



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



VOLET AUTONOMIE- GRAND- AGE

2022-2031

STRATEGIE REGIONALE
D'INVESTISSEMENT EN SANTE

DES PROJETS IMMOBILIERS, AU SERVICE DE LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE ET DE LA TRANSITION ECOLOGIQUE



Date de création : 24/11/2021
Date de mise à jour : 24/03/2022

SOMMAIRE

Editorial

Cadre réglementaire

Etat des lieux régional

Perspectives démographiques

Equipements actuels en hébergement et en services

- Couverture des besoins au domicile et en établissement
- Projection de l'évolution des besoins par territoire

Attentes de la population quant à la prise en charge de l'autonomie

Evolutions socio-démographiques, des attentes et des besoins

La stratégie régionale d'investissement dédiée à l'autonomie

- I. Principes directeurs et priorités
- II. Présentation des attendus nationaux
- III. Les orientations régionales pour la transformation en profondeur des modalités d'accompagnement et de soutien de l'autonomie
- IV. Modalités en matière de calibrage des aides et de programmations des opérations

Glossaire

Annexes

Annexe 1 : Etat des lieux régional

Annexe 2 : La préprogrammation 2022-2023-2024

Annexe 3 : Grille analyse PAI en matière de Développement Durable

EDITORIAL

« Une stratégie régionale sur 10 ans tenant compte des spécificités territoriales afin de répondre aux nouveaux besoins, qui sont renforcés par des perspectives d'évolutions démographiques et des aspirations nouvelles de la population Néo-Aquitaine »

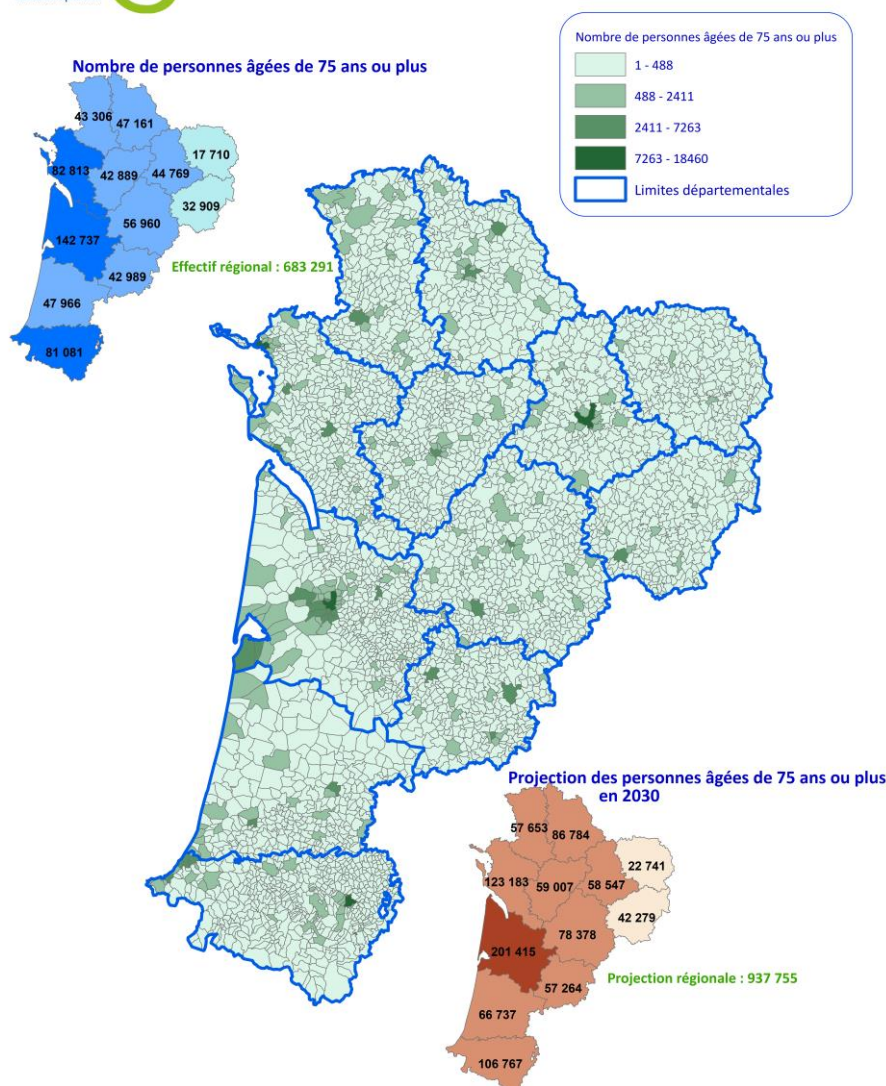
En 2021, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a publié sa Stratégie Régionale d'Investissement en Santé, issue des accords du Ségur de 2020, pour les 10 ans à venir. Au regard des enjeux majeurs que présente le vieillissement de la population et de l'émergence de nouveaux modes d'accompagnement, un volet dédié à l'Autonomie – Grand Age a été rédigé et permet d'aller plus loin pour accompagner la transformation de l'offre sur les territoires.

Un des acteurs principaux de l'offre médico-sociale en région, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a contribué, ces dernières années, à assurer *le meilleur équilibre possible entre la qualité des accompagnements et des différents modes d'accueil, et le renforcement de la prise en soins dans les différents départements par le développement d'EHPAD Centres Ressources, le déploiement d'astreinte d'infirmier de nuit, l'accompagnement à la coopération et la mutualisation entre structures (plateformes territoriales solidaires, équipes mobiles QVT...)*

Quatrième région la plus peuplée de France, la Nouvelle-Aquitaine est aussi la plus âgée, constituant un défi en matière d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. De plus, notre région présente une forte ¹attractivité pour les retraités qui nécessite donc de **structurer une stratégie dédiée.**

¹ Au sens de l'INSEE

Répartition par commune du nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus en Nouvelle-Aquitaine



L'investissement des établissements médico-sociaux œuvrant pour le grand âge, tout en tenant compte des spécificités de chaque territoire, doit venir soutenir le libre choix du lieu de vie pour les personnes âgées, rendre possible leur vie à domicile dans une plus grande diversité de formes (résidences autonomie, habitat inclusif, etc.) et améliorer la prise en soin des plus fragiles dans les établissements.

De plus, les projets doivent répondre aux attentes nouvelles des usagers. Le changement climatique nous amène également à intégrer les enjeux écologiques au cœur de la réflexion pour les futurs projets.

Face à la transition démographique annoncée, le respect du libre choix pour chaque personne, de définir l'endroit où elle souhaite vieillir, est une priorité et les conditions de réalisation de ce choix doivent être mises en œuvre. Une approche holistique est donc nécessaire pour traiter de façon panoramique la question du vieillissement, et veiller à la coordination des politiques publiques autour de l'aménagement du territoire, des transports, du secteur sanitaire et du secteur médico-social... pour proposer à la population un panel d'offre diversifié afin de ne pas limiter le choix à une simple binarité : Domicile vs Institution.

Si le choix de vieillir à domicile semble être majoritairement sollicité, les établissements médico-sociaux, face à ce constat, doivent nécessairement adapter leurs prestations. Certains EHPAD auront la possibilité de proposer des services d'accompagnement à domicile dans le cadre des « centres de ressources territoriales » et apporter un appui aux acteurs du domicile. Chaque EHPAD sera confronté à ces nouveaux besoins et se doit de transformer et de diversifier son offre : accueil séquentiel, renforcer l'accueil de jour et l'hébergement temporaire, accueil en situation d'urgence, ouverture des activités sur l'extérieur, favoriser l'intergénérationnel...

En parallèle, l'EHPAD, dans ses murs, doit proposer une organisation et une architecture adaptées à la prise en soin de la grande dépendance en s'appuyant sur des ressources externes clés du territoire en lien avec la filière gériatrique, et en mutualisant ses services et/ou ses ressources pour un meilleur service gériatrique rendu en proximité.

Face à ces constats, la stratégie régionale d'investissement doit permettre l'adéquation de l'offre aux besoins identifiés dans le diagnostic territorial. Les projets architecturaux devront prendre en compte le souhait d'offrir avant tout à leurs habitants un lieu de vie où ils pourront se sentir chez eux « comme à la maison », ouvert sur l'extérieur, tout en intégrant l'accès à un plateau technique en capacité d'offrir des soins et une expertise gériatrique et psychogériatrique de qualité en adéquation avec les besoins des résidents.

CADRE REGLEMENTAIRE

Textes de référence :

- Le **Ségur de la Santé** – Relancer les investissements en santé.
- **Circulaire n° 6250/SG du 10 mars 2021** relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance.
- **Instruction(s) CNSA du 23 avril 2021** relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées.
- **Note d'information N° DGOS/PF1/DGCS/SD5C/CNSA/2021/149 du 2 juillet 2021** relative à la stratégie régionale d'investissement pour les 10 ans à venir, en application de la circulaire n° 6250/SG du Premier ministre du 10 mars 2021.
- **CIRCULAIRE N° DGCS/SD5C/CNSA/2021/210 du 24 septembre 2021** relative à la mobilisation des crédits d'investissement du Ségur de la santé et de France Relance en appui du virage domiciliaire de l'offre d'accompagnement des personnes âgées dans la société du grand âge.
- Rapport de mission des Pr Claude JEANDEL et Olivier GUERIN, 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie.

ETAT DES LIEUX REGIONAL

▪ Perspectives démographiques

Les données démographiques présentées sont issues de l'étude de l'INSEE réalisée en partenariat avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine et publiée en janvier 2020 dans le numéro 85 de la revue Insee Analyses.

