

Université Paris Descartes

COMMENT FINANCER DEMAIN

UN SEJOUR EN EHPAD ?

Alain THIEFFINE

Diplôme inter-universitaire Médecin Coordonnateur d'Ehpad

Année universitaire 2015

**Directeur de thèse : Docteur Michel Salom, chef de service au Centre
gériatrique Léopold Bellan**

Introduction

Mesdames et Messieurs,

J'ai aujourd'hui le devoir de vous présenter mon mémoire que j'ai intitulé, en accord avec mon maître de stage, le Dr SALOM, « *Comment financer demain un séjour en EHPAD ?* »

J'ai choisi cet intitulé car pénétrant dans cet amphithéâtre pour la première fois le 8 Janvier 2015, un rapide coup d'œil circulaire me montra que j'étais le plus vieil étudiant de ces sessions. Et le plus vieil étudiant, à la retraite depuis 5 ans et exerçant comme médecin co depuis cette date, ne pouvait bien sûr que s'intéresser à l'avenir.

Car je pense très vivement que notre avenir ultime passe :

- par la case vieillesse -sujet grandement ignoré-
- par la case EHPAD pour 20 à 30 % d'une classe d'âge par la reconnaissance du fait « EHPAD », lui aussi très absent des préoccupations quotidiennes de nos concitoyens et par conséquent, par importance de mon mémoire, son financement futur autant par les autorités de tutelle, ARS et DEPARTEMENT, que le reste à charge des résidents.

Donc je vais articuler mon mémoire autour de 3 axes :

- 1°) le futur financement qui sera la partie la plus dense
- 2°) la connaissance de la vieillesse
- 3°) la mise en perspective du fait « EHPAD »

Chapitre I – De la vieillesse

Avant d'aborder mon chapitre principal, l'avenir des EHPAD du point de vue financier, il m'a semblé important de rappeler ce qu'était la notion de vieillesse actuellement, ce qu'elle recouvrait, comment elle évoluait.

Du cours de Monsieur Pascal Champvert, j'ai retenu une date butoir : 55 ans qui correspondrait pour lui à l'entrée dans la vieillesse, parce que c'est à cet âge que le corps « victorieux » commence à montrer des signes de faiblesse, rides, pertes de cheveux, affaiblissement des muscles, diminution évidente des performances physiques de toutes natures.

Mais l'on peut choisir pour cette étape du vieillissement, l'âge de la retraite légale, mais qui actuellement peut être précédé d'un renvoi d'office à l'inactivité par le biais du chômage.

On peut aussi retenir le passage à la dépendance, c'est-à-dire le moment où le sujet ne peut plus assurer seul sa propre existence et c'est à ce moment-là que nos structures apparaissent, aides à domicile, SSIAD et EHPAD.

Mais d'autres auteurs envisagent différemment le problème.

- Pour certains la vieillesse est l'âge ultime de l'être humain qui succède à l'âge mûr, appelé aussi troisième âge, le quatrième serait celui de la dépendance soit à ses descendants, soit à des aidants extérieurs bénévoles ou professionnels.
- D'un point de vue social la vieillesse répond aujourd'hui à des injonctions médiatiques et de la cité. Les efforts visent à prévenir les altérations de l'âge par un mode de vie sain, plus qu'à soigner des altérations apparentes et peu réversibles.

La dépendance et la perte d'autonomie de la personne du quatrième âge est la mesure principale de l'état de vieillesse. Un sociologue comme Serge Guérin propose le terme de Sénior Fragilisé (SeFra). La fragilisation peut être physique, intellectuelle, morale et ou économique.

Pour d'autres la vieillesse est abordée de manière plus gériatrique voir psychanalytique.

Le corps vieillissant est étudié comme un « objet », « un produit », voire un « diagnostic » au sein de la gérontologie sociale, le corps comme « symbole » et « construction sociale » a longtemps été ignoré.

Pour autres encore, on ne devient pas vieux, on se patine. Je commencerai ce paragraphe par cette citation de J.B. Shaw : « *A partir d'un certain âge les miroirs devraient réfléchir avant de vous renvoyer votre image.* »

L'idée de vieillesse fait immédiatement référence à l'idée de mort.

Le Dr Lucien MIAS passionné par la vieillesse en institution ne s'est pas autorisé un discours médical de la gériatrie ; son expérience l'avait orienté vers l'idée qu'une médecine de la dépendance n'avait de chance de réussir si elle n'intégrait pas l'individu et la vieillesse dans l'histoire de toute une vie, en somme pratiquer une médecine à orientation gérontologique, tenant compte de l'entourage, et de l'écologie externe et interne.

Revenons à l'auteur (Dr Lucien Mias) qui considère que la vieillesse est aussi acquisition de tout ce qui nous a été donné, enseigné, transmis dans une chaîne, d'êtres humains qui ont laissé trace et la vieillesse est aussi perte.

Il importe donc que des « esprits éclairés », nous bien sûr, fassions en sorte non pas de sonner le tocsin, mais d'enseigner la vieillesse avec tous ses stades, dont certains sont très beaux, rappeler qu'un vieux monsieur ou une vieille dame n'a pas seulement l'âge de ce jour mais tous les âges, que pour peu qu'ils ne l'aient pas oublié, ils ont 8 ans, 15 ans, 22 ans, 33 ans, 45 ans, 58 ans, 69 ans.

En particulier ils désirent aussi l'amour sous toutes ses formes, aussi bien dans son acception platonicienne, que dans sa version plus vénusienne ; il ne faut pas confondre sexualité, génitalité et sensorialité. La sexualité des vieux existe dans le respect de chacun en particulier en institution.

Enfin soyons optimistes, le vent tourne, ces sujets deviennent grand public et commencent à être traités avec succès au cinéma, j'ai nommé :

- *Et si on vivait tous ensemble* avec Richard- Rich-Bedos-Fonda
- *Floride* avec Jean Rochefort et Sandrine Kimberlain
- *Youth* avec Peter Caine et Harvey Keitel
- et le livre récent de Denis Tilniac -*Retiens la nuit*

Un sondage réconfortant et récent révèle que 85% des gens de 65 ans à 80 ans se déclarent très heureux.

Si nous voulons une société cohérente et qui fasse sens nous devons traiter tous les gens avec la même attention et faire savoir à tous ces citoyens qu'ils ont des droits mais aussi des devoirs.

Chapitre II - De l'EHPAD dans une perspective financière.

Je débute là le cœur du mémoire et j'avance avec des faits avérés et des hypothèses non démontrées mais probables.

Tout d'abord il faut tenir compte du rôle important de la CNSA, dans la mesure où elle est un acteur financier important de cette section des dépenses médico-sanitaires et qu'il importe qu'elle ne soit pas détournée de ses buts comme semblent le penser certains acteurs de la filière, mais nous y reviendrons en temps utile.

A/ Commençons par un état des lieux

Essayons de chiffrer le nombre de résidents en EHPAD, avec les dernières données. On dénombrait en France courant 2011, entre 573 000 et 693 000 résidents en EHPAD représentant à peu près cette pyramide d'âge (voir iconographie n° 1) se répartissant à peu près comme le montre ce tableau en annexe (iconographie n° 2).

- Le nombre d'EHPAD en France :

Il est indiqué dans les 3 tableaux suivants (iconographie n° 3) et ne met pas en perspective les régions bien pourvues et celles qui sont déjà déficitaires par rapport à la demande actuelle.

Le ratio actuel est en moyenne de 16 lits pour 100 personnes âgées relevant de notre activité et les projections de l'évolution des populations demanderaient en théorie la création de 540 000 en EHPAD d'ici 2040 autant dire après-demain.

A l'horizon 2040, le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans aura augmenté de 94 % pour atteindre près de 7 millions. Les départements les plus touchés par le vieillissement seront la Haute-Savoie (+150%), la Seine et Marne (+143%), l'Ain (+138%), et la Vendée (+131%).

Les 2 cartes jointes en annexe (iconographie n° 4 et 5) montrent :

- l'évolution du vieillissement selon les départements :
- Estimation du besoin en lits en EHPAD à l'horizon 2040
- les zones en difficulté actuellement : Languedoc-Roussillon, Alsace et Limousin.
- les zones à l'équilibre: Pays de Loire, Bretagne, et Aquitaine.

(ancienne dénomination des 22 régions qui sont réduites à 13).

- profils des régions (iconographie n° 6) :

Actuellement, l'hébergement en EHPAD coûte en moyenne de 40 euros à 45 euros suivant le statut public ou privé, commercial ou non lucratif et varie aussi en fonction de la taille de la structure.

Et il est facturé autour de 79 euros (voir tableau iconographie 6 bis).

Leur création ne dépend que de la puissance publique par le biais d'appel à projet. Ils ont 3 et même 4 sources de financements, 3 classiques et réglementées et une autre moins connue :

- un tarif hébergement à la charge du résident destiné à prendre en charge les frais liés à la chambre, l'hôtellerie, la restauration, et les animations de toutes sortes, cinéma, théâtre, excursions et même, dans certains cas, vacances.
- un tarif dépendance, en partie à la charge du Conseil Départemental qui varie proportionnellement en fonction du degré d'autonomie du résident. Il prend en charge les prestations d'aide et de surveillance ainsi que les protections pour incontinence. D'où l'importance de bien établir son Gir et son Gmp.
- Un tarif soins, directement versé par l'assurance maladie à l'EHPAD. Il prend en compte toutes les prestations de soins médico-techniques. D'où le soin à apporter pour la coupe Pathos et au Pmp.
- Pour les EHPAD gérées par des associations privées à but non lucratif peuvent exister des dons privés et autres formules de ce genre mais qui bien évidemment ne sont pas pérennes.

- **IMPORTANCE ET EVOLUTION DU RESTE A CHARGE**

C'est sur ce premier thème que peuvent naître des interrogations, en effet le reste à charge déborde en général le revenu du foyer considéré, sans négliger la charge de l'impôt à payer, avec des déductions fiscales aléatoires. Le coût d'un séjour en EHPAD en France pour une personne âgée, sans aides extérieures ou internes à la famille, s'élève en moyenne à 106 % des ressources mensuelles d'un foyer de retraités et peut atteindre 154 % dans certains départements 148 % à Paris, 113 % dans le Sud.

La carte en annexe (iconographie n° 7) illustre le propos.

Il faut aussi tenir compte de l'évolution des salaires, dont l'INSEE nous dit qu'ils ont tendance à baisser ou stagner depuis 3 à 4 ans, ce qui aura bien sûr une incidence sur les retraites futures, et la rentrée fiscale.

A noter cet article du *Canard Enchaîné* d'Août 2015, première page qui va dans ce sens. (voir iconographie N° 7)

- Il faut tenir compte de l'évolution des patrimoines, de la façon de gérer ses revenus qui change avec les habitudes nouvelles de consommation, et des revenus futurs des enfants des ayants-droits qu'il faudra accueillir dans les 10 à 20 prochaines années.

En effet le public que nous accueillons actuellement est né au cours des années

1920-1930, malgré les événements douloureux qu'ils ont vécus (guerre mondiale, guerres post coloniales, vastes mouvements syndicaux, changements de paradigme, irruption de la consommation de masse) ou à cause d'eux ayant par ailleurs bénéficié du plein emploi et de ses conséquences sur les niveaux de salaire, ils ont gardé en général une façon de dépenser leurs revenus de façon très "fourmi" privilégiant l'achat d'un toit et de biens durables et négociables, assurance vie, compte épargne etc..

