiés avec des acteurs spécialisés du secteur médico-social, associations, mutuelle, CCAS, services d'aide à domicile, pour accompagner ces personnes particulièrement fragiles dans les meilleures conditions, et leur proposer un projet de vie sociale et partagée conforme à leurs attentes et à leurs besoins.

Ainsi, toutes ces offres, aussi variées soient-elles, proposent un accompagnement sur mesure établi avec la personne elle-même, mais le point crucial de ces habitats repose sur le maintien du lien social de la personne avec les autres locataires.

Des habitants vivant comme tout le monde au cœur de quartier et évoluant dans un écosystème inclusif et solidaire, voilà toute l'ambition de ces habitats alternatifs.

Cette offre constitue-t-elle une alternative ou une option complémentaire à l'Ehpad ?

L'habitat inclusif n'est qu'une étape dans un parcours résidentiel qui permet de maintenir à domicile les personnes qui le souhaitent, il ne constitue pas la solution à tous les besoins. Et cette possibilité n'est pas forcément garantie tout au long du vieillissement de la personne ou en cas d'aggravation de son état de santé. Il semble donc important de penser en amont les limites du maintien dans le logement.

Par ailleurs, le financement de l'accompagnement à la vie sociale et partagée semble encore fragile pour ces structures reposant soit sur le recours au tout récent forfait pour l'habitat inclusif, créé par la loi pour l'évolution du logement, de l'aménagement et de la transition numérique (dite loi ELAN), soit sur les ressources propres des personnes accueillies.

Le déploiement de ces structures reste à ce jour encore marginal. Mais quoi qu'il arrive l'Ehpad restera indispensable pour couvrir les besoins de perte d'autonomie. Certes, les formules alternatives à l'hébergement doivent se développer, mais la progression attendue des personnes âgées dépendantes au cours de cette décennie montre que les Ehpad continueront à occuper une place centrale dans le secteur. Leur expertise en matière de prise en charge des personnes les plus fragilisées n'est plus à prouver et sera toujours recherchée.

Défi #3 : La rénovation de l'existant

Penser demain nécessite également de penser l'adaptation du stock de murs existant, sur le secteur non lucratif (le secteur public en particulier, réputé pour avoir des murs vieillissants), mais également sur le secteur lucratif.

Chose assez paradoxale sur le secteur des Ehpad : la question immobilière a beau y être centrale, au regard de son rôle dans la prise en charge et de son impact sur le reste à charge, évaluer l'état du bâti au niveau national demeure un exercice qui relève de l'exploit. L'enquête EHPA réalisée tous les cinq ans par la Drees apporte bien quelques informations que l'on peut compléter par les travaux réalisés dans le cadre de concertations telles que celle de Dominique Libault, mais ces données restent partielles et rendent complexe l'évaluation exacte des besoins en termes de financement.

Comment évaluer ce défi immobilier, réel pour une partie croissante des Ehpad, publics, mais pas uniquement ?

Rénovation : la difficile évaluation de l'ampleur du défi

Selon la Drees, 18 % des Ehpad n'ont pas connu de rénovation depuis 1989. Sans connaître la proportion entre publics ou associatifs, on devine aisément que les établissements les plus anciens sont des Ehpad à but non lucratif puisqu'à cette date le secteur commercial était encore quasi inexistant.

Ainsi, les Ehpad publics sont plus nombreux à répondre à des normes datant d'avant le cahier des charges de 1999. Pour exemple : 11 % des places en Ehpad publics sont en chambre partagée et 25 % n'ont pas de douche privative, contre respectivement 4 % et 9 % pour le privé non lucratif et 7 % et 4 % pour le commercial.

Sans en faire une généralité, nous pouvons nous attarder sur l'exemple du Centre Emma Ventura à Fort-de-France, représentatif de la situation que l'on peut parfois rencontrer dans le public : l'Ehpad (couplé avec un

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

USLD¹⁹⁾ propose 365 places, dont l'essentiel en chambres de 4 personnes avec 1 sanitaire et 1 douche pour 8. Le centre porte un projet prometteur de centre de ressources gérontologique pour l'ensemble de la Martinique, mais qui nécessite un effort d'investissement conséquent.