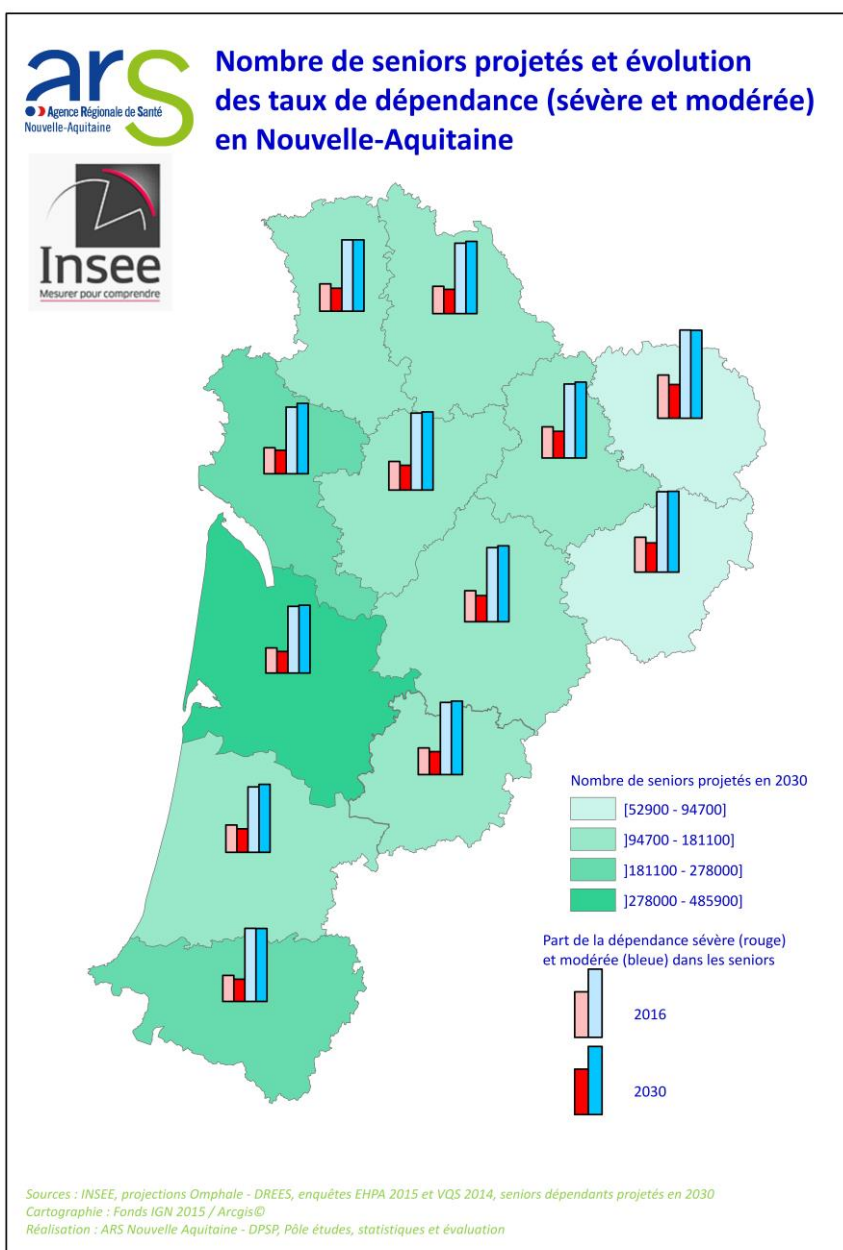
La Nouvelle-Aquitaine est la région la plus âgée de France en 2016 : le vieillissement de sa population devrait se poursuivre d'ici 2030 et le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie augmenter (59 400 personnes supplémentaires).

Zone	Situation en 2016			Projections 2016 - 2030 : nombre de séniors dépendants en plus			
	Population totale	Nombre de séniors	Nombre de séniors dépendants	Total	dont en institution	dont fortement dépendants	dont 75 ans et plus
Nouvelle-Aquitaine	5 935 603	1 743 600	331 200	59 400	10 200	5 600	50 600
Charente	353 288	110 900	22 200	3 800	700	300	3 100
Charente-Maritime	642 191	214 800	41 100	9 800	2 000	1 500	8 800
Corrèze	241 535	80 800	16 400	1 700	200	-100	1 400
Creuse	119 502	44 400	10 100	1 000	0	-200	600
Dordogne	414 789	146 800	29 100	4 800	600	300	4 100
Gironde	1 566 679	375 800	68 400	14 100	2 200	1 600	11 900
Landes	405 010	123 800	23 000	5 000	1 000	700	4 300
Lot-et-Garonne	332 833	108 000	19 700	2 900	400	200	2 600
Pyrénées-Atlantiques	673 986	198 200	37 700	6 700	1 100	700	5 400
Deux-Sèvres	374 743	108 200	20 000	3 300	700	200	2 700
Vienne	436 069	118 700	22 100	3 900	900	400	3 400
Haute-Vienne	374 978	113 200	21 300	2 500	300	0	2 300

Sources : Insee, RP 2016 pour la population totale - projections Omphale; Drees, enquêtes EHPA 2015 et VQS 2014 pour les autres données

Si les tendances démographiques récentes se poursuivaient aux rythmes actuels, la région compterait 440 000 séniors de plus en 2030 (personnes âgées de 60 ans et plus). Plus d'un tiers de la population serait alors âgée d'au moins 60 ans et les séniors deviendraient même plus nombreux que les moins de 30 ans dès 2023.

A l'horizon 2030, le nombre de séniors dans l'incapacité d'assurer seuls certains actes de la vie quotidienne augmenterait nettement, 59 400 individus supplémentaires, soit une hausse de 22 % par rapport à 2016. La progression de la dépendance serait toutefois parmi les moins fortes du territoire national.



(Il est entendu personnes âgées de plus de 60 ans)

L'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie s'annonce comme un enjeu sociétal majeur dans les années à venir, tant pour les acteurs publics que pour les professionnels de santé ou les proches aidants. En effet, une aide devient progressivement nécessaire, qu'elle soit technique, en provenance de l'entourage ou professionnelle. Se pose alors la question d'être soutenu à son domicile, ou de rejoindre des habitats plus collectifs, avec une intensité en soins plus ou moins forte : habitats inclusifs, résidences autonomes, EHPAD, Unités de Soins de Longue Durée. En 2016, 8 personnes âgées dépendantes sur 10 vivaient chez elles. A partir de 75 ans, 27 % des séniors vivent en structure avec hébergement pour personnes âgées, ils ne sont que 9 % avant cet âge. Si on maintenait la répartition actuelle entre domicile et établissement avec hébergement, le nombre de séniors dépendants augmenterait mécaniquement de 10 200 en établissement et de 49 200 à domicile. Cette hausse s'observerait dans tous les départements, à l'exception de la Creuse dont le nombre de séniors dépendants en institution serait stable par rapport à 2016.

A l'horizon 2050, les seniors seraient nettement plus nombreux aux âges avancés, et donc davantage en perte d'autonomie. La dépendance s'intensifierait : + 28 % de seniors concernés par rapport au niveau projeté déjà élevé de 2030, et + 56 % par rapport à 2016.

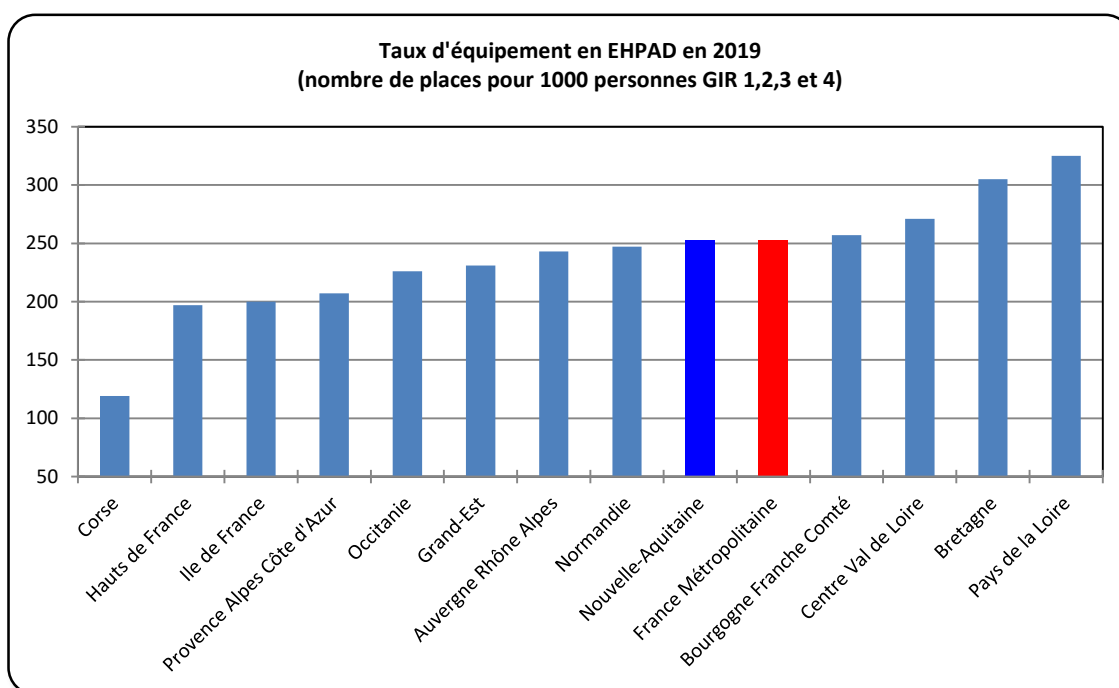
Le nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus augmenterait de 89 % entre 2030 et 2050. A cette date, un senior sur deux aurait 75 ans ou plus et un sur cinq au moins 85 ans. Le taux de dépendance moyen régional, quasi-stable pendant la période 2016-2030, s'élèverait de plus d'un point pour atteindre 16,6 % en 2050.