C'est ce qui permet à beaucoup de bénéficier des prestations offertes actuellement.

Mais les générations qui suivent ont modifié cette manière de gérer leur finance, façon "cigale" privilégiant les biens consommables rapidement, les déplacements, les vacances, le bien-être des enfants et leurs distractions et tout ce qui fait la panoplie du consommateur toujours à satisfaire ; notre société occidentale marchande, productiviste nous a tous poussés dans cette direction.

On peut en inférer que les générations à venir si elles doivent rentrer en EHPAD, ce qui n'est après tout qu'un petit quart de la population concernée, auront possiblement des difficultés, toutes choses égales par ailleurs, à financer leur séjour sur leurs fonds propres ou avec l'aide de leurs descendants.....Alors il faudrait faire appel à la puissance financière de l'Etat ????

Il faut aussi tenir compte de l'évolution du niveau des retraites, qui avec les quasi stagnations de salaires, les entrées dans la vie active plus difficiles, plus tardives et surtout hachées possiblement par le chômage, l'allongement du temps de travail certes justifié par l'accroissement de la durée de vie, mais en rupture totale avec l'évolution des années 1875 à 1981. On peut imaginer, voire penser que ces retraites marqueront un recul relatif par rapport aux années fastes qui se sont achevées à peu près dans les années 80, avec l'arrivée du chômage de masse à financer, les délocalisations, les concentrations, restructurations et maintenant l'Uberisation du travail salarié que l'on nous présente comme inéluctable, si ce n'est désirable!!

- Il faut aussi tenir compte quand même de la réduction des budgets sociaux dont on nous parle à longueur d'antennes ; le budget social a mauvaise presse, car c'est les autres, le chômeur, le vieux, l'assisté.

Bien sûr il y a des abus, des gâchis, des doublons, des triplons, mais de là à vouloir démolir pierre à pierre le projet social du CNR de 1945, comme je l'ai entendu naguère de la bouche d'un grand ténor économique, il y a plus qu'un pas.

Dans un article récent, M le Dr Michel Salom Gériatre, responsable en chef d'un

centre de G erontologie écrivait , je cite : "*Progressivement la vision gouvernementale de la santé en général et de la gériatrie en particulier est passée du médico-économique à l'économique pur.....La CNSA a cette année drastiquement réduit les ressources du médico-social.....Que sont devenus les "sous" de la journée de solidarité.....*(article joint en annexe du chapitre) **FEUILLE n  A (annexe)**

Il est à prévoir une forte distorsion entre la future demande de ces futures années et le financement que les Français voudront y consentir.

B/ Ce sera l'heure des choix et aussi de l'imagination.

On peut penser que les futures nouvelles technologies nous permettront de maintenir plus et mieux les gens âgés au domicile ; les robots, la télémédecine seront srement des apports intéressants et toutes les découvertes que nous n'imaginons pas aujourd'hui.

L'heure des choix, car on peut penser qu'entre une piscine municipale fort chère à la construction et à l'entretien et où chaque citoyen va passer en moyenne 1/2 heure par an et un EHPAD ou plusieurs qui créeront de vrais emplois et rendront un service nécessaire et pérenne à beaucoup plus de concitoyens, il y aura un débat serein et argument .

Articles annexés montrant l'évolution démographique des 80 ans et plus de 2012 à 2040, l'offre des lits en EHPAD, la médicalisation du parc des EHPAD, et possibilité de financement du séjour par territoire.

FEUILLE B (annexe).

Chapitre III - Mise en perspective de l'EHPAD

Arrivé à ce stade du mémoire, il convient de dégager des perspectives pour l'avenir d'un type d'EMS à savoir l'EHPAD dans sa forme actuelle. En effet quand on interroge les gens, qui n'ont encore aucun lien avec cette structure, autour de soi, on est très surpris par les réponses :

- Confusion avec les maisons de retraite à l'ancienne, voire mouroir-hospice.
- Refus d'imaginer de pouvoir y entrer un jour, alors que la probabilité est de 1/5
-  vocation très rapide d'une fin à la romaine, à la Suisse ou à la Belge.
- Demande d'un bouton stop pour les sujets, n'ayant plus de relation à l'autre et ni désir, ni plaisir.

Tout cela n'est pas très sérieux et révèle l'ignorance du grand public. Il est évident que le sujet n'est pas très attrayant, ni photogénique et pourtant si l'on veut une bonne politique de la vieillesse, avec des choix budgétaires idoines, il faut que ces choses soient dites.

Nous devons être les vecteurs, les propagateurs, les enseignants de cette réalité, en sachant qu'en parler ne fera pas tomber notre interlocuteur dans la vieillesse prématurément, de même que signer un contrat-obsèques n'a jamais fait mourir personne.

Nous devons en parler à nos amis, à nos voisins, aux divers responsables que nous côtoyons, car ce sera cette politique ou l'abandon des moins chanceux !

Il faudra bien envisager un soutien financier supplémentaire de l'Etat pour certains foyers de retraités et une réduction des tarifs d'hébergement.

La carte ci-dessous présente le manque budgétaire à combler pour assurer le financement d'un séjour en EHPAD.

Tenir compte de l'évolution des populations :

- Vieillissement de la population française bien imagée par ce graphique (iconographie n° 9) :

Adaptation de la société au vieillissement par divers méthodes :

- renforcer le soutien aux aidants ;
- anticiper les pertes d'autonomie ;
- augmenter les plafonds des APA ;
- lutter contre l'isolement ;

Avec 14,3 millions de personnes de 60 ans et plus, dont 1,5 million de personnes dépendantes, avec un coût global de la dépendance allant de 9 à 21 milliards d'euros, la question de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées est au cœur des préoccupations, c'est l'expérimentation PAERPA.

Le vieillissement harmonieux peut résulter d'un dialogue constructif entre la personne, son environnement familial, amical, ses voisins aussi et les pouvoirs publics. Il faudra prendre garde à ce que les règles soient souples et adaptables.

Tenir compte de l'évolution des structures possibles.

L'EHPAD n'est pas figé dans le marbre, il peut évoluer dans sa définition, s'ouvrir à d'autres missions, restaurant pour les gens âgés du quartier, point de rencontre avec les écoliers, maternelles ou primaires et pourquoi pas soutien scolaire informel et bénévole.

La télé médecine en EHPAD, peut mettre en rapport, entre eux ou avec un résident, un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical :

- téléconsultation
- téléexpertise
- télésurveillance
- téléassistance

Privilégier le maintien à domicile en pensant l'habitat, appartement en RdC plus petit, mais accessible au fauteuil.

Regroupement de gens âgés et encore assez autonomes sans créer de ghetto de « vieillards ». Avoir le courage urbanistique de les laisser dans la cité, ils font partie de sa diversité, de sa richesse et de sa réalité.

Imaginer la maison de retraite à domicile, soit en regroupant des gens qui se connaissent bien, s'apprécient et sont prêts à mettre en commun leurs moyens pour s'aider les uns, les autres avec bien sûr une aide médico-sociale équivalente à ce que l'on peut trouver en EHPAD, garde, gériatre, infirmière, A.S. et un coordonnateur.

Ce système peut être aussi appliqué dans un seul domicile ; mais il est évident que ce système doit être pensé, imaginé, mis en place de longue date avec des volontaires bien informés et bien encadrés.

On peut se tourner vers des projets plus audacieux, tels que décrits récemment dans l'hebdomadaire *Paris-Match* du 10 au 16 septembre 2005 dans le cadre de la journée mondiale Alzheimer du 21 septembre 2015 :

« Aux Pays-Bas est décrit le village de Hogewey, cité à la frontière du réel, où les résidents évoluent librement, prisonniers de leurs pensées avortées, ils sont libres de leurs égarements. »

(Voir document en annexe, feuille C). Henri Emmanuelli député des Landes espère ouvrir un village semblable en 2017.

Conclusion de ce mémoire

A/ Il s'agit de permettre aux personnes vieillissantes un parcours balisé (mais pas trop) pour leur donner, quels que soient leurs statuts une longue fin de vie heureuse, sûre et ayant du sens donc du lien social. Il semble qu'actuellement le meilleur lieu soit l'EHPAD.

B/ Ceci implique que, compte tenu des évolutions financières, peut-être un peu défavorables futures, nous tentions de faire mieux ou aussi bien avec moins (comme on l'entend beaucoup dire), en insistant sur l'architecture, l'urbanisme, avec développement des réseaux et des filières.

C/ Il faut aussi tenir compte des déséquilibres régionaux aussi bien en matière d'évolution de population, que de différence de revenus.

Ces déséquilibres ne peuvent se résoudre qu'avec une intervention nationale, ce qui demande une modification du cadre juridique et législatif.

Mais actuellement ces différences de tarif peuvent créer des effets d'aubaine pour peu que l'on fasse jouer le facteur kilométrique, le tableau ci-après (iconographie n° 11) en apporte la preuve.

D/ La réussite de la stratégie nationale de santé dans son sens large dépendra davantage de la mobilisation des acteurs, comprenant tous les professionnels et les bénéficiaires, que de l'évolution législative.

E/ La DRESS publie une nouvelle étude sur l'offre des EHPAD au 31 Décembre 2011, qui met en avant une hausse des capacités d'accueil de P.A., de : plus de 5% : 719 810 places pour un nombre d'établissements stable de 10 841.

F/ Un modèle financier qui s'essouffle, des profils de résidents en évolution dans le sens d'un accroissement des besoins en soins et des niveaux de dépendance, des attentes plus fortes des familles et des P.A.

En matière d'accompagnement et de qualité des prises en charge, des contraintes normatives de plus en plus lourdes et aussi un renchérissement du foncier et du coût de la construction, dû aussi à l'élévation des normes....Tel est le contexte dans lequel les EHPAD sont amenés à évoluer, aujourd'hui, mais encore plus dans les années à venir.

Les défis à relever ne manquent pas, les opportunités à saisir non plus.

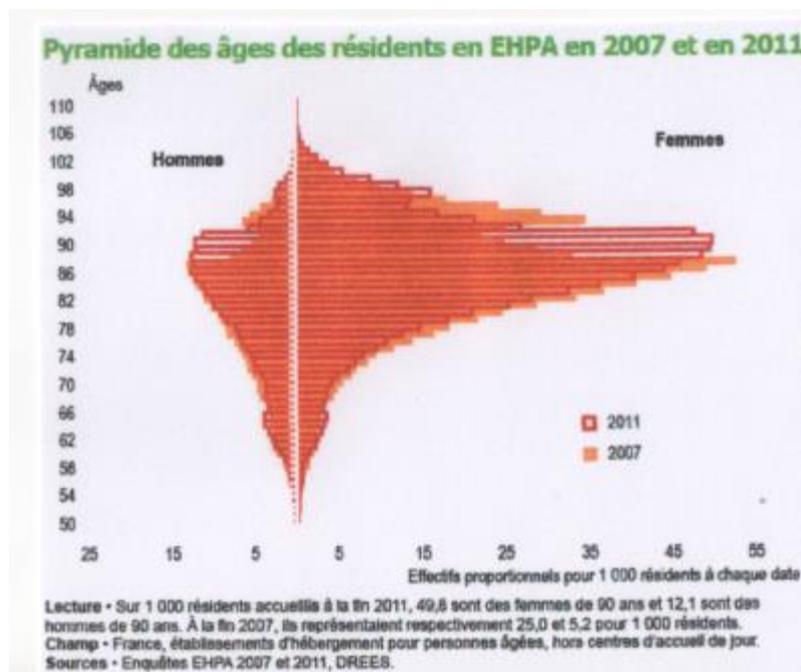
H/ D'ici à 25 ans, les nouvelles technologies au service de l'âge avancé, l'essor des résidences et des villages seniors devraient trouver une place de choix au sein d'une offre territoriale de prise en charge, avec aussi un urbanisme repensé, qui nous devons l'espérer prendra rapidement la voie de l'harmonisation.

