



**SEMINAIRE DE TRAVAIL
HCFEA ET CNSA
« RETOURS D'EXPERIENCES COVID
DANS LE CHAMP DE L'AGE »**

**CONTRIBUTIONS COMPLEMENTAIRES
DES INTERVENANTS**

**Actes du séminaire
du Conseil de l'âge et de la CNSA
du 12 octobre 2021**

SOMMAIRE

A. Contribution de Nadia Sahmi, architecte	3
B. Contribution de Cyrus Mechkat, architecte	16
C. Contribution de Maryse Duval, directrice générale du groupe SOS Seniors.....	26
D. Contribution intersyndicale	34
E. Contribution de la CNSA	40
Résultats de l'enquête Covid–Ehpad (à venir début 2022)	40
Rapports relatifs aux thématiques abordées dans les tables rondes issues de l'appel à projets thématique 2020 « tirer des enseignements de la crise de la Covid-19 (CNSA).	40
F. Contribution de la CFDT Retraités	41

A. CONTRIBUTION DE NADIA SAHMI, ARCHITECTE

Rapport



Nadia Sahmi
Architecte DPLG
en Psycho-sociologie
de l'Architecture
Consultante
Access et Qualité d'Usage
1 rue Montaigne
37000
TOURS
nadia.sahmi@gmail.com
02 47 61 63 64
06 82 10 47 17

Séminaire de travail HCFEA-CNSA-12.10.2021
France Stratégie, 20 avenue de Ségur, salle 2115

Retours d'expériences Covid

Vanessa Wisnia-Weill
Secrétaire générale adjointe du HCFEA

Le 12 novembre 2021,

Titres

- Le virage domiciliaire

Sous-titre

- re-configurer le lien dedans-dedans, dedans-dehors, dehors-dehors, dehors-dedans
- Pour oeuvrer au maintien sur son lieu de vie et non pas au confinement à domicile

LE COVID, Un accélérateur et un révélateur de la nécessité de penser, aménager, conceptualiser les lieux de vie d'aujourd'hui et de demain autrement

Nadia Sahmi, Cyrus Mechkat – 12 octobre 2021





INTRODUCTION

LE COVID, UN EXHAUSTEUR ... DE TOUT

Le COVID s'est révélé être un accélérateur et un révélateur de la nécessité de penser, aménager, conceptualiser les lieux de vie d'aujourd'hui et de demain autrement, pour améliorer la qualité de vie de tous les habitants, dont les plus fragiles, ceux qui souffrent d'isolement, de rupture numérique, de rupture sociale, de rupture de soin, etc. Sans oublier la question du maintien « sur leurs lieux de vieS », en lien avec les autres et, notamment les seniors, pour lesquels nous devons encore développer des parcours résidentiels diversifiés et mieux adaptés aux évolutions sociétales.

LE COVID nous aide à faire reconsidérer les paradigmes de base à partir desquels réorganiser et réaménager la cité et, avec elle, les logements et les EHPAD de demain.

Mais commençons par cesser de mal nommer les choses car, « **Mal nommer les choses c'est ajouter au malheur du monde** » Albert Camus.

En effet, **il est urgent de reformuler la commande publique** en cessant de parler de « maintien à domicile ». De l'avis de tous, à commencer par les intéressés pour lesquels ce mot engendre de la coercition, ces mots génèrent du confinement à domicile en réduisant la compréhension du sujet à de simples aménagements des salles de bain.

Cesser de se tromper de paradigme et faire montre de pédagogie sont les principales missions que nous menons, depuis des années, auprès des aménageurs et, que LE COVID est venu mettre en lumière.

« Donnez-moi matière à rêver, voyager, m'évader, sourire et rire ... près de chez moi.
Je veux continuer à profiter de mon quartier, pas être enfermé chez moi ! »

Ces attentes de nouveaux modes d'habiter ensemble nous obligent à reconsidérer l'espace non pas seulement autour du corps en mouvement, mais de l'individu dans son entier, du relatif, du subjectif, du sensible, du perçu.