Equipements actuels en hébergement et en services

▪ Couverture des besoins au domicile et en établissements

Le nombre de places installées dans les EHPAD néo aquitains s'élève en 2019 à 71 233. En considérant le nombre de personnes en dépendance sévère (77 373 individus classés en GIR 1 et 2), donc susceptibles d'être pris en charge en EHPAD, les besoins potentiels ne seraient pas tous couverts par l'offre existante. Le développement de l'offre en services renforcés à domicile, la question plus globale de l'évolution du reste à charge pour l'usager (coût financier) influenceront également sur les choix des personnes et de leur proches.

En élargissant au nombre de personnes âgées dépendantes (personnes classées en GIR 1, 2, 3 et 4), soit environ 280 000 personnes (2019) en Nouvelle-Aquitaine, le taux d'équipement s'établit à 253 (taux identique au taux métropolitain). Ce taux place la région en 5^{ème} position (classement des 13 régions par ordre décroissant du taux d'équipement).



Il convient de noter les disparités de ce chiffre régional : le taux d'équipement varie en effet de 207 en Haute-Vienne à 337 dans les Deux-Sèvres.

Départements	Taux d'équipement en EHPAD en 2019 (nombre de places pour 1 000 personnes GIR 1,2,3 et 4)	Taux d'équipement en SSIAD en 2019 (nombre de places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus)
Charente	269	21
Charente-Maritime	259	19
Corrèze	236	26
Creuse	273	34
Dordogne	238	21
Gironde	244	18
Landes	241	19
Lot-et-Garonne	240	22
Pyrénées-Atlantiques	236	18
Deux-Sèvres	337	20
Vienne	297	19
Haute-Vienne	207	29
Nouvelle-Aquitaine	253	21
France Métropolitaine	253	20

Toutefois, en comptabilisant l'ensemble des établissements accueillant les personnes âgées (résidences autonomie majoritairement, unités de soins de longue durée, autres établissements, tout en excluant les centres d'accueil de jour autonome), l'offre totale institutionnelle en Nouvelle-Aquitaine s'établit à 86 724 places pour environ 282 000 personnes en perte d'autonomie.

Enfin, en comptabilisant l'ensemble de l'offre en établissements et en considérant le nombre de places de SSIAD et de SPASAD pouvant prendre en charge les personnes âgées souhaitant rester à leur domicile, le nombre total de places s'élève à un peu plus de 100 000 places dans notre région. Celui-ci est bien inférieur au nombre total de personnes dont le GIR est de 1 à 6 (soit un peu plus de 1 800 000 individus en Nouvelle-Aquitaine). *(Tous les chiffres sont issus de la circulaire CNSA du 24 septembre 2021 (annexes) : année 2019).*

■ Projection de l'évolution des besoins par territoire

Douze portraits de territoires permettant à chaque département de mettre en exergue la situation des établissements au regard d'un certain nombre d'indicateurs ont été réalisés dans le but de compléter l'état des lieux des établissements et services structurant le parcours de la personne âgée.

Ces portraits de territoires ont été réalisés pour les structures du volet « personnes âgées » de la région (EHPAD, SSIAD et SPASAD).

Les indicateurs suivants ont été calculés à partir des données du tableau de bord de la performance (campagnes 2021 et 2020) :

- Données immobilières (ratio de chambres individuelles, ratio de M2 par lit, âge du bâtiment, consommation en kWh/M2 /an)
- Données « Activités » (taux d'occupation 2019 et 2020)
- Données « Ressources humaines et qualité de vie au travail » (taux d'absentéisme, de rotation des personnels, d'ETP vacants, engagement de la structure dans une démarche de QVT)
- Données « Qualité » (gestion des risques et de lutte contre la maltraitance, démarche d'évaluation continue, évaluations internes/externes)

Chacun des indicateurs donne lieu à une cotation qui permet donc de cibler les structures plus en fragilité. Afin de rendre ces portraits de territoires plus lisibles, ces quatre thématiques ont été synthétisées en ne reprenant que les cotations.

D'autres données ont également été ajoutées mais ne font pas l'objet d'une cotation :

- Places habilitées à l'aide sociale départementale
- Répartition des effectifs (Equivalents Temps plein notamment des professionnels soignants)
- Pratiques de l'ESMS en matière de développement durable (politique d'achat, de gestion des déchets...)
- Données financières (résultats, capitaux propres, trésorerie...)

Ces portraits de territoires se composent également de cartographies départementales et/ou régionales, permettant de visualiser l'offre sur le territoire (les dispositifs spécialisés Alzheimer au regard de la part des ALD 15 dans la population des 75 ans ou plus, accueil de jour et hébergement temporaire au regard de la part des 75 ans ou plus...)

Ces travaux permettent de poser un premier diagnostic sur l'état de l'offre au sein de la Nouvelle-Aquitaine. Chaque document a été présenté au sein des territoires pour partager les constats ou les ajuster.

Certaines données, comme l'analyse des taux d'occupation pour l'année 2020 doit tenir compte de l'impact de la crise sanitaire sur les admissions en EHPAD et la fermeture de certains accueils de jour.

Annexe 1 : état des lieux régional

ATTENTES DE LA POPULATION QUANT A LA PRISE EN CHARGE DE L'AUTONOMIE

Quelles évolutions socio-démographiques, attentes et besoins ?

L'EHPAD s'inscrit au sein d'un territoire, dans un environnement économique et social. Il doit être un lieu de vie avant d'être un lieu de soins. Toutes les conditions doivent être créées pour permettre aux résidents de se sentir chez eux, « comme à la maison », d'y satisfaire leur besoin d'habiter et pas seulement d'y être hébergés, et d'y vivre à leur manière avec des organisations qui s'organisent en fonction de leurs attentes et de leurs besoins.

La transition démographique d'ici 2030, doit amener à repenser l'accompagnement des aînés tout au long de leur parcours de vie : de la prévention de la perte d'autonomie, à la prise en charge quand des incapacités apparaissent. Cet accompagnement doit être global et évolutif en fonction des besoins des personnes et de leurs souhaits.

Il est nécessaire d'anticiper les futurs besoins des territoires afin que les personnes âgées et leurs aidants trouvent un panel d'offres de services répondant à chaque étape de leur parcours de vie et des besoins correspondants. Le principe du libre choix de la personne quant à son lieu de vie et de prise en soin constitue un préalable à toute prise de décision.

Dans une démarche de prévention, l'accompagnement au bien vieillir doit s'inscrire dans le parcours des seniors dès 60 ans. Le projet régional de santé (PRS) de Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 s'est ainsi fixé comme première priorité, le soutien à la prévention, au dépistage et au traitement de la fragilité des personnes âgées à un stade précoce, afin de repousser la survenue de la dépendance et de maintenir la qualité de vie au domicile le plus longtemps possible. Des travaux sont en cours pour renforcer la dimension de prévention et de promotion de la santé dans le parcours des seniors à partir de 60 ans et faciliter l'accès de tous au repérage de la fragilité.

Au-delà du repérage de la fragilité, la culture de la prévention de la perte d'autonomie doit être présente tout au long de l'accompagnement des personnes âgées. Elle doit aussi s'étendre à la situation des proches aidants. Cette évolution nécessite de développer, au même rythme et en juste proportion, les espaces de « respiration » et de soutien indispensables, avec un objectif de maintien en santé et de prévention de l'épuisement des proches aidants. L'effort doit non seulement être quantitatif – augmenter les capacités d'accueil temporaires en établissement, financer le répit à domicile - mais aussi qualitatif – diversifier et moduler les solutions de répit pour répondre à tous les types de besoin, expérimenter des dispositifs innovants.

Tenant compte du libre choix de la personne âgée, le maintien ou le retour vers le milieu de vie domiciliaire doit pouvoir être une alternative proposée ; toute autre alternative ne doit être envisagée que lorsque la complexité de la situation devient incompatible avec la sécurité de la personne.

La coordination voire l'intégration au niveau territorial des différents dispositifs existants pour les personnes âgées, à domicile ou en établissement, devra permettre de répondre à l'augmentation du niveau de dépendance des personnes : services autonomie à domicile demain, EHPAD « centre de ressources territoriaux », astreintes d'IDE de nuit, places d'hébergement temporaire et d'urgence en EHPAD, hospitalisation à domicile (HAD), plateformes de répit (PFR), dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

L'EHPAD de demain doit concourir à cette offre spécialisée, à travers la mise à disposition de ressources gériatriques aux personnes âgées de son territoire. L'EHPAD, ouvert sur le territoire, peut être présent à différentes étapes du parcours de la personne âgée sans en être la finalité.

LA STRATEGIE REGIONALE D'INVESTISSEMENT DEDIEE A L'AUTONOMIE

I. PRINCIPES DIRECTEURS ET PRIORITES

Le plan d'investissement du Ségur de la santé vise à répondre au mieux aux besoins des personnes âgées de Nouvelle-Aquitaine en prenant en compte leurs souhaits, notamment celui de rester à leur domicile le plus longtemps possible. Ceci plaide pour le renforcement de stratégies de maintien au domicile plutôt que pour la création de nouveaux établissements.

Dans cet objectif, la stratégie régionale d'investissement portera un objectif de transformation de l'offre à destination des personnes en perte d'autonomie et de leurs aidants.

Elle reposera sur les principes suivants :

- **La création d'une nouvelle génération d'EHPAD, caractérisée par le sentiment d'être chez soi, l'ouverture sur le quartier ou l'environnement proche, un haut niveau de médicalisation, un modèle économique viable et une conception qualitative adaptée aux différents besoins.**
- La priorisation des reconstructions ou opérations lourdes pour des territoires où l'offre en hébergement permanent est plus restreinte,
- Le développement d'EHPAD ressources pour la population et les professionnels dans les territoires en déficit d'offre de services en soutien au domicile,
- La conversion de places d'hébergement permanent en accueil de jour, en hébergement temporaire, en nouvelles modalités d'intervention hors les murs,
- Le rééquilibrage de l'offre entre les territoires, le cas échéant, en cas d'offre manifestement excédentaire.