Telle sera la fin de ce chapitre très inspiré d'un article de la FEHAP et de CAP RETRAITE.

Merci de votre attention.

ICONOGRAPHIES

ICONOGRAPHIE N° 1



ICONOGRAPHIE N° 2

Tableau 1 - Nombre de résidents en 2011, selon la catégorie détaillée d'établissements.

Catégorie d'établissement et statut juridique	Nombre de résidents au 31 décembre 2011
Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	573.600
EHPAD privés à but lucratif	110.620
EHPAD privés à but non lucratif	157.990
EHPAD publics	304.990
EHPAD <i>publics hospitaliers</i>	148.750
EHPAD <i>publics non hospitaliers</i>	156.240

ICONOGRAPHIE n°3

RÉPARTITION DE L'OFFRE D'HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICALISÉS PRIVÉS / PUBLICS PAR RÉGION

Selon notre étude réalisée en juin 2014

Avec une moyenne de 70 lits par établissements les Ehpad privés représentent 25% des structures médicalisées. Ils sont surreprésentés en Aquitaine, Poitou Charente, Ile de France et Paca.

Etablissements privés commerciaux

	Nombre de structures	Poids	Nombre de lits	Poids
Alsace	9	4%	742	4%
Aquitaine	167	35%	9 229	26%
Auvergne	28	12%	2 071	11%
Basse-Normandie	71	31%	4 046	23%
Bourgogne	64	23%	4 069	17%
Bretagne	27	6%	1 692	4%
Centre	71	23%	5 546	18%
Champagne-Ardenne	36	24%	2 649	20%
Corse	11	42%	862	30%
Franche-Comté	14	11%	892	6%
Haute-Normandie	36	23%	2 925	10%
Ile-de-France	327	46%	26 562	41%
Languedoc-Roussillon	90	22%	5 847	22%
Limousin	3	3%	271	3%
Lorraine	28	10%	1 759	5%
Midi-Pyrénées	84	19%	6 523	19%
Nord-Pas-de-Calais	56	15%	4 144	14%
Pays de la Loire	54	9%	4 080	9%
Picardie	59	31%	4 406	26%
Poitou-Charentes	119	30%	7 987	23%
PACA	343	54%	24 021	32%
Rhône-Alpes	190	18%	9 201	16%
France Métropolitaine	1.826	25%	129.284	21%

Source : www.lesmaisonsderetraite.fr

Avec une moyenne de 73 lits par établissements les Ehpad privés à but non lucratif et associatifs représentent 30% des structures médicalisées. Les régions du nord est (Alsace-Lorraine) en particulier en proposent un nombre important.

Etablissements privés non lucratif				
	Nombre de structures	Poids	Nombre de lits	Poids
Alsace	97	48%	7.225	49%
Aquitaine	131	27%	9.263	26%
Auvergne	65	27%	4.287	22%
Basse-Normandie	57	35%	4.162	23%
Bourgogne	84	30%	5.580	24%
Bretagne	151	32%	11.378	28%
Centre	59	19%	4.348	15%
Champagne-Ardenne	33	22%	2.077	16%
Corse	9	35%	410	24%
Franche-Comté	47	36%	3.449	33%
Haute-Normandie	37	24%	2.931	19%
Île-de-France	223	32%	19.320	39%
Languedoc-Roussillon	116	32%	7.726	30%
Limousin	25	22%	1.634	16%
Lorraine	139	51%	9.541	44%
Midi-Pyrénées	140	32%	9.838	28%
Nord-Pas-de-Calais	137	36%	9.193	31%
Pays de la Loire	217	38%	16.481	36%
Picardie	31	17%	2.780	16%
Poitou-Charentes	66	20%	4.214	18%
PACA	122	19%	8.965	20%
Rhône-Alpes	238	34%	17.350	30%
France Métropolitaine	2.225	30%	162.172	27%

Source : www.lesmaisonsderetraite.fr

Les établissements publics représentent le plus grand nombre d'établissements : 45% de structures médicalisées. La taille de ces Ehpad est également plus importante, 93 lits moyenne. Ils sont moins présents en Île de France et en Paca que dans le reste du pays.

Etablissements publics				
	Nombre de structures	Poids	Nombre de lits	Poids
Alsace	96	48%	9.031	33%
Aquitaine	186	35%	16.780	49%
Auvergne	149	52%	12.898	68%
Basse-Normandie	101	44%	9.892	33%
Bourgogne	130	47%	13.820	39%
Bretagne	296	52%	26.934	67%
Centre	178	58%	19.657	67%
Champagne-Ardenne	78	53%	8.414	64%
Corse	6	23%	445	26%
Franche-Comté	70	53%	6.044	58%
Haute-Normandie	84	54%	9.904	63%
Île-de-France	159	23%	19.871	30%
Languedoc-Roussillon	160	44%	12.725	49%
Limousin	89	77%	8.588	83%
Lorraine	108	40%	10.525	49%
Midi-Pyrénées	214	49%	18.248	33%
Nord-Pas-de-Calais	185	49%	15.966	54%
Pays de la Loire	310	54%	26.364	57%
Picardie	99	53%	10.090	39%
Poitou-Charentes	144	44%	11.949	50%
PACA	169	27%	13.403	29%
Rhône-Alpes	339	48%	30.829	53%
France Métropolitaine	3.350	45%	312.367	52%

Source : www.lesmaisonsderetraite.fr

ICONOGRAPHIE N°4



ICONOGRAPHIE N° 5



ICONOGRAPHIE N° 6

Tableau des profils de régions

	Régions	Nb. de pers. âgées de 80 ans et plus en 2012	Croissance des 80 ans et plus d'ici 2040	Offre de lits	Médicalisation du Parc	Tarifs Moyen Ehad	Financement du séjour
Données nationales		3 524 258	6 825 276	1 lit/6 pers. âgées de 80 ans et +	76%	1769€	106%
Zones à risque élevé	Ile-de-France, Rhône-Alpes, PACA, Nord-Pas de-Calais						
	Haute-Normandie						
Zones en difficulté	Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon						
	Limousin, Franche-Comté, Alsace, Picardie, Champagne-Ardenne						
Zones d'équilibre	Pays de La Loire, Bretagne, Aquitaine, Poitou-Charente, Basse-Normandie						
	Centre, Bourgogne, Auvergne, Lorraine						

Légende:

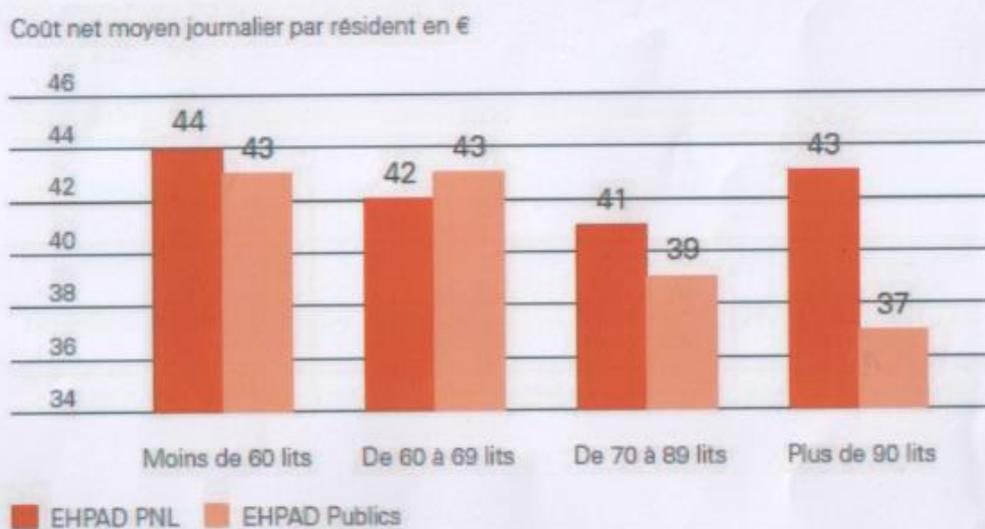
Situation moins favorable qu'au niveau national

Situation proche des moyennes nationales

Situation plus favorable qu'au niveau national

ICONOGRAPHIE N° 6 BIS

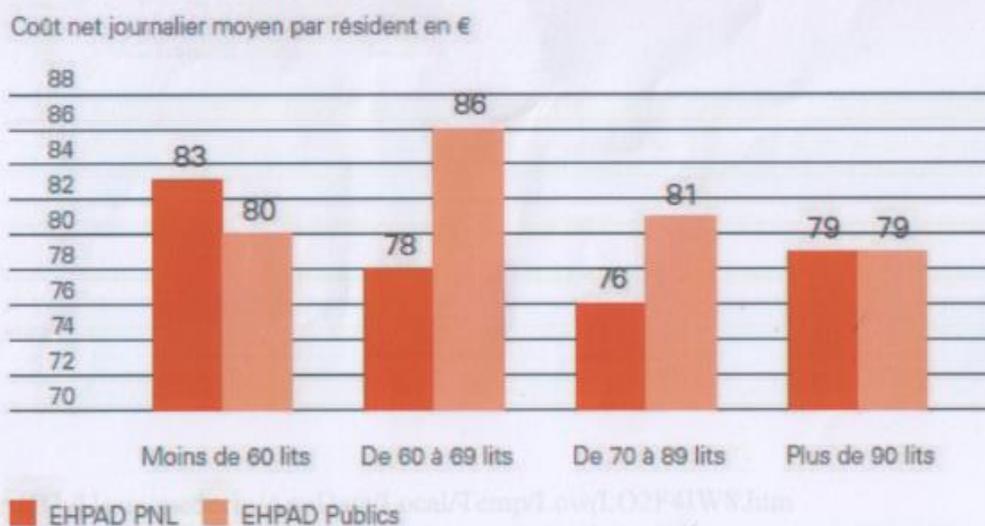
Coût net journalier moyen par résident - hébergement



Combien coûte un hébergement en EHPAD ?
(Source : Observatoire 2012 des EHPAD – KPMG)

A
Combien coûte un hébergement en EHPAD ? Observatoire 2012 des EHPAD » Assu... Page 3 sur 5

Coût net journalier moyen par résident par tranche de capacité



07/08/2015

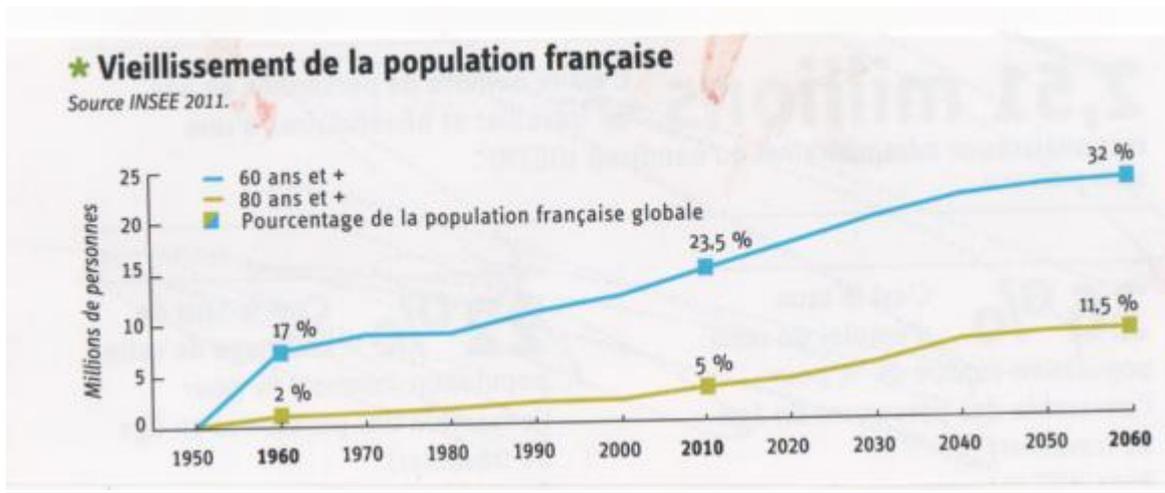
ICONOGRAPHIE n°7



ICONOGRAPHIE N° 8



ICONOGRAPHIE N° 9



ICONOGRAPHIE n°10

Les chômeurs sauvent les retraites

ENFIN une bonne nouvelle pour les finances publiques : le poids des retraites dans le PIB va baisser de près de 20 %. Certes, il faudra attendre 2060, mais c'est toujours bon à prendre. Telle est la principale conclusion d'une étude que vient de publier le Groupe de travail européen sur le vieillissement (AWG), reprise par l'Insee.