Contre des lieux de passage inhabitables, c'est concilier le pratique, le sécurisant, l'intime et le convivial, la prise en compte du corps et dans le même temps, ce qui donne à se repérer, se soulager, se stimuler, se poser, s'appuyer, échanger, toucher et être touché, regarder et être regardé, écouter et être écouté, percevoir et être perçu, recevoir et donner.

1. COMMENT REPENSER L'IMMOBILIER et LE MOBILIER AFIN DE REpondre AUX BESOINS DE RUPTURE DE L'ISOLEMENT, LA SEDENTARITE ET REPOUSSER D'AUTANT LE MOMENT D'ENTREE EN DEPENDANCE ?

Une des pistes d'évolutions de l'organisation spatiale des quartiers, pour un virage domiciliaire qui crée de nouveaux parcours résidentiels prenant en compte une transition démographique, consiste à cesser de nier les conséquences psychologiques dévastatrices d'une simple approche sanitaire des questions liées au vieillissement. Nos anciens considèrent, à juste titre, que leurs vies leurs sont volées, « rabougries ». Une expérience de « survie » face à laquelle le COVID nous a tous rendu égaux en nous spoliant de nos libertés et notre santé psychique.

La priorité doit être de ré-introduire la santé psychique à sa juste place dans le débat. Un paramètre incontournable pour favoriser le bien-vivre ensemble, donc le bien- vieillir, bien au-delà des simples besoins physiologiques et de sécurité de la pyramide de Maslow, pris en compte par les aménageurs.



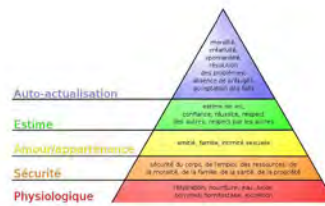


La liberté de choix, la liberté de mouvement, le désir, le respect de l'autonomie, le besoin de prise de risque, doivent être tout autant écoutés que le besoin de protection au sein d'une société de dépendance et d'interdépendance où l'on souffre tant d'isolement.

Ce devrait être le rôle politique des aménageurs et architectes citoyens que de résister à « la vitesse et les formes refuges » qui produisent tant de violence, dans le respect de l'attachement au territoire, cet espace-temps connu, structurant et rassurant.



Copyright Nadia Sahmi – Cogito Ergo Sum – 2021



Ce langage positif, à appliquer à l'habitat de tous les jours, est né d'une réflexion simple. « Nous vieillirons tous-tes, le tout est de bien vieillir ». Cela doit nous faire reconsidérer nos réflexes d'anticipation, d'innovation et de plasticité dans nos procédés d'aménagements. Tout comme les politiques publiques et privées doivent cesser de cloisonner et de mettre en silo les gens, les genres, les âges, les classes sociales, les lignes budgétaires, les actions et les projets de lois.

Comment cette marque urbaine du XXI siècle s'incarnera-t-elle ?

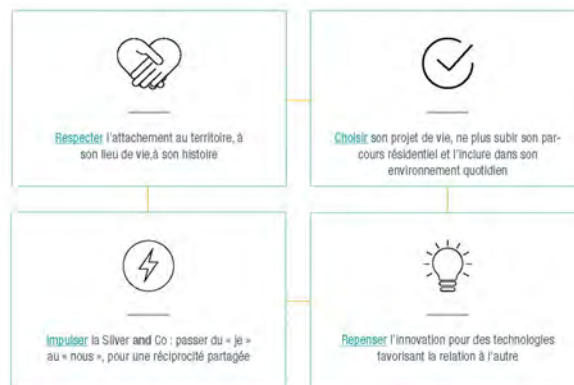
Tout le monde s'entend aujourd'hui sur la transition environnementale et socio-démographique qui voit cohabiter 4 à 5 générations. Une transition démographique qui s'opère en simultanéité avec des mutations sociales, culturelles, économique, technologiques et numériques, énergétiques et climatologiques majeures.