Ces priorités structurantes pour le volet régional dédié à l'autonomie, s'inscrivent dans le cadre de la demande sociétale et dans les axes nationaux de transformation de l'offre pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

II. PRESENTATION DES ATTENDUS NATIONAUX

PRIORITES NATIONALES	DETAIL DES ATTENDUS
Le sentiment d'être chez soi	L'EHPAD est avant tout un lieu de vie, dans lequel les résidents sont chez eux ; l'EHPAD constitue leur domicile. Cette évidence qui doit être au cœur du projet d'établissement doit aussi être traduite et facilitée par la conception des nouveaux bâtiments des EHPAD, comme le rappelle par exemple le récent rapport « <i>L'EHPAD du futur commence aujourd'hui</i> » du groupe de réflexion « Matières grises ». Ainsi, une vigilance particulière doit être apportée aux surfaces dédiées aux espaces privés, adaptées aux besoins d'intimité des personnes accueillies et au projet de l'établissement. Le sentiment d'être chez-soi passe aussi par une conception permettant la personnalisation, la mise en valeur et en visibilité d'autres aspects que le lit et prend en compte avec attention les conditions dans lesquelles les personnes accueillent leurs proches. L'ensemble de l'organisation spatiale projetée, en cohérence avec le projet d'établissement, facilitera ce sentiment du chez-soi et sera propice au maintien d'une sociabilité choisie avec les autres résidents, mais aussi naturellement aux temps de vie et de partage avec les proches. Enfin, dès lors que les nouvelles technologies sont indispensables au maintien des liens sociaux ou à la prévention de la perte d'autonomie, comme éprouvé pendant la période de crise sanitaire de la Covid-19, les logements en EHPAD seront conçus en intégrant ces besoins et les usages qui en découlent.
L'ouverture sur l'extérieur	Il s'agit d'ouvrir l'établissement à son environnement proche afin d'intégrer les personnes accueillies dans la ville ou le village, sensibiliser l'environnement social à l'accueil des personnes âgées et créer les conditions d'un enrichissement mutuel. L'établissement s'appuie alors sur les ressources de l'environnement. L'ouverture vers l'extérieur permet le maintien du rôle social des résidents dans la cité et de leurs liens avec leur environnement habituel (les commerçants, les associations, les loisirs). Elle permet également d'améliorer la perception de celui-ci par le grand public, la population locale et les familles. Enfin, cette ouverture doit également permettre de mettre en valeur vis-à-vis de l'extérieur la qualité du travail des équipes et des prestations proposées aux résidents. La participation des résidents à la vie sociale locale est directement liée au projet d'établissement ; la conception-même des lieux qui peut accueillir des activités extérieures aux missions de l'EHPAD, est un facteur d'ouverture sur l'extérieur. L'ouverture de l'établissement sur son environnement de proximité est d'autant plus intéressante que sa localisation est proche des atouts du territoire : proximité avec un bassin de vie, avec les commerces, avec les transports en commun, avec les lieux de vie associative, culturelle, éducative, sportive, etc. Autant que cela est possible, les localisations favorables à l'inclusion dans la cité seront encouragées, y compris par la mixité d'opérations entre logements traditionnels et EHPAD, et ceci dans le cadre de démarche associant le voisinage en vue de favoriser l'accessibilité universelle. Les communes et intercommunalités constituent des partenaires de premier ordre dans le cadre de ces opérations immobilières. Les établissements devront étudier la possibilité d'offrir des espaces partagés avec leur

	quartier et leur ville dans la conception de leur projet : ▪ des tiers lieux permettant des activités aussi bien pour l'établissement que pour le quartier et la ville : jardins partagés, locaux d'activités partagés, etc. ▪ des commerces permettant une fréquentation aussi bien par les résidents et leur famille que par les habitants de la ville et du quartier : restauration, coiffure, alimentation, presse, etc. ▪ des services publics, en veillant à éviter la simple juxtaposition et coexistence mais en visant à permettre le partage et les échanges : crèche, médiathèque, etc. ▪ des tiers-lieux, qui font l'objet d'un appel à projets dédiés et sur lesquels le laboratoire des solutions de demain, piloté par la CNSA, proposera des outils dédiés à l'aide à la conception.
La facilitation des soins	Favoriser le maintien à domicile va impliquer des pratiques d'entrée en institution modifiées, dans lesquelles la vocation des EHPAD est de garantir un haut niveau de prise en soin adapté à un public présentant davantage de pathologies, notamment neuro-évolutives, et un besoin élevé d'accompagnement dans l'autonomie (cf. rapport de Claude Jeandel et Olivier Guérin de juin 2021 sur les unités de soins de longue durée (USLD) et les EHPAD). Les établissements doivent intégrer les espaces et équipements essentiels aux soins appropriés aux besoins des personnes accueillies et faire cela dans le respect du sentiment d'être chez soi. Cela suppose de veiller à une bonne articulation mais aussi différenciation entre les espaces de vie et les espaces de service / de soins et à la discrétion des équipements nécessaires aux soins. Les technologies de télémédecine et de télé-régulation doivent y avoir leur place, en cohérence avec le programme Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) numérique. Les projets de service et l'organisation spatiale doivent être adaptés aux spécificités des publics accueillis et à la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques fondées sur les preuves qui s'y rapportent, notamment en ce qui concerne les personnes avec troubles neuro-évolutifs désormais largement majoritaires parmi les nouvelles admissions, mais également selon les spécificités des projets d'établissement, les personnes handicapées vieillissantes, les personnes en situation de précarité ou porteuses de troubles spécifiques. Ainsi, les Pôles d'activités et de soins adaptés (aux résidents de maladie neurodégénératives) devront se généraliser et être intégrés aux projets architecturaux afin de créer un environnement confortable, rassurant et stimulant pour les résidents. Ces espaces doivent offrir des lieux de vie sociale pour le groupe, notamment pour l'accueil des familles et proposer une ouverture sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse sécurisés, librement accessibles aux résidents. Au-delà de la facilitation de la prise en soin pour les résidents et les professionnels de l'établissement, l'organisation spatiale de l'EHPAD devra intégrer l'ouverture sur l'extérieur également dans l'organisation des soins, facilitant les coopérations nécessaires à la continuité des soins (intervenant extérieurs médicaux et paramédicaux) et notamment les soins spécialisés nécessitant des expertises extérieures (équipe mobile gériatrique ou gérontopsychiatrique ou de soins palliatifs, HAD...). Dans une perspective de complémentarité, de coopération avec le secteur du domicile et avec le secteur sanitaire, l'intégration sur site ou en proximité directe des locaux de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) / services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), hospitalisation à domicile (HAD), mais aussi de maisons de santé pluriprofessionnelles ou de cabinets d'exercice libéral, etc. pourra être intégrée.
La viabilité économique	La viabilité économique des projets suppose d'une part un tarif hébergement acceptable pour les familles et pour les conseils départementaux, dès lors qu'ils fixent le tarif des places habilitées à l'aide sociale, et d'autre part un équilibre économique projeté, dans le cadre d'une

des projets	occupation optimisée, permettant de dégager l'autofinancement nécessaire à l'entretien du patrimoine. Différents modèles d'organisation sont en capacité aussi bien de trouver un modèle économique viable que de favoriser la qualité de vie des résidents et des professionnels. Aussi, il ne s'agit pas de promouvoir un modèle unique (en termes d'organisation bâtementaire, de tailles d'établissement, de ratio espace collectif/espace privé) mais de demander aux gestionnaires de faire la preuve de la pertinence du projet au regard de la viabilité économique, des besoins des publics accompagnés et des professionnels qui y travaillent. La créativité, l'innovation et les expérimentations doivent pouvoir y trouver leur place. Ce sujet fera l'objet d'un approfondissement par le laboratoire des solutions de demain (CNSA).
Une qualité de la conception s'appuyant sur des études préalables solides et sur les bonnes pratiques fondées sur les preuves	Concernant la qualité de conception des projets, elle nécessite de s'appuyer sur des études préalables solides, en particulier un projet d'accompagnement et une programmation architecturale des usages, préalable au programme technique détaillé. Ces études préalables doivent mobiliser la participation de l'ensemble des parties prenantes, par exemple avec l'aide d'une « assistance à maîtrise d'usage » : futurs habitants et familles / proches, professionnels, habitants du quartier... La conception doit également s'inscrire dans le respect des bonnes pratiques de conception fondées sur les preuves, recensées dans les publications et revues de littérature sur le sujet². Les bâtiments doivent s'inscrire au minimum dans le respect des réglementations énergétiques actuelles³. Les réhabilitations devront rechercher un niveau d'éco responsabilité le plus élevé possible afin de limiter l'impact carbone du bâti et de l'activité humaine qui s'y déroule.

² Voir par exemple : <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2020/>

³ En particulier le « Décret n° 2019-771 du 23 juillet 2019 relatif aux obligations d'actions de réduction de la consommation d'énergie finale dans des bâtiments à usage tertiaire » et la Réglementation Thermique 2020

III. LES ORIENTATIONS REGIONALES POUR LA TRANSFORMATION EN PROFONDEUR DES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN DE L'AUTONOMIE

Les orientations régionales retenues reposent sur le principe suivant : « ***des projets immobiliers au service de la population âgée et de ses aidants s'inscrivant dans une approche transversale et territorialisée des politiques de santé*** ».

3.1 Principe général :

A partir de l'analyse de l'offre territoriale existante et des projections démographiques, les projets prioritairement soutenus devront présenter des opérations d'investissement porteuses de transformations de l'offre, correspondant aux besoins du territoire. Dans cette perspective, une réflexion devra être portée sur la diversification de l'offre permettant de répondre aux attentes de la population afin de faire évoluer des places, le cas échéant en accueil de jour, ou hébergement temporaire ; afin également de développer des dispositifs adaptés. Le projet architectural devra intégrer les conditions pour mettre en œuvre une activité de PASA ainsi qu'une sectorisation des bâtiments pour notamment prévoir une unité protégée.