La baisse sera sensible notamment en France, alors que le coût des retraites augmentera en Allemagne ou en Belgique. Explication : la démographie française, une des plus fortes d'Europe, met la France « dans une position relativement favorable pour faire

population ». Mais ce n'est pas l'essentiel.

Et c'est là que commencent les mauvaises nouvelles. Car l'organisme européen table sur un chômage moyen en France de l'ordre de 7,5 % de la population active, c'est-à-dire environ moitié plus que celui de ses voisins. Du fait de ce chômage important, explique l'étude, « les nouvelles générations auront eu des carrières plus fragmentées et ainsi acquis moins de droits à la retraite ». En clair : les retraites coûteront moins cher à financer car elles seront moins élevées.

Il n'y a qu'à les réduire à zéro, et il n'y aura plus aucun problème pour les financer.

ICONOGRAPHIE N° 11

Economies réalisées grâce à l'éloignement

Lieux de recherche	Tarif moyen dans le lieu de recherche	Eloignement	Tarif moyen dans lieu d'éloignement	Économie réalisée
Paris	3 294 €	Essonne (à 40 km)	2 257 €	31 %
		Oise (à 70 km)	1 891 €	42 %
Hauts-de-Seine	2 806 €	Val d'Oise (à 40 km)	2 379 €	15 %
		Essonne (à 50 km)	2 257 €	20 %
Yvelines	2 562 €	Essonne (à 40 km)	2 257 €	12 %
		Eure-et-Loire (à 60 km)	1 830 €	28 %
Val-de-Marne	2 318 €	Oise (à 40 km)	1 891 €	18 %
		Loiret (à 75 km)	1 769 €	24 %
Seine-Saint-Denis	2 440 €	Oise (à 60 km)	1 891 €	22 %
		Aisne (à 70 km)	1 830 €	25 %

Exemple : À Paris le tarif mensuel moyen en Ehpad est de 3294€. Dans une maison de retraite en Essonne (à 40 km), une famille peut réaliser une économie de 31%.

La France face à la pénurie de maisons de retraite

ANNEXES**Annexe A**

LES PAGES INFO DU SNGC

**EHPAD et coordonnateurs aujourd'hui et demain****Present and futur of nursing home coordinators**

Michel SALOM

La tarification au GMPS des EHPAD avait inauguré une aire d'équité dans la répartition de l'ONDAM médico-sociale. Ces dernières années, les moyens étaient globalement à la hausse, au prix de coupes PATHOS, parfois conflictuelles, avec les médecins valideurs. La gériatrie médico-sociale sortait de la précarité, augmentait ses moyens, sans pour autant devenir une discipline nantie, une classe moyenne tout au plus. Les règles d'emploi de l'outil de tarification étaient discutées annuellement sous la houlette de la CNSA entre les médecins instructeurs et valideurs créant ainsi du lien, de la compréhension réciproque et surtout une harmonisation nécessaire afin d'éviter de trop nombreuses divergences d'appréciation. Il existait une commission départementale de règlement des litiges, assez peu sollicitée, finalement tout allait pas trop mal dans un monde imparfait mais idyllique comparé à l'état actuel du système.

Progressivement la vision gouvernementale de la santé en général et de la gériatrie en particulier est passée du médico économique à l'économique pur. La parole des soignants surtout celle des médecins est désormais disqualifiée à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux. Des indices avant-coureurs avaient alerté avec la disparition en catimini des réunions d'harmonisation organisée par la CNSA puis la mise en place d'une commission réformatrice de l'outil PATHOS mais dont la lenteur (sans doute due au manque de moyens) laissait à penser au peu d'intérêt qu'elle suscite de la part de ceux qui l'on crée. La recherche d'une convergence tarifaire apparue en région PACA au mieux à 90 % du plafond obtenu par la formule GMPS, au pire si le résultat de la coupe était en dessous de celui de la précédente à l'origine d'une réduction drastique des moyens. L'absence depuis la création des ARS, pendant plus de trois ans de commissions de règlement des litiges régionales mise ensuite en place poussivement et sans que toutes les régions en soient encore aujourd'hui dotées. Les discussions toujours remises sur le métier concernant la suppression des USLD...

Aujourd'hui les remontées des confrères passant à la moullette de la coupe montrent que plus de 60 % sont retoquées à la baisse, 30 % sont laissées en l'état et 10 % réévaluées à la hausse par quelques valideurs bons samaritains afin d'éviter la mise en place d'une maltraitance financière trop criante. Les relations entre coordonnateurs et valideurs se sont tendues et cela va jusqu'à l'inacceptable dans le descriptif qui en est fait avec mise en cause par principe de la qualité du travail effectué, des compétences ou de la probité. Certains valideurs se comportent comme des tarificateurs ce qui est probablement sympathique pour leur hiérarchie mais pose la question du contenu des missions de chacun.

Lorsque le coordonnateur a passé les hauts-fonds de la coupe et n'a pas planté son établissement, la main est donnée au directeur qui va devoir construire son budget au mieux à moyens constants, quelquefois avec quelques sous pour des mesures nouvelles mais dans ce cas, sa joie sera de courte durée car tous les moyens sont bons pour ramener à rien son maigre profit grâce aux taux de reconduction à zéro ou aux augmentations de charges non compensées.

Pour ajouter à l'hypocrisie de la chose, la coupe survient après que l'établissement ait effectué son évaluation interne afin de pointer lui-même ses manques et ses marges de progression puis à la suite de cette autocritique en reprendre une couche par des valideurs qu'il a lui-même payé, issus d'une myriade de boîtes de conseil dont la compétence est pour le moins inégale. La procédure est longue, chronophage mais serait intéressante pour peu qu'elle débouche non pas seulement sur le renouvellement d'une autorisation d'exercice mais sur de réels moyens mis à l'équilibre avec les besoins validés.

La CNSA a cette année drastiquement réduit les ressources du médico-social. En Ile-de-France on est passé de 19 à 6,5 millions d'euros. Que sont devenus les sous de la journée de solidarité, ceux de la contribution additionnelle de solidarité

*Auteur correspondant : Docteur Michel Salom, Président du Syndicat National de Gériatrie Clinique, SNGC ; Centre de Gériatrie Clinique Léopold Bellan, 78 Magnanville, France.
Courriel : michel.salom@bellan.fr*

autonomie ? Le plan Alzheimer devenu maladie neurodégénérative n'est qu'une coquille vide sans réel financement où le gériatre n'apparaît même pas.

Il y a de bonnes chances pour qu'on n'en reste pas là, la prochaine réforme de la tarification prévoit le maintien du blocage du forfait global puis sa diminution au profit du forfait partiel. Nos autorités estimant sans doute que les établissements accueillants les plus malades, les plus dépendants en lieu et place des anciennes USLD sont trop dotés. Surtout qu'il ne soit pas question de qualité, le raisonnement n'est qu'économique un vieux en vaut un autre où qu'il soit, il doit coûter la même chose ! La formule GMPS se verra attribuer un multiplicateur en euro flottant fonction des moyens (jamais mis en œuvre) que le parlement attribuera annuellement à l'ONDAM. Ces réductions s'ajouteront à celles prévues par les départements qui eux aussi sont tentés par la convergence du point Gir, le blocage des tarifs aide sociale, la diminution du nombre de places agréées.

Devant cette maltraitance économique annoncée que peut le médecin coordonnateur ?

Réaliser le plus parfaitement possible sa coupe PATHOS, ne pas s'en laisser conter afin que la diminution des moyens ne lui soit pas attribuée. L'usager en l'occurrence sa famille doit parfaitement savoir à qui il doit quoi. Assister sa direction dans l'élaboration et la hiérarchisation des priorités de fonctionnement de son EHPAD. Organiser au mieux les filières de déchargement vers les services hospitaliers afin de ne pas, sous prétexte d'humanité, risquer la perte de chance faute de personnel en maintenant in situ un malade trop lourd. Bien vérifier au moment de la visite d'admission l'adéquation des besoins aux moyens et en cas de litige avec sa direction argumenter et prévenir des risques. Les quelques économies faites sur notre secteur généreront des déficits bien plus conséquents sur l'hospitalier par l'intermédiaire de la T2A.

Le coordonnateur, insidieusement, devient le médecin traitant des résidents. Faute de généralistes, faute de temps à consacrer à la polyopathie, à la fragilité et à la dépendance, faute de temps tout simplement pour se déplacer vers les malades en ville. Une proposition restée lettre morte de la ministre visait à accorder officiellement le droit de prescrire, en dehors de l'urgence, aux médecins coordonnateurs. Cette possibilité, qui ne doit en rien s'imposer mais permettre localement en fonction du contexte d'assister les vieux malades doit urgemment être réfléchie et mise en œuvre afin de ne pas laisser les résidents sans soins. À l'inverse, de nombreux établissements n'ont plus de coordonnateur, ce qui arrange bien l'autorité de tarification mais aussi les EHPAD bien dotés en permettant de ne pas pratiquer les évaluations quinquennales et donc de laisser en l'état le financement des établissements, un moratoire caché en quelque sorte.

Une autre nouveauté qui concernera les établissements sociaux et médico-sociaux : les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Ils permettront à l'autorité et aux groupes d'établissements

de s'entendre sur une tarification pour cinq ans et ce pour l'ensemble des EHPAD du groupe ou de l'association. On comprend la pertinence du propos, moins de temps à consacrer à la discussion, une simplification budgétaire et du dialogue de gestion, un centralisme jacobin très français renforçant les sièges sociaux et l'harmonisation des procédures au détriment des particularités et de la qualité locale. Il n'est pas certain que les directeurs y trouvent leur compte, leur avantage serait de pouvoir gérer pendant un temps suffisamment long avec libre affectation des résultats. Il y a fort à parier que l'ARS reprendra les éventuels excédents et qu'on ne laissera pas un directeur plus d'un an sans l'accabler de demande d'explications et de justifications.

