

EHPAD du futur et âgisme

MCOOR

Association Nationale des Médecins Coordonnateurs
et du Secteur Médico-social

Docteur Gaël DUREL

**Médecin gériatre
coordonnateur en EHPAD**

Président MCoor

EHPAD ? du futur

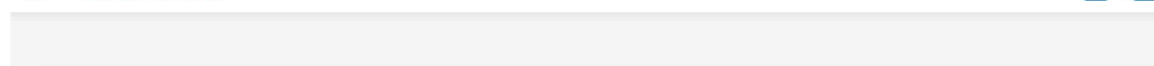
Trop "connoté", le mot Ehpad appelé à changer

ACTUALITÉS 12/07/2021 19:27 CEST

Pour trouver un autre nom à "Ehpad", le gouvernement va vous demander votre avis

Une grande consultation citoyenne va être lancée à l'automne pour rebaptiser les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Ehpad.

Le HuffPost



Consultation citoyenne : Les Ehpad vont changer de nom

INVITÉE RTL - "Le modèle est à bout de souffle, il ne correspond plus à ce que souhaitent les Français", a déclaré la ministre déléguée chargée de l'autonomie.

L'Ehpad est mort, vive l'Ehpad : Brigitte Bourguignon annonce la mise en place d'une consultation citoyenne pour trouver un nouveau nom aux EHPADs

En 2019, deux commissions s'y sont essayées :
au sein de la concertation menée par Dominique
Libault, il a été proposé de remplacer le mot
Ehpad par
« Maison du Grand Âge »
ou
« Maison Médicalisée des Seniors ».



Au sein du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) une commission de travail sur la terminologie du grand âge a été créée en octobre 2019.

Son objectif: "Lutter contre toute appellation stigmatisante et discriminante à l'encontre des personnes âgées" et à "favoriser le changement de paradigme souhaité par les membres du conseil »

Le terme de **RASA** a emporté le plus de suffrages :
"Résidence d'Accompagnement et de Soins pour Aînés"

Le Conseil de l'âge souhaite d'abord "qu'on n'utilise plus les termes de 'dépendance', 'personnes âgées dépendantes'" et qu'on devrait faire référence aux "situations de 'vulnérabilité' et aux 'personnes vulnérables'".



L'EHPAD DU FUTUR COMMENCE AUJOURD'HUI

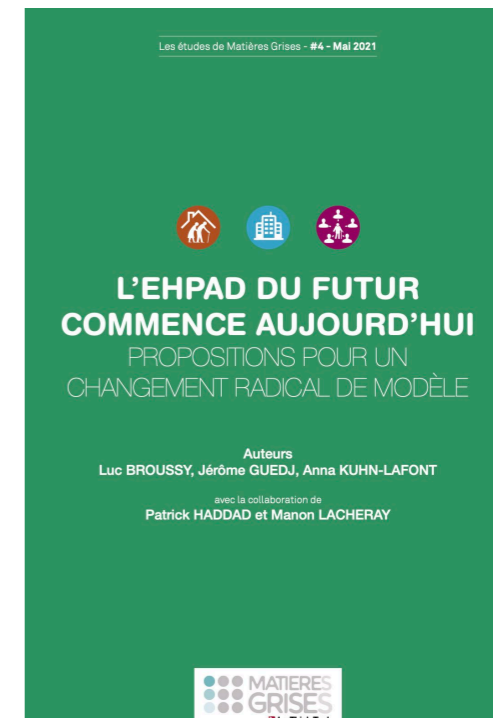
PROPOSITIONS POUR UN
CHANGEMENT RADICAL DE MODÈLE

Auteurs

Luc BROUSSY, Jérôme GUEDJ, Anna KUHN-LAFONT

avec la collaboration de

Patrick HADDAD et Manon LACHERAY



Pour Didier Sapy, « les autorités et les opérateurs n'ont jamais tranché sur la question : l'Ehpad un lieu de vie ou un lieu de soins ?
A défaut de choisir, il deviendra aussi peu attractif que l'hospice en d'autres temps »
Il est donc temps d'assumer que l'Ehpad **doit être un lieu de vie.**



OBJECTIF N°4

LE SOIN, HORS DE MA VUE

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

Unités de Soins de Longue Durée

Et

EHPAD

(Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

RAPPORT de MISSION

25 recommandations

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

C'est parce que l'EHPAD est un lieu de soin, qu'il reste un lieu de vie

Pr Claude JEANDEL

Pr Olivier GUERIN

JUIN 2021

**C'est parce que l'EHPAD
est un lieu de soin, qu'il
reste un lieu de vie**



RECOMMANDATION N° 1 - La requalification des USLD en unités de soins prolongés complexes (USPC) à vocation strictement sanitaire

Constats

Proportions des résidents/patients SMTI en EHPAD et USLD.

Le nombre de résidents et de patients relevant de SMTI étaient respectivement

- o De 67846 pour les EHPAD=14%
- o De 3497 pour les USLD=40,5%(vs 52% en 2011)

Cependant en chiffres absolus rapportés au nombre de places actuelles, le nombre de résidents d'EHPAD SMTI s'établit à 82 259 versus 12 712 en USLD.