Il est attendu des porteurs de projet qu'ils développent un volet sur le développement durable au sein des projets. Il convient, notamment, de prévoir des actions relatives à la transition énergétique, au bâti, aux environnements extérieurs, à la gestion de l'eau, des déchets, aux transports, aux achats, etc. En ce sens, l'ARS invite d'ores et déjà les porteurs de projet à développer une stratégie en matière d'achats durables ainsi qu'à envisager le recyclage des équipements.

La procédure pour les établissements pour déposer un dossier de demande d'aide est encadrée par une instruction annuelle de la CNSA. Les porteurs doivent compléter un dossier type. L'ARS NA a souhaité constituer une annexe régionale complémentaire, intégrant des questionnements davantage liés à la stratégie régionale. Les porteurs doivent intégrer les orientations régionales dans leur projet. Les dossiers seront téléchargeables sur le site de la CNSA et de l'ARS NA.

En effet, cette stratégie nous amène à ne plus retenir l'organisation d'appels à projets annuels avec des fenêtres de dépôt de dossier limitées à une partie de l'année. Les orientations territorialisées sont précisées et doivent permettre aux porteurs de les intégrer.

3.2. Les priorités d'investissement

Les projets doivent intégrer systématiquement des enjeux de transformation de l'offre attendue au niveau des territoires. Au regard des besoins projetés de la population et de l'offre existante dans les territoires, les priorités concerneront :

- des reconstructions ou opérations lourdes pour des territoires où l'offre en hébergement permanent est plus restreinte,
- le développement d'EHPAD ressources pour la population et les professionnels dans les territoires en déficit d'offre domicile,
- la conversion de places d'hébergement permanent en accueil de jour, hébergement temporaire, modalités d'intervention hors les murs,
- le rééquilibrage de l'offre entre les territoires le cas échéant en cas d'offre manifestement excédentaire.

Pérenniser les pôles ressources de proximité (PRP) et développer les centres ressources territoriaux

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a développé, à l'origine sur le territoire limousin, un concept d'EHPAD pôle ressources de proximité (une centaine d'EHPAD concernés), agréant des services susceptibles d'être rendus au-delà de l'EHPAD lui-même, qui doit dépasser son cadre traditionnel d'intervention, en particulier développer des actions de prévention de la perte d'autonomie ouvertes à la population. Pour bien fonctionner, ce type de dispositif doit disposer de plusieurs caractéristiques et, notamment, couvrir une zone géographique clairement définie avec une dynamique territoriale en lien avec les pouvoirs publics et des partenaires associés.

Ce dispositif expérimenté à l'échelle régionale doit continuer d'être soutenu et s'intégrer dans la démarche nationale introduite par l'article 47 de la LFSS2022 donnant la possibilité aux EHPAD d'assurer une nouvelle mission de « centre ressource territorial ».

50 EHPAD finançables au plan national pour une enveloppe de 20 millions d'€ en 2022 et une montée en charge prévue jusqu'en 2024 ; l'objectif à terme est d'en avoir à minima un par département.

L'EHPAD « centre de ressources » peut se définir comme un lieu d'organisation, de coordination et d'optimisation des ressources d'un territoire dans une logique de services aux personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un fort maillage avec l'ensemble des professionnels du territoire. La démarche requiert donc un diagnostic préalable des ressources du territoire (connaissance des acteurs, de l'écosystème territorial et partenarial) au-delà des spécialistes du grand âge.

L'EHPAD « centre de ressources » mobilise ainsi les compétences du plateau technique que représente l'établissement, pour les déployer vers l'extérieur, le positionnant ainsi comme une plateforme de ressources pour le domicile. Il s'agit d'une offre complémentaire, structurée, permettant une plus-value à l'accompagnement à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie et de ses proches aidants.

Ce nouveau modèle, s'appuyant sur le support de l'EHPAD, a pour objectif d'offrir une palette élargie de services médico-sociaux (soin, aide à domicile, accompagnement, mobilité, prévention), à destination des personnes âgées et de leurs aidants, selon deux principales modalités :

- « Dans les murs » : un centre de ressources pour le territoire. L'EHPAD peut faire venir dans ses locaux d'autres personnes que les résidents et leurs proches. Les professionnels du territoire bénéficient ainsi de ses ressources (locaux, plateaux techniques, compétences...). Enfin, des personnes âgées à domicile ou des aidants peuvent bénéficier des ressources de l'établissement (consultations de spécialistes, téléconsultation, repas collectifs, actions de prévention, repérage de la fragilité, etc.).
- « Hors les murs » : un accompagnement renforcé à domicile. L'EHPAD pourra également proposer un accompagnement renforcé hors de ses murs à des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif pour pouvoir rester à domicile (GIR 1 à 4). Cet accompagnement s'organisera en partenariat avec les futurs services autonomie à domicile (SAD), qui proposeront à la fois des prestations d'aide et de soins.

Structurer et renforcer l'offre de répit envisagée comme un soutien au domicile à partir des EHPAD

Prenant acte du rôle majeur des proches aidants dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, en particulier à domicile, mais également de leur fort risque d'épuisement, la Stratégie nationale « Agir pour les aidants » confie aux ARS la mise œuvre d'un plan de renforcement et de diversification des solutions de répit, adossé à un financement – au niveau national - de 52.55 M€ sur 3 ans (2020-2022).

En Nouvelle-Aquitaine, 4 025 428 € - dont 3 126 622 € pour le secteur « personnes âgées » - sont ainsi délégués à l'ARS pour étoffer et diversifier l'offre de répit. Environ un tiers de cette enveloppe sera consacré au renforcement de l'offre d'accueil temporaire, ce qui permettra de créer environ 100 places d'hébergement temporaire (HT), d'accueil de jour (AJ) ou d'accueil de nuit.

Ces mesures nouvelles doivent être octroyées dans le cadre de travaux globaux d'adaptation, de structuration et/ou de repositionnement de l'offre d'accueil temporaire dans les territoires, appuyés notamment sur les portraits de territoires réalisés dans le cadre du SRI, sur les diagnostics territoriaux réalisés par les conseils départementaux pour leur schéma d'organisation sociale et médico-sociale et sur ceux établis par les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Plusieurs lignes directrices doivent guider ces travaux :

- la nécessité de repenser l'accueil temporaire en premier lieu comme un dispositif de soutien au domicile. L'accueil de jour ou l'hébergement temporaire doivent permettre de faire face aux situations dans lesquelles le soutien à domicile est momentanément compromis (isolement, travaux dans le logement, besoin de répit des proches aidants, hospitalisation de l'aidant, etc.). Il peut également représenter une transition après une hospitalisation pour faciliter et préparer le retour à domicile. Enfin, il peut participer à retarder puis, le cas échéant, à préparer l'entrée en établissement d'hébergement permanent. Cette orientation doit amener à proposer des modalités d'organisation innovantes, plus souples et plus individualisées : AJ « hors les murs », à domicile, en distanciel, itinérant ; accueil de nuit ou de soirée ; accueil régulier ou occasionnel, à temps plein ou séquentiel ; extension des plages horaires d'ouverture...

- la nécessité de compléter, consolider ou rééquilibrer l'offre existante. Les créations de places devront donc se faire en priorité dans les départements les moins bien dotés par rapport à la moyenne régionale (Charente-Maritime, Corrèze, Creuse, Dordogne, Landes, Lot-et-Garonne et Pyrénées-Atlantiques) mais également dans les infra-territoires sous-équipés. Le recours à l'accueil de jour itinérant ou partagé peut ainsi être préconisé pour couvrir des zones blanches. A l'échelle des établissements, il s'agit de compléter l'offre existante de manière à créer des filières de répit et de soutien au domicile complètes : AJ/HT/HTU/PFR...
- la nécessité de donner la priorité à des projets structurants de manière à garantir et faciliter la mise en œuvre de projets de service spécifiques et de formules d'accueil souples, voire « à la carte ». Ainsi, les projets d'hébergement temporaire disposant d'un seuil suffisant de places (au moins égal à celui en vigueur pour l'accueil de jour) seront à privilégier, de même que les projets de type maison d'accueil temporaire regroupant les différentes modalités (accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire voire PFR) avec une capacité minimale de 15 à 20 places.

Une nécessaire adaptation des locaux

La qualité de l'architecture et l'adaptation des locaux influent directement sur la prise en charge (organisation des bâtiments, taille des chambres, présence de douches, chambre individuelle) des résidents ainsi que sur la qualité des conditions de travail des professionnels.

Les locaux doivent prendre en compte la diversité, la sécurité et le respect des droits des publics accueillis. L'organisation des espaces en unités de vie doit être intégrée au sein des projets architecturaux, permettant de prendre en compte des besoins spécifiques en lien avec le projet médical. Les résidents atteints de troubles neurocognitifs représentant près de la moitié des *entrants*, des unités spécifiques doivent être pensées pour les résidents avec une dépendance psycho-cognitive associée ou non à des troubles du comportement (éviter les espaces de déambulation circulaire favorisant la désorientation des personnes, privilégier les espaces contenant). Ces unités peuvent s'inspirer des cahiers des charges des PASA et des UHR. *Le rapport des Pr Jeandel et Guérin, ainsi que la conférence nationale des directeurs d'établissements, préconisent de ne pas dépasser 14 chambres dans ces unités et 20 chambres dans les autres unités.* Cette organisation par unité de vie permet un accompagnement plus personnalisé ainsi qu'une meilleure gestion des situations de crise ; lorsqu'elle est spécifique, à certains publics porteurs de troubles du comportement notamment, elle facilite l'organisation et la mise à disposition de compétences spécialisées adaptées aux besoins des résidents selon les profils accueillis.