Peut-on encore croire aux discours promoteurs de bien-être ou de qualité, aux exhortations à faire mieux avec moins grâce à des organisations ou à des protocoles pensés par les officines du bien traiter alors que les temps sont à l'austère rigueur ? Il nous faut bien sûr toujours militer pour que les règles de bonnes pratiques soient pleinement applicables à ceux que nous soignons et représentons mais il nous faut dans le même temps prévoir nos retranchements défensifs, organiser la disette et optimiser le temps que nous consacrons à notre métier en réduisant nous aussi drastiquement ce qui est sans intérêt direct. Si on devait converger vers des valeurs moyennes ne tenant aucun compte des particularités ou de la qualité du travail fourni et du service rendu, avec un financement à la ressource, autant ne plus perdre son temps. À commencer par ces fameuses coupes PATHOS et ces évaluations de toutes sortes, dont on saurait alors l'inanité, un choc de simplification en quelque sorte !

Coordonnateur, le temps est à l'union comme il l'est pour les praticiens hospitaliers confrontés aux groupements de territoire, aux réorganisations sauvages, à l'absence de statut permettant bien des dérives, autres facettes de l'activité militante de votre syndicat... Adhérer à un syndicat et aux unions départementales de coordonnateur est aujourd'hui une obligation tant les temps sont durs, l'avenir sombre et le temps à consacrer au bien commun en nette augmentation. Les grands-messes se multiplient, après celles relatives à l'élaboration de la loi santé, de la loi adaptation de la société au vieillissement, la grande conférence de santé débutée début juillet en annonce d'autres avec leur lot de commissions, sous-commissions auditions ce qui signifie du temps et des financements car quoi qu'il arrive et même si tout cela ne débouche pas sur grand-chose, la politique de la chaise vide n'en est pas une.

En conclusion : 1) Adhérer. Le site SNGC vous renseigne sur la procédure ; 2) Remontez votre expérience des coupes, des conventions, de vos relations avec l'autorité de tarification et de contrôle au choix : michèle.hebertdemay@bellan.fr Secrétaire générale ; michel.salom@bellan.fr Président.

Rev Geriatr 2015 ; 40 (6) : 369-70.

ANNEXE B

ANNEXES

» Évolution démographique de la population des 80 ans et plus entre 2012 et 2040

	Les 80 ans et + en 2012	Les 80 ans et + sur les 80 ans et + de France	Les 80 ans et + en 2040	Augmentation entre 2012 et 2040		Les 80 ans et + en 2012	Les 80 ans et + sur les 80 ans et + de France	Les 80 ans et + en 2040	Augmentation entre 2012 et 2040
NATIONAL	8 524 238	100%	8 524 238	96%	LANGUEDOC-ROUSSILLON	172 658	4,90%	355 643	100%
ALSACE	89 615	2,54%	109 562	112%	AUDE	26 688	0,70%	54 377	104%
BAS-RHIN	51 308	1,46%	110 577	116%	GARD	42 416	1,20%	99 097	119%
HAUT-RHIN	38 307	1,09%	78 985	106%	HÉRAULT	63 732	1,81%	131 036	109%
AQUITAINE	277 822	6,18%	428 251	97%	LOZÈRE	5 796	0,16%	12 038	108%
DORDOGNE	15 046	0,99%	64 921	85%	PYRÉNÉES-ORIENTALES	34 026	0,97%	65 095	91%
GIRONDE	82 381	2,34%	169 075	105%	LIMOUSIN	83 420	1,77%	109 055	83%
LAZÈRES	26 409	0,75%	57 810	119%	CORREZE	21 323	0,61%	34 671	63%
LOT-ET-GARONNE	26 602	0,75%	47 699	79%	CREUSE	12 171	0,35%	19 041	56%
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	47 384	1,34%	80 247	88%	HAUTE-VIENNE	28 926	0,82%	48 344	67%
AUVERGNE	93 708	2,64%	168 068	79%	LOTTRE	125 116	3,53%	236 627	89%
ALLIER	28 168	0,80%	44 527	58%	MEURTHE-ET-MOSELLE	39 396	1,12%	67 681	72%
CANTAL	12 722	0,36%	21 327	68%	MEUSE	11 825	0,34%	21 199	79%
HAUTE-LOIRE	15 575	0,44%	29 648	90%	MOSELLE	50 183	1,42%	103 188	106%
PUY-DE-DÔME	37 243	1,06%	72 579	95%	VOSGES	23 712	0,67%	44 579	86%
BASSE-NORMANDIE	96 480	2,74%	185 507	92%	MIDI-PYRÉNÉES	194 671	5,53%	366 929	88%
CALVADOS	39 924	1,13%	80 958	103%	ARIÈGE	11 847	0,34%	21 973	85%
MANCHE	35 378	1,00%	65 705	86%	AVEYRON	24 208	0,69%	40 368	67%
ORNE	21 178	0,60%	38 843	83%	HAUTE-GARONNE	61 217	1,74%	129 423	113%
BOURGOGNE	115 001	3,20%	202 597	91%	GERS	15 996	0,45%	28 533	78%
CÔTE-D'OR	31 793	0,90%	59 935	89%	LOT	15 148	0,43%	28 416	88%
NIEVRE	18 630	0,53%	31 550	69%	HAUTES-PYRÉNÉES	19 107	0,54%	32 964	73%
SAÔNE-ET-LOIRE	41 114	1,17%	72 801	76%	TARN	30 338	0,86%	53 289	76%
YONNE	23 464	0,67%	43 612	86%	TARN-ET-GARONNE	16 810	0,48%	31 962	90%
BRETAGNE	200 200	5,88%	398 649	93%	NORD-PAS-DE-CALAIS	105 794	5,27%	343 127	87%
CÔTES-D'ARMOR	43 709	1,24%	80 498	84%	NORD	114 537	3,25%	212 946	86%
FINISTÈRE	57 990	1,65%	106 146	86%	PAYS-DE-CALAIS	71 167	2,02%	134 181	89%
ILLE-ET-VILAINE	52 180	1,48%	102 408	96%	PAYS DE LA LOIRE	212 087	6,03%	431 877	104%
MORBHAN	46 321	1,31%	102 597	121%	LOIRE-ATLANTIQUE	67 501	1,92%	141 536	110%
CENTRE	164 426	4,87%	308 289	87%	MAINE-ET-LOIRE	46 483	1,32%	90 173	94%
CHER	22 518	0,64%	38 765	72%	MAYENNE	20 733	0,59%	37 673	82%
EURE-ET-LOIR	23 771	0,67%	46 700	96%	SARTHE	36 333	1,03%	67 591	86%
INDRE	19 071	0,54%	31 286	64%	VENDÉE	41 037	1,16%	94 904	131%
INDRE-ET-LOIRE	37 101	1,05%	74 060	100%	PICARDIE	92 239	2,62%	186 680	103%
LOIR-ET-CHER	25 034	0,71%	45 504	82%	AISNE	28 804	0,82%	54 299	89%
LOIRET	36 931	1,05%	71 974	95%	OISE	32 950	0,93%	75 355	129%
CHAMPAGNE-ARDENNES	34 925	2,11%	141 237	89%	SOMME	30 485	0,87%	57 026	87%
ARDENNES	15 101	0,43%	28 297	87%	POITOU-CHARENTES	129 102	3,64%	247 465	93%
AUBE	18 348	0,52%	34 822	90%	CHARENTE	26 406	0,75%	48 426	83%
MARNE	28 865	0,82%	57 033	98%	CHARENTE-MARITIME	47 843	1,36%	98 744	106%
HAUTE-MARNE	12 611	0,36%	21 085	67%	DEUX-SÈVRES	26 858	0,76%	47 555	77%
FRANCHE-COMTE	66 305	1,89%	128 679	93%	VIENNE	27 996	0,79%	52 740	88%
DOUBS	27 363	0,78%	54 633	97%	PACA	321 218	9,13%	604 403	88%
JURA	17 361	0,49%	32 391	88%	ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	10 995	0,31%	23 103	110%
HAUTE-SAÔNE	14 256	0,40%	28 822	97%	HAUTES-ALPES	9 514	0,27%	19 814	108%
TERRITOIRE DE BELFORT	7 525	0,21%	14 083	86%	ALPES-MARITIMES	83 808	2,38%	141 882	69%
HAUTE-NORMANDIE	96 417	2,74%	181 559	98%	BOUCHES-DU-RHÔNE	113 526	3,22%	206 163	82%
EURE	27 241	0,77%	62 403	129%	VAR	72 175	2,05%	147 360	104%
SEINE-MARITIME	69 176	1,96%	128 757	86%	VAUCLUSE	31 200	0,89%	66 081	112%
ÎLE-DE-FRANCE	483 909	13,73%	933 183	93%	RHÔNE-ALPES	330 035	9,38%	670 734	103%
PARIS	108 538	3,08%	168 839	56%	AIN	28 067	0,80%	66 711	138%
SEINE-ET-MARNE	45 834	1,30%	111 547	143%	ARDÈCHE	22 622	0,64%	46 264	105%
YVELINES	59 476	1,69%	122 710	106%	DRÔME	28 144	0,80%	62 920	122%
ESSONNE	46 735	1,33%	100 554	115%	ISÈRE	59 040	1,68%	124 737	111%
HAUTS-DE-SEINE	75 062	2,13%	131 339	75%	LOIRE	50 049	1,42%	83 261	66%
SEINE-SAINT-DENIS	49 449	1,40%	97 727	98%	RHÔNE	87 229	2,48%	156 178	79%
VAL-DE-MARNE	57 954	1,64%	108 995	88%	SAVOIE	22 566	0,64%	50 425	123%
VAL-D'OISE	40 861	1,16%	91 476	124%	HAUTE-SAVOIE	32 118	0,91%	80 277	150%

Sources : Insee, Estimation de la population par département, sexe et âge quinquennal, 2012 - Insee, Estimation de la population par département, sexe et âge quinquennal, 2012