Priorité n°1 : limiter l'impact de la rénovation sur le reste à charge

Comme expliqué en première partie de ce document, le mécanisme de la tarification ternaire reporte les surcoûts liés à un projet immobilier sur le prix de journée assumé par l'usager (hors aide sociale à l'hébergement). Et cette répercussion est beaucoup plus directe dans le public, dont les structures sont à 77 % propriétaires de leur immobilier.

L'impact que peut avoir un projet de rénovation sur le tarif hébergement rend évidemment réticents les gestionnaires des Ehpad... ainsi que les financeurs publics, lorsqu'ils sont

19. Les unités de soins longue durée (USLD) sont des structures d'hébergement et de soins adossées à un établissement hospitalier qui s'adressent à des personnes très dépendantes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante. On dénombre aujourd'hui un peu moins de 34 000 places réparties au sein de 600 unités.

Catégorie d'établissements	Le propriétaire est-il le gestionnaire de l'établissement ?		
	Non	Oui	% propriétaire
Ehpad publics	736	2 494	77 %
Ehpad PNL	1 246	988	44 %
Ehpad commerciaux	993	666	40 %

décideurs. La grande majorité des établissements à but non lucratif étant des établissements habilités à l'aide sociale, ils n'ont en effet pas la totale maîtrise de leurs recettes puisque le tarif hébergement est fixé par arrêté du président du conseil départemental. Des dizaines de projets de construction et/ou de rénovation sont ainsi à l'arrêt du seul fait de l'impact qu'ils auraient sur le prix de journée. Quand un département refuse une augmentation du prix de journée, on évite en conséquence toute innovation architecturale, quitte à ce que cette économie initiale devienne rapidement contre-productive en engendrant des coûts de non-confort plus importants à terme.

L'une des façons de contourner ce problème repose évidemment sur

l'obtention de subventions auprès des conseils départementaux (aides qui se font néanmoins de plus en plus rares) ou de la CNSA (via son Plan d'aide à l'investissement qui ne permettait de couvrir qu'une partie des besoins jusqu'ici mais qui a été singulièrement renforcé dans le cadre du PLFSS pour 2021 – voir détails ci-dessous).

Un plan gouvernemental nécessaire... mais insuffisant

Pour faire face à ce défi, le rapport Libault suggérait dans sa proposition 55, d'engager « un plan de rénovation des établissements, en particulier publics, de 3 milliards d'euros sur 10 ans. Ce plan intégrera des exigences accrues en termes de qualité architecturale et valorisera la réalisation de petites unités de vie (15-20 personnes) au sein des



Les groupes commerciaux face au défi de la rénovation perpétuelle de leur bâti

On pointe souvent du doigt le secteur public pour son bâti mais le commercial est aussi concerné. L'explosion de ce secteur date du milieu des années 1980. Une large partie des établissements va donc fêter ses 25, 30 ou 35 ans.

Le secteur n'a pas attendu pour entamer la rénovation de ses bâtiments les plus anciens, mais aujourd'hui se pose la question de la rénovation perpétuelle.

établissements ». Pour l'auteur du rapport, le secteur serait priorisé en raison de l'ancienneté de son bâti, et l'ouverture de ces financements aux secteurs privé non lucratif et lucratif doit être assortie d'exigences fortes sur la qualité de prise en charge et par une maîtrise des tarifs hébergement.

Le rapport soulignait la nécessité de réaliser rapidement un audit détaillé mais part d'une hypothèse de 150 000 places à rénover (un quart de l'offre totale n'ayant pas connu de rénovation depuis plus de vingt-cinq ans) et **évaluait ainsi le besoin d'investissement à 15 milliards d'euros, soit 100 000 euros par place à rénover.**

Pour abonder et amorcer ce plan de rénovation, le rapport Libault proposait d'augmenter les plans d'aide à l'investissement (PAI) de la CNSA d'environ 3 milliards d'euros en dix ans (soit un triplement de l'effort actuel d'investissement), limitant ainsi la

répercussion sur le reste à charge des résidents.