Par ailleurs, les données issues de validation PATHOS des EHPAD objectivent une augmentation de la charge en soins et un renforcement nécessaire de la médicalisation des EHPAD. Le plateau technique doit pourvoir à ces constats, notamment en termes d'équipements de rééducation (salle de rééducation), de téléconsultation, d'espaces de stimulation cognitive ou d'apaisement. Ce plateau technique doit être ouvert sur l'extérieur : accueillir l'intervention de professionnels extérieurs (conventionnement avec les acteurs locaux, établissements publics, privés, associatifs ou cabinets libéraux, CPTS) pour les résidents de l'établissement ainsi que pour les personnes âgées du territoire.

Les enseignements relatifs à l'impact de l'architecture dans la gestion des crises sanitaires doivent également être intégrés dans les projets : SAS à l'entrée, unités de vie, circulations, vestiaires et locaux des personnels.

Enfin, les locaux et leur équipement (rails plafonniers, par exemple) devront garantir aux professionnels une qualité des conditions de travail, et de vie au travail permettant d'améliorer l'attractivité des métiers. La conception des bâtiments doit être réfléchie à la fois pour optimiser l'organisation de toutes les équipes et l'accompagnement pour incarner une ouverture sur le territoire.

Une hétérogénéité des publics à accompagner avec les compétences adaptées

À côté de la généralisation des prises en charge dédiées aux maladies neurodégénératives, la population accueillie en EHPAD est hétérogène. Les besoins des résidents étant évolutifs au cours du temps, les EHPAD de demain doivent prévoir dans leur projet d'établissement et leur projet médical une adaptabilité des réponses apportées tout au long du parcours. Cette adaptabilité ne peut être permise que par une révision régulière des projets de vie individuels personnalisés et des projets de soins adaptés et mis en œuvre par des personnels formés. Le plan de formation doit être en cohérence avec les projets de soins que les professionnels devront mettre en œuvre auprès des résidents.

L'EHPAD doit s'inscrire dans la filière gériatrique du territoire (court séjour gériatrique, USLD, SSR, HAD) et consolider ses liens avec les équipes mobiles de gériatrie, d'hygiène, de soins palliatifs ou de psychogériatrie, notamment au travers de conventions de collaboration mais également d'outils de coordination et de partage d'informations sécurisés (messagerie sécurisée, dossier usager informatisé, e-prescription).

De manière générale, la démarche qualité et de gestion des risques doit être renforcée au sein des établissements. Les évaluations internes et externes doivent associer les professionnels et les résidents.

Les projets pouvant prétendre à une aide PAI doivent répondre aux critères suivants :

- En termes d'éligibilité :

Conformément à l'instruction PAI, seuls les établissements et services habilités à l'aide sociale peuvent bénéficier d'une aide à l'investissement. Cette aide porte sur les travaux concernant les capacités existantes pour les seules capacités autorisées et habilitées à l'aide sociale. Les travaux réalisés dans les structures pour personnes âgées dont les capacités sont partiellement habilitées à l'aide sociale sont éligibles à due concurrence de la proportion des places habilitées. L'aide sera donc calculée proportionnellement au nombre de places habilitées. Les structures éligibles à une aide PAI correspondent aux établissements et services mentionnés à l'article L314-3-1 du CASF.

- En termes d'intégration des enjeux environnementaux :

Les attentes en matière de qualité environnementale et de décarbonation sont mentionnées dans le tableau des priorités nationales et des attendus régionaux pour intégration dans les projets immobiliers.

Il s'agit, pour les projets prioritaires, c'est-à-dire dont le besoin est avéré (besoin technique-vétusté, inadaptation, adaptation de l'offre) et dont la faisabilité est confirmée (technique, financière, calendaire), de favoriser les démarches d'éco-conception et de construction à haute qualité environnementale et d'inciter les promoteurs à s'y engager, notamment par le biais des modalités financières d'accompagnement. En cela, la performance environnementale n'est pas tant une priorité qu'un objectif assigné aux porteurs de projets. Selon le niveau de performance, une bonification de l'aide pourra être apportée.

Les critères d'analyse sont les suivants. Les établissements seront invités à renseigner dans une annexe dédiée et à justifier leurs assertions, ce qui permettra de juger si le critère décrit est atteint de manière forte, moyenne ou faible et d'étudier le bénéfice, d'une bonification financière.

1. Engagement de l'établissement dans une démarche de décarbonation / de performance environnementale / de développement durable
 - prévision d'obtention d'un label développement durable / responsabilité sociétale
2. Prévision pour le projet de restructuration / construction neuve d'une démarche de performance environnementale / de développement durable
 - Concernant l'organisation du projet de restructuration / construction neuve :
 - Désignation d'une AMO DD spécialisée pour encadrer le projet
 - Labellisation envisagée
 - Concernant le bâti :
 - Recours à des filières locales (matériaux bio-sourcés ou recyclés)
 - Conception bioclimatique pour garantir un confort d'été
 - Gestion/réutilisation des eaux pluviales
 - Gestion des déchets-recyclage (surfaces de stockage intérieures et extérieures)
 - Qualité de l'air intérieur

- Concernant la performance énergétique :
 - Audit énergétique en cas de restructuration
 - Actions pour les réductions de consommation énergétique et le confort d'été en cas de restructuration
 - Energies renouvelables
 - En cas de construction neuve, fait d'aller au-delà des obligations réglementaires en matière de performance énergétique et de stratégie bas carbone (anticipation de la RE2020 ou davantage)
- Concernant les espaces extérieurs et l'environnement :
 - Insertion de la construction dans l'environnement proche
 - Besoins en matière de déplacements, mobilités douces, transports collectifs
 - Imperméabilisation des sols et maîtrise des eaux pluviales

Si les critères d'analyse de l'engagement des ESMS en matière de développement durable et de performance environnementale relèvent au début de cette SRIS de l'auto-déclaration, ces derniers ont vocation à devenir davantage contraignants au fur et à mesure de l'évolution des outils et doctrines nationaux et régionaux disponibles (par exemple, référentiel écoresponsable pour l'hébergement en ES/ESMS, autres labels ou formes de reconnaissance). Ainsi, les critères comme leurs modes d'évaluation seront revus au cours de la mise en œuvre de la SRIS.

Bon nombre de projets à instruire au titre de l'année 2022 étant déjà au stade de la conception, la prise en considération de l'ensemble des critères sera pleinement effective dès la programmation 2023, même si le mécanisme de bonification environnementale est mis en place dès cette année 2022.

- Sur le plan de la soutenabilité financière :

Les projets immobiliers doivent être prioritairement financés dans le cadre du fonctionnement courant des établissements et services. L'appui à l'investissement pourra être mobilisé pour les projets présentant un impact important dont les surcoûts générés ne pourraient être supportés par l'établissement ou présenter une évolution importante sur le prix de journée (tarif hébergement).

PRIORITES NATIONALES	DECLINAISON DES PRIORITES ET OBJECTIFS REGIONAUX	EVALUATION DE LA REPONSE AUX PRIORITES (indicateurs)
Le sentiment d'être chez soi	Objectif n°1 : Offrir aux résidents un lieu de vie s'adaptant à leur rythme de vie et à leurs souhaits : Transformation architecturale favorisant les petites unités permettant la personnalisation (mobiliers personnels, finition des chambres (de manière non uniforme, à titre d'exemple avec des revêtements muraux différents à favoriser) et l'adaptation du logement de façon à permettre le respect de l'intimité des personnes et la préservation des liens sociaux. La personne doit se sentir chez elle. Pour les constructions neuves, la taille minimale préconisée est de 22 m2 de surface utile, ainsi que pour les restructurations, si cela est techniquement possible, et si l'économie générale du projet le permet. Une dérogation est envisageable, selon étude au cas par cas par l'ARS, dans la négative, la fonctionnalité PMR demeurant en l'occurrence une nécessité. Le projet architectural (programme et conception) devra traduire les intentions d'aspect domiciliaire souhaitées selon les différents éléments susceptibles d'y contribuer : types de locaux, surfaces et forme des chambres et locaux, démultiplication des locaux communs, ambiance (couleurs, équipements hôteliers, éclairages, revêtements), discrétion des éléments liés aux soins, ... " Recueil des habitudes de vie et des choix des résidents et traduction dans le projet personnalisé actualisé au moins une fois par an. La domotique peut apporter du confort ou de prévention (sols détecteurs de chute, etc.). Favoriser l'implantation de places d'hébergement temporaire d'urgence après une sortie d'hospitalisation et / ou en cas de carence de l'aidant. « structurer une offre dense et accessible de services de soins infirmiers à domicile » → oui que les aides PAI pourraient ponctuellement soutenir (cf. plus loin)	Taux chambres individuelles (source TDB) : objectif cible 100% Comparaison EPHAD aidés/ EHPAD région