Avec l'actualité COVID, le défi n'est plus à de nouvelles analyses prospectives mais à l'immédiateté de réalisations concrètes réactivant la ville, comme lieu qui fait le lien et liens qui font les lieux. Il faut recréer des combinaisons d'émotions positives en convertissant les villes passage en une succession de places de villages de partage, où l'on trouvera de nouveaux champs d'activités partagés comme la santé, la culture, le sport, le travail, les arts, les échanges, les pauses, les petits riens, **au pied de chez soi**.

Cela oblige à restructurer des espaces publics qui prennent en compte la simultanéité de rythmes de vie parfois en opposition, les temps de l'actif et les temps de l'inactif, les temps du pressé et les temps du lent, les temps libres et l'intelligence de cœur.



2. COMMENT ROMPRE LA SOLITUDE imposée par un COVID, le Vieillessement, un problème de santé ou encore, une situation personnelle défavorable ?

Le COVID a signé l'entrée dans un monde qui doit faire place à des archipels de nouvelles solidarités qui permettent de rester en contact avec le sensible. Il a renforcé la nécessité de redessiner l'urbain et de lui rendre une dimension humano-paysagère qui fait toujours plus de place à la nature et au piéton pour ré-enchanter l'ordinaire de tous, ré-enchanter le quartier ordinaire et le logement ordinaire.

Aménager des facilitateurs de liens et de complicités « avec, pour et par », au travers d'espaces de partages semi-privés (paliers, halls, pieds immeubles), d'espaces de partages publics (30 m, 300m, dernier km) devraient devenir une action institutionnalisante de nos pratiques.

Plusieurs niveaux d'isolements exigent une attention particulière :

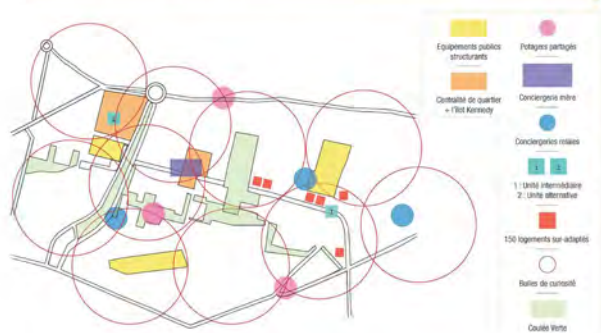
- Rompre l'isolement en mettant en mouvement à l'échelle de la résidence
- Rompre l'isolement en favorisant le mouvement à l'échelle du quartier



- Rompre l'isolement favorisant le mouvement à l'échelle de l'îlot

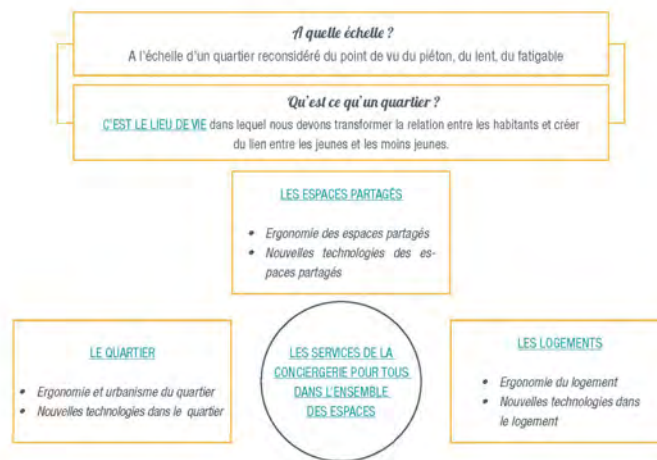
// • VERS UN QUARTIER SILVER AND CO - LA MÉTHODOLOGIE