» Évolution de l'offre de lits en Ehpad entre 2012 et 2040, par territoire⁽¹⁾

	N° de lits Ehpad en		N° de lits EHPAD /100 bénéficiaires		N° de lits EHPAD /100 pers. 80 ans et + en 2012		N° de lits EHPAD /100 pers. 80 ans et + en 2040		Création de lits en Ehpad d'ici 2040*	
	2012	2040	2012	2040	2012	2040	2012	2040	2012	2040
NATIONAL	577 953	50	16	8	541 343					
ALSACE	12 369	39	14	7	13 795					
BAS-RHIN	8 684	45	17	8	10 031					
HAUT-RHIN	3 685	31	10	5	3 913					
AQUITAINE	38 668	53	18	9	37 444					
CORDOGNE	6 312	51	18	10	5 381					
GIROUDE	17 647	58	21	10	18 571					
LANDES	4 096	46	16	7	4 870					
LOT-ET-GARONNE	4 845	57	18	10	3 842					
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	5 768	44	12	6	5 096					
AUVERGNE	18 026	53	19	11	14 306					
ALLIER	4 896	48	17	11	2 843					
CANTAL	2 583	59	20	12	1 747					
HAUTE-LOIRE	3 405	52	22	11	3 077					
PUY-DE-DÔME	7 142	56	19	10	6 776					
BASSE-NORMANDIE	20 006	60	21	11	18 460					
CALVADOS	9 036	58	23	11	9 287					
MANCHE	6 662	68	19	10	5 711					
ORNE	4 308	54	20	11	3 593					
BOURGOGNE	22 679	58	20	11	18 261					
CÔTE-D'OR	6 567	65	21	11	5 813					
NIEVRE	3 062	48	16	10	2 123					
SAÔNE-ET-LOIRE	7 458	50	18	10	5 693					
YONNE	5 592	74	24	13	4 802					
BRETAGNE	39 327	60	20	10	38 001					
CÔTES-D'ARMOR	9 653	67	22	12	8 125					
FINISTÈRE	8 844	46	15	8	7 649					
ILLE-ET-VILAINE	10 729	65	21	10	10 328					
MORBHAN	10 101	67	22	10	12 272					
CENTRE	27 011	53	16	9	23 633					
CHER	3 965	58	18	10	2 861					
EURE-ET-LOIR	4 115	55	17	9	3 969					
INDRE	2 247	39	12	7	1 439					
INDRE-ET-LOIRE	5 313	54	14	7	5 293					
LOIR-ET-CHER	4 918	61	20	11	4 021					
LOIRET	6 453	51	17	9	6 123					
CHAMPAGNE-ARDENNES	11 604	44	15	8	10 270					
ARDENNES	2 411	33	16	9	2 107					
AUBE	3 220	48	18	9	2 891					
MARNE	5 043	60	17	9	4 921					
HAUTE-MARNE	930	25	7	4	625					
FRANCHE-COMTÉ	9 378	43	14	7	8 767					
DÔUBS	3 322	34	12	6	3 238					
JURA	3 185	67	18	10	2 794					
HAUTE-SAÔNE	2 332	51	16	8	2 252					
TERRITOIRE DE BELFORT	530	20	7	4	466					
HAUTE-NORMANDIE	10 622	31	11	6	10 457					
EURE	4 137	57	15	7	5 340					
SEINE-MARITIME	6 485	24	9	5	5 585					
ILE-DE-FRANCE	58 113	46	12	6	53 954					
PARIS	5 171	17	5	3	2 873					
SEINE-ET-MARNE	7 412	64	16	7	10 627					
YVELINES	8 991	72	15	7	9 559					
ESSONNE	8 065	76	17	8	9 287					
HAUTS-DE-SEINE	8 590	53	11	7	6 440					
SEINE-SAINT-DENIS	4 955	29	10	5	4 838					
VAL-DE-MARNE	9 230	60	16	8	8 129					
VAL-D'OISE	5 699	47	14	6	7 059					
LANGUEDOC-ROUSSILLON	25 384	40	15	7	26 902					
AUDE	4 074	56	15	7	4 227					
GARD	6 363	42	15	7	7 603					
HÉRAULT	9 970	35	16	8	10 529					
LOZÈRE	665	29	11	6	716					
PYRÉNÉES-ORIENTALES	4 312	39	13	7	3 937					
LIMOUSIN	8 393	40	13	8	5 329					
CORRÈZE	2 762	39	13	8	1 729					
CREUSE	1 870	38	15	10	1 055					
HAUTE-VIENNE	3 761	42	13	8	2 525					
LOTTRE	22 811	52	18	10	20 331					
MEURTHE-ET-MOSELLE	5 891	41	15	9	4 230					
MEUSE	2 014	60	17	10	1 597					
MOSELLE	9 182	51	18	9	9 695					
VOSGES	5 724	73	24	13	5 037					
MIDI-PYRÉNÉES	35 485	46	18	10	31 400					
ARIÈGE	2 099	51	18	10	1 794					
AVEYRON	5 774	52	24	14	3 854					
HAUTE-GARONNE	10 130	42	17	8	11 364					
GERS	2 632	38	16	9	2 063					
LOT	2 967	53	20	10	2 599					
HAUTES-PYRÉNÉES	3 423	44	18	10	2 481					
TARN	5 601	53	18	11	4 237					
TARN-ET-GARONNE	2 883	44	17	9	2 597					
NORD-PAS-DE-CALAIS	23 311	30	13	7	20 263					
NORD	14 490	33	13	7	12 450					
PAS-DE-CALAIS	8 821	26	12	7	7 810					
PAYS DE LA LOIRE	50 723	82	24	12	52 565					
LOIRE-ATLANTIQUE	15 897	78	24	11	17 436					
MAINE-ET-LOIRE	11 700	97	25	13	10 997					
MAYENNE	4 690	74	23	12	3 832					
SARTHE	8 237	78	23	12	7 087					
VENDEE	10 199	81	25	11	13 388					
PICARDIE	17 337	50	19	9	17 751					
AIN	4 682	37	16	9	4 144					
OSÈ	8 199	85	25	11	10 552					
SOMME	4 456	35	15	8	3 879					
POITOU-CHARENTES	24 749	66	19	10	22 690					
CHARENTE	5 547	64	21	11	4 626					
CHARENTE-MARITIME	8 423	62	18	9	8 962					
DEUX-SÈVRES	6 182	83	23	13	4 764					
VIENNE	4 597	59	16	9	4 063					
PA-C	48 009	49	15	8	42 325					
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	1 903	54	17	8	2 096					
HAUTES-ALPES	1 800	65	19	9	1 949					
ALPES-MARITIMES	11 131	46	13	8	7 713					
BOUCHES-DU-RHÔNE	17 762	52	16	9	14 494					
VAR	11 478	46	16	8	11 957					
VAUCLUSE	3 935	42	13	6	4 399					
RHÔNE-ALPES	53 948	49	16	8	55 698					
AIN	5 336	61	19	8	7 347					
ARDÈCHE	5 135	57	23	11	5 367					
DRÔME	4 900	47	17	8	5 977					
ISÈRE	7 579	38	13	6	8 434					
LOIRE	10 557	59	21	13	7 005					
RHÔNE	11 144	43	13	7	8 809					
SAVOIE	3 309	38	15	7	4 085					
HAUTE-SAVOIE	5 988	60	19	7	8 979					

* Cap Retraite a choisi d'estimer le besoin en nombre de lits en Ehpad à l'horizon 2040, sur la base de la moyenne du nombre de lits par personne de plus de 60 ans en 2012.

(1) Les données régionales sont basées sur les moyennes de la région et ne constituent pas la somme des projections départementales. Source : Insee, Estimation de la population par département, sexe et âge quinquennal, 2012 - Insee, Démographie 2010 (projection de la population départementale et régionale à l'horizon 2040 réalisée avec le modèle Omphale 2010 selon le scénario central) - Cap Retraite 2013 - Finest Extrait 2012

» Médicalisation du parc de structures d'hébergement pour personnes âgées, par territoire

	Nb de structures d'hébergement pour personnes âgées	Part des structures médicalisées par rapport aux structures non médicalisées		Nb de structures d'hébergement pour personnes âgées	Part des structures médicalisées par rapport aux structures non médicalisées
NATIONAL	10 379	76%			
ALSACE	268	80%	LANGUEDOC-ROUSSILLON	440	88%
BAS-RHIN	152	84%	AUDE	61	90%
HAUT-RHIN	116	73%	GARD	113	82%
AQUITAINE	683	76%	HÉRAULT	166	94%
DORDOGNE	93	76%	LOZÈRE	32	91%
GIRONDE	314	68%	PYRÉNÉES-ORIENTALES	68	80%
LANDES	63	94%	ESMOUSIN	153	83%
LOT-ET-GARONNE	78	76%	CORRÈZE	60	82%
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	133	89%	CREUSE	36	97%
AUVERGNE	267	88%	HAUTE-VIENNE	57	74%
ALLIER	57	81%	LORRAINE	393	73%
CANTAL	48	94%	MEURTHE-ET-MOSELLE	116	63%
HAUTE-LOIRE	55	93%	MEUSE	36	70%
PUY-DE-DÔME	107	87%	MOSSELLE	162	74%
BASSE-NORMANDIE	330	73%	VOSGES	29	84%
CALVADOS	141	69%	MIDI-PYRÉNÉES	565	84%
MANCHE	114	77%	ARIÈGE	37	80%
ORNE	75	73%	AVEYRON	82	89%
BOURGOGNE	357	86%	HAUTE-GARONNE	167	84%
CÔTE-D'OR	98	88%	GERS	44	80%
NIEVRE	45	89%	LOT	62	67%
SAÔNE-ET-LOIRE	134	76%	HAUTES-PYRÉNÉES	41	95%
YONNE	80	98%	TARN	86	86%
BRETAGNE	609	81%	TARN-ET-GARONNE	46	79%
CÔTES-D'ARMOR	141	84%	NORD-PAS-DE-CALAIS	576	69%
FINISTÈRE	139	89%	NORD	368	74%
ILLE-ET-VILAINE	175	82%	PAS-DE-CALAIS	208	61%
MORBHAN	154	69%	PAYS DE LA LOIRE	773	81%
CENTRE	424	78%	LOIRE-ATLANTIQUE	224	88%
CHER	55	73%	MAINE-ET-LOIRE	178	74%
EURE-ET-LOIR	60	78%	MAYENNE	78	83%
INDRE	49	80%	SARTHE	126	60%
INDRE-ET-LOIRE	100	72%	VENDÉE	167	87%
LOIR-ET-CHER	74	78%	PICARDIE	269	76%
LOIRET	86	86%	AISNE	82	88%
CHAMPAGNE-ARDENNES	195	73%	OISE	119	64%
ARDENNES	37	74%	SOMME	68	85%
AUBE	54	80%	POITOU-CHARENTES	447	82%
MARNE	74	66%	CHARENTE	89	89%
HAUTE-MARNE	30	78%	CHARENTE-MARITIME	152	86%
FRANCHE-COMTÉ	179	79%	DEUX-SÈVRES	96	81%
DOUBS	62	80%	VIENNE	108	71%
JURA	64	81%	PACA	836	84%
HAUTE-SAÔNE	39	76%	ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	40	90%
TERRITOIRE DE BELFORT	14	79%	HAUTES-ALPES	36	90%
HAUTE-NORMANDIE	301	53%	ALPES-MARITIMES	216	88%
EURE	76	66%	BOUCHES-DU-RHÔNE	266	83%
SEINE-MARITIME	225	49%	VAR	198	81%
ILE-DE-FRANCE	1 227	62%	VAUCLUSE	80	79%
PARIS	212	35%	RHÔNE-ALPES	1 037	72%
SEINE-ET-MARNE	162	78%	AIN	112	68%
YVELINES	154	71%	ARDÈCHE	79	84%
ESSONNE	163	89%	DRÔME	92	77%
HAUTS-DE-SEINE	175	67%	ISÈRE	148	70%
SEINE-SAINT-DENIS	112	60%	LOIRE	160	77%
VAL-DE-MARNE	133	54%	RHÔNE	276	66%
VAL-D'OISE	116	69%	SAVOIE	79	73%
			RHÔNE	91	79%