	Objectif 2 : Contribuer au virage domiciliaire en décroissant les interventions entre le domicile et l'établissement - Intégration de l'offre de service « pôle ressources de proximité » le cas échéant - Accompagnement au déploiement des « centres ressources territoriaux » dans les murs et hors les murs, en lien avec les futurs services autonomie à domicile - Aller à l'extérieur et développer des actions innovantes	Nombre d'EHPAD porteur d'un centre ressource territorial ou Pôle ressource de proximité Comparaison EPHAD aidés/ EHPAD région
	Objectif n°3 : Favoriser l'organisation des espaces en unité de vie à taille « humaine » adaptée aux différentes dépendances (unité entre 14 et 20 lits selon le public accueilli). L'intérêt d'unités spécifiques est d'offrir un projet spécifique d'accompagnement aux résidents, dans des conditions de sécurité en équilibre avec la liberté d'aller et venir. Ce projet doit être mis en œuvre par des professionnels en adéquation avec le profil des personnes accueillies dans l'unité. Dans ce cadre, le projet architectural constitue un facteur favorisant la qualité de l'accompagnement dans toutes ses composantes. Organiser les espaces : espaces privés / espaces collectifs / espaces de soins / espaces ouverts. Les projets doivent permettre la « discrétion » dans la visibilité des soins. Cela peut passer par des aménagements architecturaux fins et subtils (rails de transferts masqués, locaux de soins peu visibles à partir des locaux de vie...) et par un travail de maîtrise d'usage à engager avec les futurs utilisateurs (famille, CVS). Cette concertation avec les usagers est très importante dans la construction d'un projet immobilier. Elle permet de tenir compte des retours d'expérience. L'avis systématique des CVS est indispensable.	% de projets financés intégrant des locaux dédiés à l'accueil des familles (salons, espaces spécifiques, chambres d'accueil)
L'ouverture sur l'extérieur	Objectif 1 : Placer l'EHPAD au cœur de la « Cité » avec une vocation sociale et populationnelle, au-delà de sa vocation à héberger les personnes âgées (hors PPR/CRT et hors activité gériatrique) Localiser et implanter des établissements à proximité des autres services dans le territoire, avec une architecture adaptée à visée inclusive. - Rendre l'EHPAD offreur de services et centre ressource pour les habitants du bassin de vie d'implantation - Promouvoir les coopérations avec les collectivités locales, associations, écoles, crèches, acteurs économiques locaux en favorisant par exemple la création de tiers lieux - Intégrer l'habitat inclusif et les modalités d'hébergement intergénérationnel	% de projets financés intégrant des locaux dédiés à des activités avec des personnes extérieures à l'EHPAD : tiers lieux, ...

	- Dans la mesure du possible, implantation de tiers-lieux dans l'opération de travaux Concevoir des espaces ouverts aux personnes du quartier / du village : restauration, salon de coiffure, commerces, bibliothèques, animations, activités culturelles, ateliers prévention, ateliers mémoire	
	Objectif 2 : Transformer l'offre pour renforcer les dispositifs de répit en cohérence avec l'offre existante : - Proposer une offre d'accueil temporaire (hébergement temporaire, accueil de jour, accueil de nuit) souple et diversifiée en soutien des aidants des personnes âgées vivant à domicile et pour favoriser les transitions entre domicile et établissement ; créer de nouvelles places d'accueil temporaire éventuellement par transformation de l'offre d'hébergement permanent ; - Développer des actions de soutien aux aidants dans le cadre des EHPAD « centres ressources territoriaux », en lien avec les futurs services autonomie à domicile : formations, groupe de parole, offre de répit à domicile de quelques heures ou de plusieurs jours, séjours répit aidants-aidés...	% de places AJ/HT sur la capacité totale Comparaison EPHAD aidés/ EHPAD région
La facilitation des soins	Objectif 1 : Organiser des prises en charge adaptées aux personnes atteintes de troubles neuro cognitifs (maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées) ou avec des besoins spécifiques • Systématiser des unités spécifiques de 14 places maximum pour prendre en charge les résidents avec une dépendance psycho-cognitive associée à des troubles du comportement avec un projet architectural spécifique offrant un cadre contenant • Développer massivement les pôles d'activités et de soins adaptés • Construire un projet spécifique de soins ainsi que des projets de vie personnalisés adaptés. Permettre la participation des familles et prévoir un programme d'aide aux aidants	Taux d'EHPAD avec une unité de vie protégée (source TDB) % d'EHPAD avec PASA (source FINESS) Comparaison EPHAD aidés/ EHPAD région
	Objectif 2 : Intégration dans la filière gériatrique du territoire - Renforcer les coopérations avec les acteurs sanitaires : centres hospitaliers, astreintes gériatriques, équipes mobiles de gériatrie, équipes mobiles de gérontopsychiatrie, équipes mobiles de soins palliatifs, équipes mobiles d'hygiène, hospitalisation à domicile, maisons de santé, professionnels libéraux, CPTS - Favoriser l'accompagnement en soins au sein des établissements - Permettre une meilleure lisibilité des filières gériatriques à partir des projets médicaux partagés des territoires	Taux d'EHPAD ayant conventionné avec des équipes mobiles (source TDB) Comparaison EPHAD aidés/ EHPAD région
	Objectif 3 : Encourager les mutualisations et les coopérations inter-établissements (EHPAD, établissements	Partenariat avec des acteurs de

	et services sanitaires et médico sociaux) afin de : • Favoriser l'accès à un plateau technique adapté (consultations gériatologiques, spécialisées, salle de rééducation, salle de stimulation cognitive, téléconsultations) • Mutualiser les ressources (IDE de nuit) • Renforcer la coordination des parcours des personnes avec l'appui des DAC / PTA.	la coordination médico-sociale (source TDB) Comparaison EPHAD aidés/ EHPAD région
	Objectif 4 : Créer des parcours professionnels attractifs • Constituer des groupes d'échange de pratiques • Equiper les établissements des aides techniques disponibles afin d'améliorer la qualité de vie au travail • Intégrer la question du travail et de la concertation dans les projets d'investissement pour faciliter les dynamiques de qualité de vie au travail (documentation nationale de l'observatoire national de la QVT, production régionale)	Taux de rotation des personnels en % (source TDB)
	Objectif 5 : Intégrer la question du travail et de la concertation dans les projets d'investissements pour faciliter les dynamiques de Qualité de vie au Travail Un projet immobilier est aussi l'occasion de questionner les organisations permettant d'améliorer les conditions de travail et la qualité des soins. Pour accompagner les structures médico-sociales dans ces travaux, l'ARS NA a organisé un atelier dédié à cet enjeu, animé par l'ARACT et l'intervention des CARSAT : ▪ Le replay est disponible vers ce lien : https://www.nouvelle-aquitaine.aract.fr/thematiques/qualite-de-vie-au-travail/actions-de-l-aract-nouvelle-aquitaine-sur-la-qvt/870-integrer-la-question-du-travail-dans-les-projets-dinvestissement-retour-sur-notre-webinaire-du-26-novembre-2021 ▪ Les directions pourront retrouver les clés de compréhension ainsi que différents outils pour expérimenter des démarches de simulation et/ou d'outiller pour des projets de transformation. Qu'il s'agisse de la construction d'un nouveau bâtiment ou d'une rénovation, la conception des lieux ou des situations de travail présente des enjeux majeurs en matière de santé et de sécurité. Intégrer la prévention des risques professionnels lors de ces phases en amont est toujours plus efficace et plus efficiente. Cela permet d'éviter l'apparition de problèmes difficilement réversibles qui ne pourront être	Taux de maturité d'une démarche QVT (tableau de bord)

	atténués qu'au prix d'actions correctives, coûteuses et d'une efficacité limitée. Dans ce cadre, les CARSAT Aquitaine et Centre-Ouest apportent des préconisations pour aider techniquement les choix d'investissements en lien avec la QVT et la santé au travail via diverses fiches conseil. Elles sont toutes téléchargeable : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/actualites-qvt	
La viabilité économique des projets	Les porteurs devront démontrer la viabilité économique du projet dans le dossier. Le laboratoire des solutions de demain produira des études et préconisations.	Intégration de cette démonstration dans le dossier de demande d'aide
Une qualité de la conception s'appuyant sur des études préalables solides et sur les bonnes pratiques fondées sur les preuves	En amont des études architecturales, le promoteur devra, sauf cas particulier, étudier la faisabilité des diverses options : restructuration, extension, reconstruction sur site ou hors site. Ces études préalables, qui pourront le cas échéant faire l'objet d'une instruction financière au titre des procédures d'accompagnement PAI (accompagnement des études), traiteront des aspects techniques, financiers, calendaires et présenteront les divers scénarios envisageables avec, pour chacun, les avantages et inconvénients pressentis. Le choix, débattu avec les autorités de tarification et présenté pour avis devant le CVS, sera évidemment dicté par les contraintes techniques, financières et urbanistiques, mais visera à privilégier la solution répondant le mieux aux priorités de qualité de l'offre rappelées ci-dessus.	Mise à disposition de l'étude de faisabilité et motivation du scénario retenu Compte rendu de présentation devant le CVS
	Le promoteur choisira ensuite les modalités juridiques de montage de l'opération. Ce qui suit prend l'hypothèse que le promoteur est un pouvoir adjudicateur soumis aux dispositions du Code de la commande publique. En cas de maîtrise d'ouvrage externe (location), il s'assurera de la régularité des procédures avec les réglementations et la jurisprudence, si nécessaire en se rapprochant de l'ARS qui le mettra en contact avec les services adéquats (Service Fin Infra du ministère du budget). En cas de maîtrise d'ouvrage directe, il choisira la procédure (loi MOP ou marché incluant conception et réalisation), en lien avec son AMO. Il rédigera ensuite le programme détaillé de l'opération, la plupart du temps avec l'aide de l'AMO retenu (programmiste). La qualité du programme est déterminante dans l'adéquation de l'ouvrage aux attentes des utilisateurs et pour une bonne approche de l'estimation des coûts. Les services utilisateurs et, si possible des représentants des résidents ou des familles seront associés à la rédaction du programme. Une assistance à maîtrise d'usage (AMU) pourra à cet effet être mise en place pour faciliter la dimension sociale et participative du projet. Un AMO « Développement durable » pourra de surcroît être associé, afin de préciser et vérifier des exigences spécifiques aux aspects environnementaux.	