Cette recommandation est devenue en partie réalité avec la LFSS de 2021 qui prévoit un plan d'investissement global en santé de 6 milliards d'euros, dont 2,1 milliards d'euros seront affectés au secteur médico-social : dans le numérique (600 millions d'euros) et dans les murs (1,5 milliard d'euros sur cinq ans). Ce plan d'investissement immobilier quinquennal consiste à soutenir la rénovation des établissements les plus vétustes, notamment dans le secteur public. Une première tranche de 300 millions d'euros est mobilisée dès 2021. Une somme jugée considérable en comparaison avec les plans d'aide à l'investissement de la CNSA habituels qui tournent plutôt autour de 80 millions d'euros / an.

Les enjeux autour de la question immobilière, en particulier dans le secteur public, sont donc bien dans le

radar du gouvernement, mais pour être mené à bien, ce plan de rénovation ne pourra se limiter à cette enveloppe de 1,5 milliard d'euros sur cinq ans. Il faudra à l'évidence **muscler considérablement ce plan**, comme il faudra **faire appel aux autres acteurs : les différentes sociétés foncières** qui se développent aujourd'hui (Enéal pour Action Logement, CDC Habitat ou encore Arcade associé au groupe VYV) et, bien entendu, les autres investisseurs privés, qui ont la puissance économique nécessaire pour relever ce défi.

Enfin, pour que ces crédits ne soient pas utilisés à un simple lifting d'un concept dépassé, il est indispensable d'établir rapidement de nouvelles exigences et donc de proposer un nouveau cahier des charges, permettant l'adaptation des Ehpads existants et la construction de nouveaux Ehpads plus en phase avec les besoins et les attentes des futures générations de résidents.



Conclusion



L'idée de ce document élaboré par Swiss Life Asset Managers consistait à établir une sorte de constat partagé entre investisseurs et gestionnaires pour mieux appréhender ce que pourrait être l'avenir du secteur des Ehpad.

Mais, en guise de conclusion, nous voudrions ajouter trois souhaits pour demain :

- Le souhait d'abord d'une plus grande proximité entre les Ehpad, le milieu académique, le monde de la recherche et celui des start-up.

Les Ehpad ont eu depuis des décennies un prisme très sanitaire et médico-social avec toutes les conséquences que cela peut avoir en termes culturels. On voit bien que l'Ehpad doit sortir de ce pré carré historique. D'abord, en se rapprochant du monde académique et de la recherche pour mieux « sentir » les (r)évolutions à venir, mieux les anticiper et mieux les intégrer. Ensuite, en se nourrissant de toutes les innovations qui émergent des start-up et du secteur des nouvelles technologies. Le numérique n'en est qu'à sa préhistoire et il n'a pas à ce jour dévoilé l'ensemble des atouts qu'il recèle en matière de bien-vieillir.

- Le souhait également que les opérateurs communiquent mieux encore sur leurs objectifs à moyen et long terme pour que s'instaure un vrai dialogue stratégique avec les investisseurs.
- Ce document a voulu illustrer les profondes mutations qui vont impacter le vieillissement et par conséquent le rôle et les missions des Ehpad dans les dix ou vingt ans à venir. Ces évolutions, les gestionnaires doivent les penser, les anticiper, mais aussi les expliquer pour que leurs stratégies soient partagées avec les investisseurs. D'autant qu'une grande partie de l'évolution de l'Ehpad sera immobilière.
- Le souhait, enfin, que les investisseurs puissent être pleinement intégrés à cette réflexion pour mieux définir encore ce que les gestionnaires attendent d'eux. Ce qui nécessite un vrai accès à l'information pour gagner en fluidité et en compréhension mutuelle des enjeux. C'est parce que Swiss Life voit ainsi son rôle d'investisseur qu'il a souhaité produire le présent document. En espérant qu'il soit utile à notre dialogue commun.



SwissLife
Asset Managers

*Nous permettons à chacun
de vivre selon ses propres choix.*

Swiss Life Asset Managers France

Siège social

Tour La Marseillaise

2 bis, boulevard Euroméditerranée

CS 50575

13236 Marseille cedex 02

Tel : +33 (0)4 91 16 60 10

153, rue Saint Honoré

75001 Paris

Tél : (0)1 40 15 16 07

<https://fr.swisslife-am.com/>

contact-france@swisslife-am.com