Source : Cap Retraite 2013 - Fichier Finess - extrait 2012

» Possibilité de financement du séjour en Ehpad, par territoire

	Tarif heb. mensuel moyen en EHPAD*	Revenu moyen retraités et pensionnés	Ratio revenus moyen / Tarif Ehpad	Écart revenu moyen / Tarif EHPAD**		Tarif heb. mensuel moyen en EHPAD*	Revenu moyen retraités et pensionnés	Ratio revenus moyen / Tarif Ehpad	Écart revenu moyen / Tarif EHPAD**
NATIONAL	1 705 €	1 677 €	100%	152 €	LANGUEDOC-ROUSSILLON	1 708 €	1 557 €	110%	-151 €
ALSACE	1 647 €	1 685 €	98%	38 €	AUDE	1 586 €	1 522 €	104%	-64 €
BAS-RHIN	1 586 €	1 680 €	94%	94 €	GARD	1 708 €	1 573 €	109%	-135 €
HAUT-RHIN	1 708 €	1 691 €	101%	-17 €	HÉRAULT	1 891 €	1 666 €	114%	-225 €
AQUITAINE	1 769 €	1 663 €	110%	-166 €	LOZÈRE	1 403 €	1 424 €	99%	21 €
DORDOGNE	1 708 €	1 542 €	111%	-166 €	PYRÉNÉES-ORIENTALES	1 769 €	1 601 €	110%	-168 €
GIRONDE	1 891 €	1 689 €	112%	-202 €	LIMOUSIN	1 586 €	1 519 €	104%	-67 €
LANDES	1 403 €	1 620 €	87%	217 €	CORRÈZE	1 647 €	1 552 €	106%	-95 €
LOT-ET-GARONNE	1 708 €	1 475 €	116%	-233 €	CREUSE	1 586 €	1 390 €	114%	-196 €
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	1 708 €	1 689 €	101%	-19 €	HAUTE-VIENNE	1 586 €	1 617 €	98%	31 €
AUVERGNE	1 525 €	1 486 €	103%	-39 €	LORRAINE	1 525 €	1 534 €	99%	9 €
ALLIER	1 586 €	1 522 €	104%	-64 €	MEURTHE-ET-MOSELLE	1 586 €	1 610 €	99%	24 €
CANTAL	1 403 €	1 375 €	102%	-28 €	MEUSE	1 342 €	1 471 €	91%	129 €
HAUTE-LOIRE	1 464 €	1 432 €	102%	-32 €	MOSELLE	1 647 €	1 533 €	107%	-114 €
PUY-DE-DÔME	1 647 €	1 615 €	102%	-32 €	VOSES	1 403 €	1 521 €	92%	118 €
BASSE-NORMANDIE	1 708 €	1 546 €	110%	-162 €	MIDI-PYRÉNÉES	1 647 €	1 526 €	108%	-121 €
CALVADOS	1 891 €	1 639 €	115%	-252 €	ARIÈGE	1 647 €	1 573 €	109%	-74 €
MANCHE	1 647 €	1 509 €	109%	-138 €	AVEYRON	1 403 €	1 446 €	97%	43 €
ORNE	1 586 €	1 489 €	106%	-97 €	HAUTE-GARONNE	1 891 €	1 714 €	110%	-177 €
BOURGOGNE	1 647 €	1 612 €	102%	-35 €	GERS	1 586 €	1 434 €	111%	-152 €
CÔTE-D'OR	1 830 €	1 696 €	108%	-134 €	LOT	1 464 €	1 607 €	91%	143 €
NIEVRE	1 647 €	1 573 €	105%	-74 €	HAUTES-PYRÉNÉES	1 586 €	1 534 €	103%	-52 €
SAÔNE-ET-LOIRE	1 586 €	1 561 €	102%	-25 €	TARN	1 769 €	1 505 €	118%	-264 €
YONNE	1 647 €	1 617 €	102%	-30 €	TARN-ET-GARONNE	1 647 €	1 453 €	113%	-194 €
BRETAGNE	1 586 €	1 603 €	99%	17 €	NORD-PAS-DE-CALAIS	1 830 €	1 475 €	124%	-355 €
CÔTES-D'ARMOR	1 525 €	1 580 €	96%	55 €	NORD	1 830 €	1 516 €	121%	-314 €
FINISTÈRE	1 464 €	1 600 €	92%	136 €	PAS-DE-CALAIS	1 769 €	1 435 €	123%	-334 €
ILLE-ET-VILAINE	1 708 €	1 606 €	106%	-102 €	PAYS-DE-LA-LOIRE	1 525 €	1 580 €	97%	55 €
MORBHAN	1 586 €	1 626 €	98%	40 €	LOIRE-ATLANTIQUE	1 586 €	1 679 €	94%	93 €
CENTRE	1 769 €	1 649 €	107%	-120 €	MAINE-ET-LOIRE	1 586 €	1 565 €	101%	-21 €
CHER	1 647 €	1 605 €	103%	-42 €	MAYENNE	1 525 €	1 463 €	104%	-62 €
EURE-ET-LOIR	1 769 €	1 669 €	106%	-100 €	SARTHE	1 647 €	1 612 €	102%	-35 €
INDRE	1 525 €	1 515 €	101%	-10 €	VENDEÈRE	1 342 €	1 579 €	85%	237 €
INDRE-ET-LOIRE	1 830 €	1 693 €	108%	-137 €	PICARDIE	1 769 €	1 563 €	113%	-206 €
LOIR-ET-CHER	1 708 €	1 670 €	102%	-38 €	AISNE	1 830 €	1 505 €	122%	-325 €
LOIRET	1 830 €	1 744 €	105%	-86 €	OISE	1 891 €	1 671 €	113%	-220 €
CHAMPAGNE-ARDENNES	1 708 €	1 527 €	112%	-181 €	SOMME	1 525 €	1 515 €	101%	-10 €
ARDENNES	1 586 €	1 459 €	109%	-127 €	POITOU-CHARENTES	1 708 €	1 565 €	109%	-143 €
AUBE	1 708 €	1 555 €	110%	-153 €	CHARENTE	1 586 €	1 525 €	104%	-61 €
MARNE	1 830 €	1 617 €	113%	-213 €	CHARENTE-MARITIME	1 891 €	1 673 €	113%	-218 €
HAUTE-MARNE	1 525 €	1 479 €	103%	-46 €	DEUX-SÈVRES	1 464 €	1 496 €	98%	32 €
FRANCHE-COMTÉ	1 647 €	1 571 €	105%	-76 €	VIENNE	1 830 €	1 565 €	117%	-265 €
DOUBS	1 769 €	1 601 €	110%	-168 €	PACA	2 074 €	1 641 €	126%	-433 €
JURA	1 586 €	1 575 €	101%	-11 €	ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	1 708 €	1 685 €	107%	-105 €
HAUTE-SAÔNE	1 525 €	1 483 €	103%	-42 €	HAUTES-ALPES	1 708 €	1 611 €	106%	-97 €
TERRITOIRE DE BELFORT	1 830 €	1 626 €	113%	-204 €	ALPES-MARITIMES	2 257 €	1 701 €	133%	-556 €
HAUTE-NORMANDIE	1 830 €	1 643 €	111%	-187 €	BOUCHES-DU-RHÔNE	2 135 €	1 625 €	131%	-510 €
EURE	1 891 €	1 653 €	114%	-238 €	VAR	2 013 €	1 754 €	115%	-259 €
SEINE-MARITIME	1 769 €	1 633 €	108%	-136 €	VAUCLUSE	1 891 €	1 552 €	122%	-339 €
ÎLE-DE-FRANCE	2 501 €	2 002 €	125%	-499 €	RHÔNE-ALPES	1 769 €	1 658 €	107%	-111 €
PARIS	3 294 €	2 227 €	148%	-1 067 €	AIN	1 769 €	1 684 €	105%	-85 €
SEINE-ET-MARNE	2 257 €	1 823 €	124%	-434 €	ARDÈCHE	1 525 €	1 550 €	98%	25 €
YVELINES	2 562 €	2 273 €	113%	-289 €	DROME	1 769 €	1 605 €	110%	-164 €
ESSONNE	2 257 €	2 080 €	109%	-177 €	ISÈRE	1 769 €	1 683 €	105%	-86 €
HAUTS-DE-SEINE	2 806 €	2 242 €	125%	-564 €	LOIRE	1 464 €	1 561 €	94%	97 €
SEINE-SAINT-DENIS	2 440 €	1 582 €	154%	-858 €	RHÔNE	2 013 €	1 794 €	112%	-219 €
VAL-DE-MARNE	2 318 €	1 929 €	120%	-389 €	SAVOIE	1 708 €	1 669 €	102%	-39 €
VAL-D'OISE	2 318 €	1 861 €	125%	-457 €	HAUTE-SAVOIE	1 891 €	1 717 €	110%	-174 €

Source : DGI Incom 2011 - Cap retraite 2013

* Statut public, associatif et privé confondu.

** Il manque 102,05 € par foyer de retraité en France, une fois la totalité des revenus attribués au financement du séjour en Ehpad.

Annexe C

matchdocument



Autonomes, plutôt bien portants, les résidents se promènent seuls ou accompagnés dans le village, à pied, à vélo... ou en tandem!

LIBRES!

Le village où les malades d'Alzheimer ont une vie presque normale

Ce n'est plus une malédiction d'avoir la mémoire qui flanche. A Hogewey, un hameau des Pays-Bas, les malades d'Alzheimer vivent dans un décor qui correspond à leur profil – les créatifs, les bourgeois, les travailleurs... – et chacun est libre d'entrer et sortir de chez lui. Les résultats sont si positifs qu'un village des Landes devrait ouvrir sur le même modèle en 2017. A la veille de la Journée mondiale Alzheimer, le 21 septembre, bienvenue dans un monde où la raison fluctue mais pas l'intelligence thérapeutique.

PAR DAPHNÉ MONGIBEAUX - PHOTOS PAUL TOLENAAR

Aux Pays-Bas, le ciel est haut et l'horizon file. Il paraît qu'on y voit plus loin qu'ailleurs. A Hogewey, alors que le soleil se couche lentement, Clara caresse les jonquilles sur la table du salon et Franz, les mains dans les poches, s'arrête, interdit, devant ses toiles exposées dans le couloir de la maison créative. Ici, la vie s'éteint avec élégance, sur fond de musique classique. Comme dans une peinture flamande, le crépuscule est infini.

Les résidents de Hogewey sont atteints d'Alzheimer ou de démences avancées. Que savent-ils de cet endroit unique au monde ? Réalisent-ils qu'ils habitent un lieu protégé où tout est fait pour ressembler à la vie normale ?

Prisonniers de leurs pensées avortées, ils sont libres dans leurs égarements. Les portes des 23 maisons sont ouvertes, ainsi que le café, le restaurant, le supermarché et le théâtre. Les employés connaissent les 152 habitants et peuvent les ramener chez eux si leur promenade se prolonge un peu trop, ou les réorienter s'ils tentent de passer l'entrée principale. « A Hogewey, les résidents sont mouillés par la pluie quand ils sortent de chez eux. Ils sont en contact avec l'environnement et le monde extérieur. C'est ce que nous voulions », explique Yvonne Van Amerongen, cofondatrice du village.

Tout le monde peut venir à Hogewey pour dîner au restaurant, faire ses courses, voir une pièce de théâtre ou boire un verre en tête à tête avec une personne atteinte de démence sur la place du village, près du parking à vélos. Il suffit de se présenter à l'accueil. Des visites groupées payantes sont également organisées pour faire connaître le concept, alimenter un peu les caisses de cet établissement public et créer du va-et-vient avec l'extérieur. D'après la direction, les habitants de Weesp – la ville qui abrite Hogewey, située à une vingtaine de kilomètres d'Amsterdam – viennent régulièrement faire un tour dans ce lieu étrange, à la frontière du réel. « Certains visiteurs font référence au film "The Truman Show" en parlant de Hogewey. Nous refusons cette comparaison : tout est parfaitement normal, ici, se défend Yvonne Van Amerongen. Ailleurs, les personnes accueillies en maison de retraite traditionnelle n'ont aucun contact

avec la société, elles sont dans un environnement hospitalier où tout les ramène à la maladie et à leur finitude. Nous avons voulu créer un endroit plus respectueux de la vie humaine. Les résidents vivent dans des maisons qui leur ressemblent, se lèvent, se couchent et prennent leurs repas aux heures qui leur conviennent, aident aux courses, font la cuisine et peuvent participer, quand ils en ont envie, à des activités en tous genres, comme aller se promener seuls à pied ou à vélo dans le village ou en ville, accompagnés alors de l'un de nos 120 volontaires », ajoute-t-elle. Tout est fait pour les empêcher de s'enfoncer dans la nuit.