	Le maître d'ouvrage est invité, avant le choix du maître d'œuvre, à visiter des réalisations récentes de manière à en appréhender les caractéristiques et à échanger avec ses collègues (retour d'expériences).	
	Le choix du concepteur sera réalisé conformément aux dispositions du Code de la commande publique. Le maître d'ouvrage sera amené, au long des études de conception (esquisse, avant-projet, projet), à engager un dialogue permanent avec l'architecte afin de valider les phases de conception de la manière la plus éclairée.	Programme technique détaillé avec indications spécifiques en matière de travail sur la maîtrise d'usage et sur les exigences environnementales
La transformation numérique	Le numérique constitue un levier majeur pour accompagner la transformation du secteur de l'autonomie, notamment en facilitant les démarches des personnes accompagnées, en garantissant une meilleure équité de traitement sur tout le territoire, en contribuant à une implication plus importante de la personne comme acteur de son parcours, en favorisant la circulation d'informations entre professionnels tout en facilitant leur travail, la coopération et la coordination entre le sanitaire, le médico-social et le social, en favorisant le maintien d'un lien social pour les usagers et en contribuant ainsi à un meilleur pilotage des politiques publiques en faveur des plus fragiles. Les outils numériques au « sens large » (informatique, domotique, visio, ...) doivent ainsi accompagner dans les prochaines années le développement de nouvelles pratiques, de nouvelles modalités de prise en soins (en présentiel ou à distance des usagers), de nouvelles modalités d'échange (pour les professionnels et les usagers), etc. ... Aussi en complément de la modernisation générale des systèmes d'information utilisés par les professionnels et dont certains seront de plus en plus ouvert aux usagers, les investissements doivent également tenir compte de cette transformation numérique, notamment dans l'adaptation des locaux : ▪ avec des espaces dédiés à la télésanté, espaces de vie pouvant accueillir des solutions mobiles de télésanté, ... ▪ pour permettre le développement adapté des réseaux de télécommunication filaire et sans fil, mise à disposition de réseaux sécurisés et dédiés aux usagers, ... ▪ pour tenir compte du développement d'équipements numériques dans les espaces professionnels et dans les espaces de vie, ... ▪ pour favoriser le développement d'outils mobiles à disposition des professionnels (dans les structures ou au domicile des usagers),	% d'ESMS de la région disposant d'un dossier usager informatisé « Ségur compatible » installé

IV. Modalités en matière de calibrage des aides et de programmations des opérations

4.1. Un calibrage des aides en deux étapes

Le calibrage des aides se réalise en deux grandes étapes :

- **Etape n°1 = Pré-calcul de la demande de subvention**

L'aide PAI est à pré-calculer et à intégrer dans le projet de PPI : l'hypothèse de travail prise dans leur PPI par les établissements ne doit pas excéder 15% de la dépense subventionnable, selon les modalités de calcul décrites dans l'instruction CNSA.

Attention, ce taux ne vaut pas engagement de l'ARS.

Concernant le projet de PPI :

Votre projet de PPI sera à présenter en deux versions, avec ou sans aide PAI pré-calculée. L'enjeu étant de vérifier les impacts financiers et budgétaires de l'allocation ou de l'absence d'allocation de la subvention PAI demandée.

L'instruction par l'ARS vise à vérifier essentiellement deux points :

- La soutenabilité du plan de financement, par la bonne prise en compte des paramètres financiers (autofinancement possible, subventions acquises et demandées, montants, durées et taux des emprunts complémentaires nécessaires, utilisation des réserves et provisions etc...), son équilibre global et son optimisation possible.
- La sincérité du tableau des surcoûts d'exploitation décliné en évolution du Prix de Journée Hébergement aidé ou non aidé.

L'analyse cherche ainsi à évaluer un niveau d'aide PAI possible, **selon les capacités financières et budgétaires de l'établissement**, qui permet de réduire le recours à l'emprunt pour le financement du projet et qui contient au mieux l'évolution du prix de journée hébergement, côté budgétaire. L'enjeu est de rechercher un niveau d'aide qui contient le PJH à un niveau acceptable sur le territoire et par le CD.

Pour le cas spécifique des dossiers d'investissements demandés par des structures locataires, il n'est pas attendu un projet de PPI mais un plan de financement, avec ou sans aide PAI, du bailleur avec une présentation du futur loyer à la charge de l'établissement et de son évolution dans le temps, ainsi que d'une projection du prix de journée hébergement après travaux.

▪ **Etape n°2 = définition de l'aide pour la mise en œuvre de la stratégie**

1- Régime commun :

L'aide à l'investissement sera conditionnée à une transformation de l'offre et à une adéquation du projet au regard des orientations régionales (**cf. annexe régionale au dossier CNSA**).

Plafond de subvention maximum = **20 % de la dépense subventionnable**. Ce plafond sera modulé en fonction :

- De la situation budgétaire et financière des établissements ;
- Des co-financements éventuels ;
- De la consommation de l'enveloppe régionale.

2- Bonification

Qualité environnementale (**cf. annexe régionale au dossier CNSA**)

Bonification de la subvention si le projet est considéré comme exemplaire en termes de démarche environnementale. L'exemplarité se fondera soit sur l'engagement dans une démarche architecturale « HQE » avec labellisation associée, soit sur l'appréciation par un jury constitué de services de l'ARS et associant le conseiller régional en transition énergétique et écologique en santé issu de l'AMI ANAP lorsqu'il sera nommé et, en tant que de besoin, l'ADSNA (composition restant à préciser). Ce bonus ne pourra excéder 5% de la dépense subventionnable.

3- Outil

Le PPI doit être présenté selon le cadre réglementaire. L'ARS NA met à disposition le fichier Excel sur son site internet* dont une grande partie du remplissage est automatisée. **Seul ce fichier est admis par l'ARS NA pour l'instruction des PPI.**

****<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/plan-pluriannuel-dinvestissement-ppi>***

4.2. La programmation des crédits pour les années 2022-2024

- **La méthode utilisée pour définir la pré-programmation**

Une première pré-programmation a été constituée lors des instances de concertation de la SRIS⁴, permettant de définir un recensement des opérations sur les 10 prochaines années **au regard des orientations régionales avec un premier périmètre de programmation sur 3 ans.**

Une enquête a été menée auprès des structures du vivier permettant de :

- définir le niveau de maturité des projets des établissements afin de les positionner dans un calendrier PAI 2022/2023/2024,
- produire un état des lieux de la nature et des objectifs des opérations envisagées et de faire le lien avec les grandes orientations de la SRIS volet Grand Age,
- mesurer les besoins en termes de montants d'aides globaux et annuels et de les mettre en regard des enveloppes disponibles.

Ce recensement a vocation à être mis à jour annuellement, tenant compte des évolutions des territoires. Cette pré-programmation permet de réaliser une première priorisation. Elle a fait l'objet de temps dédiés avec les conseils départementaux par l'intermédiaire des délégations départementales ainsi qu'une sous-commission des politiques publiques dédiée. Une priorisation annuelle d'une vingtaine d'opération par an est prévue.

Annexe 2 – la préprogrammation 2022-2023-2024

Ensuite, chaque porteur devra transmettre à l'ARS NA le dossier type de la CNSA (téléchargeable annuellement sur le site de la CNSA) accompagné d'une annexe régionale permettant d'évaluer l'adéquation du projet au regard des orientations régionales ainsi qu'une annexe relative aux enjeux environnementaux (annexe 3). L'instruction permettra également de calibrer les besoins d'aide et de définir son montant le cas échéant. L'ARS sera particulièrement vigilante aux doubles financements éventuels, notamment avec le Conseil Régional.

- **Quelle articulation avec le PAI quotidien ?**

L'ARS Nouvelle Aquitaine dispose d'une enveloppe PAI spécifique pour soutenir l'investissement au quotidien.

Ces crédits ont vocation à soutenir l'investissement courant au sein des EHPAD, en ciblant le financement des besoins en équipements et petits matériels, ou de petites opérations de travaux qui impactent le quotidien des besoins d'accompagnement des personnes. L'objectif étant d'apporter des améliorations concrètes et rapides au bénéfice des professionnels et des résidents.

Pour le choix d'investissement, les EHPAD doivent organiser la participation des conseils de la vie sociale ainsi que des professionnels et une mesure de la satisfaction devra être opérée après réalisation du projet.

⁴ La gouvernance est présentée dans la SRIS, téléchargeable sur le site de [l'ARS NA](#)

Cette mesure concerne les EHPAD habilités à l'aide sociale à 50% ou plus de sa capacité et doit porter sur des travaux ou des achats de nouveaux matériels.

Elle peut venir compléter l'aménagement d'un projet immobilier mais ne doit pas porter sur :

- Le simple renouvellement de matériel
- Les dépenses ou travaux effectués antérieurement à la notification de l'aide PAI
- Les dépenses d'entretien et de maintenance

- **Quelle articulation avec le volet Ségur Sanitaire ?**

Dans le cadre de l'instruction des dossiers, une articulation est prévue entre les projets immobiliers médico-sociaux portés par des structures sanitaires, ayant déposées un dossier concerné par le volet Ségur Sanitaire.

GLOSSAIRE

AJ : Accueil de Jour

ALD : Affection Longue Durée

AMO : Assistance à Maîtrise d'Ouvrage

ARS : Agence Régionale de Santé

ARACT : Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CVS : Conseil de Vie Social

DAC : Dispositifs d'Appui à la Coordination

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

ES : Etablissement de Santé

ESMS : Etablissement Social et Médico-Social

ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupe Iso Ressource

HAD : Hospitalisation à domicile

HTU : Hébergement Temporaire d'Urgence

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

PAI : Plan d'Aide à l'Investissement

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PFR : Plateforme de Répit

PMR : Personne à Mobilité Réduite

PRP : Pôle Ressources de Proximité

PRS : Projet Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

QVT : Qualité de Vie au Travail

SAD : Service Autonomie à Domicile

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

SRIS : Stratégie Régionale d'Investissement en Santé

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TDB : Tableau De Bord

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Annexe 1 : état des lieux régional



Fiche régionale en PJ :

Annexe 1 - état des
lieux régional.pdf

Annexe 2 : la préprogrammation 2022-2023-2024 en PJ



Annexe 2 -

Tableau préprogrammation en PJ : préprogrammation 2022-2023-2024

Annexe 3 : Grille analyse PAI en matière de Développement Durable et de Transformation de l'Offre



Grille d'analyse en PJ : Grille Annexe
Régionale - dossier