Le nombre de résidents T2 est respectivement de 55 818 en EHPAD et de 10 044 en USLD.

Le nombre de résidents R2 est respectivement de 18 802 en EHPAD et de 7407 en USLD.

Le nombre de résidents P2 est respectivement de 351 364 en EHPAD et de 17 263 en USLD.

Le nombre de résidents CH est respectivement de 27 028 en EHPAD et de 3138 en USLD.

Le nombre de résidents DG est respectivement de 19 389 en EHPAD et de 2071 en USLD.

EHPAD 2021



EHPAD du futur



**RECOMMANDATION N°2 –
Promouvoir une sectorisation raisonnée
et raisonnable au sein des EHPAD**

Une transition démographique et épidémiologique annonciatrice de résidents aux profils de soins et de dépendance aggravés

Une morbidité très largement dominée par les affections neuro-évolutives et psychiatriques à l'origine de troubles neurocognitifs et/ou psychologiques et du comportement

Des troubles de la cohérence chez 80 % des résidents contrastant avec un taux de 28 % de résidents sous protection juridique des majeurs

Une altération des fonctions psychiques et/ou cognitives qui impacte sur les facultés de prise de décision et rend souvent aléatoire l'obtention d'un consentement éclairé



RECOMMANDATION N°3 – Doter dans les meilleurs délais l'ensemble des EHPAD d'unités de vie protégées ou unités de soins spécialisées Alzheimer

RECOMMANDATION N°4 – Doter dans les meilleurs délais l'ensemble des EHPAD de Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)

RECOMMANDATION N°5 – Poursuivre le déploiement des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) au sein des EHPAD afin d'assurer un maillage territorial et de rendre ces unités accessibles à plusieurs EHPAD du même bassin

RECOMMANDATION N°6 – Poursuivre le déploiement d'établissements d'hébergement « spécialisés dédiés à certaines typologies de besoins » mais sous certaines conditions



« Si l'on doit faire en sorte que l'EHPAD soit un « lieu de vie dans lequel on soigne », il devient en réalité de plus en plus un « lieu de soin dans lequel on vit ».

Cependant, les usagers et les familles attendent qu'un équilibre soit maintenu entre l'accompagnement et le soin. »

Mme MONIQUE IBORRA

L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015

**Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Marianne Muller, Delphine Roy (DREES)
ÉTUDES ET RÉSULTATS^o 1094 paru le 27/11/2018**

En 2015, 150 000 personnes résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont décédées

Un quart des décès annuels en France
25% des résidents d'EHPAD

État terminal à plus ou moins longue échéance : 2,30%

ANNEXE A

PRESENTATION de l'ETUDE

Données actualisées issues de l'enquête réalisée dans le cadre de la « mission en cours »

Pr Claude JEANDEL avec la collaboration de Marie-Hélène TOUPIN et Yannick EON (CNSA)

Un résident d'EHPAD sur quatre est hospitalisé en urgence dans ses deux dernières semaines de vie

Un quart des décès de résidents en Ehpap décède lors d'une hospitalisation.

Lorsqu'une infirmière est présente 24 heures sur 24, la probabilité de décéder lors d'une hospitalisation est plus faible.

La plupart de ces décès (87%) sont attendus et leur prise en charge pourrait être anticipée.

Environ 130.000 résidents d'EHPAD chaque année pourraient bénéficier de soins palliatifs à la fin de leur vie.

Un quart des résidents sont "dans un réel inconfort physique" lors de leur dernière semaine de vie, et la sensibilisation des médecins traitants aux soins à apporter en fin de vie est très inégale dans les EHPAD.

Prise en charge de la douleur et de la fin de vie en EHPAD : prévention, anticipation et accès aux soins palliatifs.

Guion, Vincent (2020).