C'est à la mort de son père, en 1992, décédé brutalement à 63 ans, qu'Yvonne réalise qu'elle n'aurait pas supporté de le voir vieillir dans l'établissement qu'elle dirigeait. Le concept de Hogewey germe ex nihilo et voit le jour en 2009 sur les ruines de l'ancienne maison de retraite. Financé entièrement par la

LA MAISON CRÉATIVE

Des décors variés, en fonction des personnalités et des goûts de chacun. Ci-contre, dans la maison créative, Franz a réalisé le tableau de sa chambre. Le personnel (à dr.) est toujours aux petits soins.



Sécurité sociale néerlandaise, il a très vite remporté un vif succès aux Pays-Bas, où l'on compte actuellement plus de 100 000 personnes atteintes d'Alzheimer sur environ 17 millions d'habitants (85 % d'entre elles sont d'ailleurs maintenues à domicile). Le chiffre devrait doubler d'ici à 2020. Le prix est identique à celui des autres établissements publics du pays, soit 5 000 euros par mois, dont une partie est remboursée par la Sécurité sociale aux résidents en fonction de leurs cotisations. La liste d'attente de Hogewey s'allonge : elle est actuellement de neuf à douze mois, alors qu'elle serait inexistante dans les maisons de retraite traditionnelles.

Accrochée au bras de son mari, Karel, atteint d'une démence fronto-temporale, Claire parle d'un endroit « fabuleux » qui a redonné vie à son époux. « Auparavant, il était dans une structure

UNE PLACE DE VILLAGE

La socialisation est importante. Les résidents et les visiteurs se rencontrent sur la place du village, où l'on trouve un bar, un restaurant, un cinéma et un théâtre.



où on le laissait s'éteindre, il n'avait aucune stimulation. Ici, je le sens beaucoup plus présent. Je viens le voir tous les jours et, à chaque fois que je m'en vais, je suis heureuse. Avant, j'étais profondément triste », confie-t-elle avec beaucoup d'émotion tandis que « La Traviata » résonne dans le salon de la maison créative.

Comme les autres habitations, cet appartement a été conçu et décoré suivant le profil de ses sept occupants. Il correspond à l'un des « lifestyles » de Hogewey. « Nous avons travaillé avec des sociologues néerlandais qui ont déterminé les catégories renvoyant aux modes de vie de notre population : chrétiens, travailleurs, bourgeois, Indonésiens, urbains, créatifs et casaniers. Nous avons voulu recréer les environnements dans lesquels nos résidents ont évolué toute leur vie. Cela leur donne des repères, les rassure, les calme.



FAIRE DES COURSES

Dans le village, une supérette où peuvent se rendre les résidents, accompagnés ou non. À dr. : une habitante de la maison bourgeoise, dans un décor qui lui correspond, la cuisine en arrière-plan.

Ils doivent se sentir chez eux. Nous avons donc mis au point un questionnaire soumis à la famille du futur résident, qui nous permet de déterminer le style de vie dans lequel il se sentira le mieux», explique Yvonne Van Amerongen.

En face de la maison créative, à la bibliothèque très fournie, aux plantes vertes luxuriantes et aux murs du salon peints de couleurs vives, on trouve la maison bourgeoise, avec lustres en cristal, tapisseries de soie beige et personnel de maison. Les habitants de cette colocation, composée de six femmes et un homme, participent moins aux activités proposées par les 25 clubs (chorale, théâtre, gymnastique,

cuisine, marché...), mais passent de longues heures à regarder Anne, 24 ans, appliquée aux tâches domestiques. « Ici, on ne s'adresse pas aux résidents par leur prénom mais on les appelle "Mrs." ou "Mr.". Contrairement aux autres maisons ici, la cuisine est séparée du salon, cachée derrière un muret. Les locataires veulent manger tous les jours de la viande, des pommes de terre, des légumes verts, et la plupart d'entre eux (ou plutôt d'entre elles) tiennent à leur verre de "bon" vin le midi (pas celui de la supérette)! Personne ne me propose son aide pour préparer les repas ou plier le linge : je suis la bonne », plaisante Anne devant une table de femmes bien mises et absentes devant leur tasse de thé, leur coloriage ou la main sur leur sac à main. Sanne, chargée de communication, paraît également très surprise par cette maison où chacun semble jouer un rôle.



Un peu plus loin, comme sur un immense plateau de tournage de sitcoms à ciel ouvert, la maison des travailleurs. Rinus, 82 ans, ancien mécanicien, est confortablement installé devant Eurosport. Il siffle et claque des doigts toute la journée, ce qui cause quelques différends avec ses six colocataires, cinq hommes et une femme... Ici, la déco est *(Suite page 124)*



DOUCEUR, SOLLICITUDE

Les différentes maisons donnent sur un jardin. Les activités manuelles et artistiques sont permanentes.

A dr. : décoration des œufs de Pâques. Ci-contre: dessin et coloriage. Rinsu avec Magnolia.



plutôt champêtre, avec des paniers en osier et des meubles en bois sombre. Près de la télé, l'intégrale de Laurel et Hardy et celle d'André Rieu. Feans, 86 ans, tente de chatouiller une visiteuse tandis qu'un autre colocataire se prépare à aller au coin fumeur, sous le porche. Ce soir, Magnolia, comme toutes ses collègues « care workers » (employés de maison et chargés des soins), délivre aux habitants « ex-travailleurs » leurs médicaments prescrits par l'un des trois médecins.

En dehors des traitements permettant d'atténuer les symptômes dégénératifs, la consommation de somnifères et d'anxiolytiques baisserait au fil du séjour. « On se rend compte que l'anxiété des pensionnaires diminue au cours des mois passés ici, se réjouit Magnolia. Le fait de retrouver des repères, une certaine liberté d'aller et venir et un contact avec l'extérieur semble être apaisant ; les résidents sont moins agressifs envers eux-mêmes et le personnel que dans les maisons de retraite traditionnelles. Du coup, ici la vie dure un peu plus longtemps... » Car à Hogewey, on meurt dans son lit, comme à la maison. Discrètement, pour ne pas effrayer les autres résidents. Le personnel veille et se relaie au chevet de celui qui part. Il n'y a pas de sirène, de lumière blafarde ni d'odeur d'hôpital, mais un air de musique classique qui résonne dans un dernier souffle. ■

Scannez le QR code et découvrez la vie dans ce lieu atypique.



Daphné Mongibeaux

« On aimerait ouvrir le village en 2017 »

HENRI EMMANUELLI, DÉPUTÉ DES LANDES

Paris Match. A quoi va ressembler le "village Alzheimer" landais ?

Henri Emmanuelli. Il sera largement inspiré de l'exemple hollandais. On y trouvera une supérette, des structures culturelles et sportives, mais aussi des installations numériques tournées vers le sensoriel. Les résidents évolueront dans un environnement rappelant le style landais. En revanche, il n'y aura pas de ségrégation sociale comme à Hogewey. Ce n'est pas vraiment reproductible chez nous ; nous ne sommes pas des parpaillots nordiques, mais plutôt des faux-culs latins ! Les personnes pourront bien sûr se regrouper par affinités, mais cela restera un choix.

Où en est le projet ?

Nous espérons ouvrir le village en 2017. Nous venons d'obtenir sa validation par l'Etat et, pour le moment, nous étudions une candidature dans l'agglomération de Dax. Nous sommes en phase de conception du contenu du projet. La construction sera subventionnée par le département et nous cherchons d'autres sources de financement. Les résidents seront des personnes atteintes d'Alzheimer à un stade avancé, originaires des Landes et d'ailleurs. Comme dans toutes les maisons de retraite du département, nous voudrions que cette structure soit agréée par l'aide sociale. Le prix sera le même que dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) landais, soit entre 60 et 70 euros par jour. On aimerait également accueillir une unité de recherche qui pourrait mener une étude clinique. Cela n'a jamais été pratiqué dans une maison de retraite et apporterait du crédit à notre projet.

La population est-elle particulièrement vieillissante dans les Landes ?

Non, elle l'est moins que dans les départements ruraux comme le Gers, le Lot-et-Garonne ou la Dordogne... Dans les Landes, nous bénéficions d'un apport de "sang frais" grâce à l'attraction du littoral et du prix du foncier qui est intéressant. Notre problème, comme partout ailleurs, est que la Sécurité sociale ne délivre plus de places en Ehpad car, depuis le gouvernement Fillon, elle refuse de prendre en charge du personnel soignant. Tout le monde n'a pas les moyens financiers d'aller dans un établissement privé, ni les capacités motrices de rester chez soi malgré une aide. Ce projet m'a paru être un moyen de contourner la difficulté par le haut. ■

Interview Daphné Mongibeaux

Bibliographie

Le titre du mémoire ; » Comment financer de main un séjour en EHPAD »

Bibliographie :

Préambule :

1/ Vieillesse, ce document provient de

« <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=vieillesse&oldid=11852221> »

2/ La vieillesse et ses masques par Enguerran Macia et Nicole Chapuis-Lucciani

3/ Je ne deviens pas vieux, je me patine. Docteur Lucien Mias

4/ Sexualité en EPHAD, sujet tabou de Charlie Vandekerhove—www.egora.fr
l<http://www.egora.fr/>

5/ Gérontologique---La sexualité du sujet âgé en EPHAD. Publié par lisejappy l
24/09/2011

Chapitre I

1/ Assurance et Dépendance : combien coûte un hébergement en EPHAD.

Observatoire 2012 des EHPAD

2/ Le Canard Enchaîné Septembre 2015 : »les Chômeurs sauvent les Retraites.

3/ Cap Retraite : exemple de fiches régionales d'évolutions des P.A.

Inadéquation entre les ressources des foyers et les tarifs en
EPHAD.

Le vieillissement de la population française

4/ Synthèse du rapport Monalisa

5/ L'adaptation de la société française au vieillissement de sa population,
France : ANNEE ZERO par Luc Broussy

6/ Cap Retraite : la France face à la pénurie de maisons de retraite

Chapitre II

1/ Tout savoir sur les EHPAD Pour les P.A. (<http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>)

2/ UNCCAS : Séjour de vacances pour les résidents d' EHPAD

3/ Quel avenir pour les EHPAD ? Les défis à relever, les opportunités à saisir

FEHAP

4/ Synthèse du rapport sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées .Pascal Jacob avec Adrien Jousserandot

5/ L'offre en EHPAD –DRESS 31 décembre 2011 dans Perspectives sanitaires et sociales

6/ Rapport 2014 : 10 ans de solidarité pour l'autonomie –CNSA-

7/ Synthèse du rapport « Anticiper pour une autonomie préservée, un enjeu de société » Docteur Jean-Pierre AQUINO ? Président du comité- Avancée en Age-

8/ Télémedecine en EHPAD. Perspectives san. et soc.

9/ P.A., familles, professionnels, se repérer dans l'offre d' Ebergement

FEHAP.

10/ Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie (2013) CNSA