CAUSES DE DECES DES PERSONNES AGEES

Causes de décès des personnes âgées : effectifs												
Cause de décès	2000						2016					
	De 65 à 74 ans	De 75 à 84 ans	De 85 à 94 ans	95 ans et plus	65 ans ou plus	Tous âges	De 65 à 74 ans	De 75 à 84 ans	De 85 à 94 ans	95 ans et plus	65 ans ou plus	Tous âges
Tumeurs	40 677	39 407	24 612	2 179	106 875	149 403	40 028	45 838	37 423	4 025	127 314	168 064
dont :												
tumeurs du larynx, trachée, bronches et poumon	8 549	5 664	1 799	70	16 082	26 621	9 794	7 488	3 627	175	21 084	32 570
tumeurs malignes des tissus lymphatiques et hématopoïétiques	3 219	3 850	2 394	185	9 648	12 418	2 864	4 795	3 955	359	11 973	14 040
tumeurs du côlon	3 144	3 643	2 760	251	9 798	11 784	2 569	3 838	3 807	472	10 686	12 759
tumeurs du pancréas	2 556	2 352	1 711	210	6 829	11 032	2 642	2 908	2 899	436	8 885	12 669
Maladies de l'appareil circulatoire	24 056	46 440	64 879	10 661	146 036	161 330	14 165	33 154	65 412	15 648	128 379	140 424
dont :												
cardiopathies ischémiques	8 391	13 786	15 141	2 046	39 364	45 068	4 544	8 252	12 846	2 569	28 211	32 460
maladies cérébrovasculaires	5 397	11 840	15 871	2 145	35 253	38 308	3 144	8 330	14 527	2 878	28 879	31 228
Maladies de l'appareil respiratoire	5 141	9 733	14 959	3 037	32 870	35 613	4 440	10 127	18 381	4 533	37 481	40 512
dont pneumonie	967	2 674	5 801	1 276	10 718	11 329	907	2 741	6 786	2 009	12 443	13 018
Causes externes	4 592	6 354	8 695	1 624	21 265	40 916	3 980	6 556	10 869	2 374	23 779	37 501
dont :												
chutes accidentelles	684	1 198	1 956	385	4 223	5 248	641	1 668	3 605	844	6 758	7 655
suicides	1 414	1 168	625	23	3 230	10 806	1 023	989	632	51	2 695	8 427
Maladies du système nerveux et des organes des sens	3 274	6 533	6 662	684	17 153	20 047	3 338	10 523	18 046	3 219	35 126	38 181
Maladies de l'appareil digestif	4 573	5 219	6 095	992	16 879	23 651	3 910	5 283	7 540	1 453	18 186	23 625
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3 236	5 280	6 988	1 307	16 811	18 957	2 578	5 111	8 457	2 029	18 175	20 443
Autres causes	8 765	16 725	29 818	7 302	62 610	78 846	10 412	21 577	46 941	13 669	92 599	110 480
Ensemble	94 314	135 691	162 708	27 786	420 499	528 763	82 851	138 169	213 069	46 950	481 039	579 230
r : données révisées.												
Champ : France métropolitaine, décès domiciliés.												
Source : Inserm-CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).												

Cause de décès	2000	2016
Maladies de l'appareil circulatoire	161 330	140 424
Maladies du système nerveux et des organes des sens	20 047	38 181



La prévention de souffrances évitables des résidents d'EHPAD en fin de vie pourrait s'appuyer sur la décision de traiter sur place ceux dont l'état de santé (dépendance élevée, multiples comorbidités) et l'affection aiguë (grave, incurable) suggèrent l'absence de bénéfice à un transfert aux urgences.

10^e Journée
de Management
& Coordination
en EHPAD

MCOOR

Association Nationale des Médecins Coordonnateurs
et du Secteur Médico-social



10^e Journée
de Management
& Coordination
en EHPAD



Ehpad du futur : « un lieu où se crée la politique gériatrique » (Mcoor)

Dépendance - Handicap | Publié le : 07.05.2021 | Dernière Mise à jour : 10.05.2021

Concevoir l'EHPAD du futur nécessite de construire ce projet à partir des besoins et des souhaits de la personne âgée

Réformer les EHPAD selon un modèle unique serait courir à l'échec, tant est grande la diversité des territoires.

Le renforcement de la médicalisation de tous les EHPAD est un impératif que la pandémie n'a fait que mettre davantage en évidence.

A l'heure où les personnes âgées expriment majoritairement le souhait de pouvoir rester le plus longtemps possible à domicile, il est nécessaire d'inscrire l'EHPAD au cœur de la cité, à l'interface entre le domicile individuel, les autres établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, les établissements de santé et la médecine de ville.

Certains EHPAD sur un territoire doivent évoluer vers le concept de la Maison Gériatrique de Proximité (MGP)



L'EHPAD du futur doit devenir un lieu où se crée la politique gériatrique de territoire : la Maison Gériatrique de Proximité (MGP)

Transformer les établissements qui souhaiteront s'inscrire dans ce projet de Maisons Gériatriques de Proximité (MGP), est un défi que nous devons relever.

Ces MGP fourniront sur un territoire des moyens facilitant la réalisation du souhait légitime des personnes âgées de rester à domicile.

L'expertise gériatrique de proximité, assurée par le médecin coordonnateur au sein d'une MGP, apportera au domicile les éléments de coordination souvent manquants entre SAAD, SIAD et HAD.



La MGP permettra de décroisonner sans rajouter un échelon de décision supplémentaire

L'objectif *in fine* est de de générer des parcours de santé pragmatiques, simples, efficaces et cohérents, avec des temps d'hospitalisation aussi courts que possible, et respectant au mieux les souhaits des patients, ce qui rend nécessaire le décroisonnement de la filière grâce à la MGP.

La MGP n'ajoutera pas une structure supplémentaire aux dispositifs qui existent déjà. Au contraire, elle prendra place au sein des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), en lien avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

**"Chacun est un être singulier,
le rêve c'est que ce singulier soit imbibé du collectif,
ce collectif étant lui-même imbibé
de tous les singuliers >>**

Jack Ralite

EHPAD du futur et âgisme

MCOOR

Association Nationale des Médecins Coordonnateurs
et du Secteur Médico-social

Docteur Gaël DUREL

**Médecin gériatre
coordonnateur en EHPAD**

Président MCoor