À L'ÉCHELLE DU QUARTIER DE SARAGOSSE



- Cela passe par la nécessité de favoriser les liaisons douces entre, notamment, les espaces urbains, les centres de santé, les logements évolutifs, des Halls de partages connectés à la conciergerie solidaire, des espaces et pieds d'immeubles de partage, les antennes relais connectées de la conciergerie solidaire, des lieux de vie et BHC intergénérationnels, interconnectés et solidaires en liens étroits avec les cantines, les universités, les cités administratives, les espaces petite enfance, des potagers Urbains et autres curiosités, des poumons verts, etc, etc, ce, afin de favoriser le co-living, le co-working et les espaces de vies partagées.
- Sans oublier de favoriser le sentiment de bien-être lié à un microclimat créé notamment par la présence d'arbre et d'eau et d'activités en étroite relation avec l'eau autour desquelles tout le monde se retrouve. A noter que ces éléments clés de valorisation d'un territoire et du mieux-être psychophysiologiques des habitants-Promeneurs font aussi parti des solutions à apporter au plan anti-canicule.





Actons par ailleurs que lutter contre l'isolement, ce n'est mettre en place ces politiques locales qui invitent Madame, Monsieur à venir y participer. Lutter contre l'isolement, c'est commencer par aller prendre chacun-nes d'entre eux-elles par la main, au pied de chez eux. C'est respecter chacun-nes dans ce qu'il est et l'inviter doucement, dans un rapport au temps et au mouvement qui est le leur.

Respecter chacun-ne dans ce qu'il-elle est, c'est respecter la règle du 1^{er} Triangle de déplacement, la règle des 30 mètres, la règle des 300 mètres avant même de parler de la règle du dernier kilomètre avec laquelle aménageurs et transporteurs sont bien mieux accoutumés, mais qui est déjà trop loin.

Construire un programme d'aménagement solide basé sur l'observation et l'écoute des habitants de tous âges et de toute condition exige de :

- a) venir aux habitants
- b) inviter les habitants à rester en mouvement en créant des bulles de curiosité de 30m, de 300 m jusqu'au 1^{er} km.
- c) mettre en place une politique de réaménagements et d'interventions organisationnelles, Humaines, Technologiques et bâtie, locale
- d) réinventer un projet de 'lutte contre l'isolement' fédérant l'ensemble des acteurs concernés, de l'aménageur du territoire au jardinier, en passant par le CCAS, les élus aux affaires sociales, au sport, à la culture, l'enseignement supérieur, ... le département, la région et l'état

Et comme l'expérience du sensible ne peut être réduite aux besoins élémentaires, pratiques et utilitaires, il est aussi nécessaire de créer des ponts organisationnels, transverses, technologiques, humains et bâtis entre 'les habitants', les visiteurs de passage' et les 'autres'. A l'exemple de ceux qui ont faim de n'avoir rien (les étudiants, les paupérisés, ...) et de ceux qui ont faim de n'avoir personne avec qui partager une assiette (les habitants avançant en âge, les habitants en désuétude, ...), un bout de pain, ou un verre de vin.

C'est stimuler le corps et l'esprit de chacun-nes en les invitant à tendre vers « tous ces petits riens de leur choix », de bulles de curiosités, en bulles de curiosités. Aménager des Bulles à thèmes incitant les habitants à aller au-delà de leur zone de confort, à découvrir et participer à d'autres activités (potagers, ludique, sportif, ateliers à thème, espace où l'on se soigne autrement, Biblio-café, ...).





Lutter contre l'isolement, c'est maintenir chacun en mouvement. Ce mouvement si précieux à la santé psychique, physique, mentale, intellectuelle et sociale.

Lutter contre l'isolement, c'est lutter contre le mal vieillir, le mal manger, le mal soigner, le mal penser, le mal tomber, ... le mal tout court.



Respecter la personne et son projet de vie
Favoriser l'appropriation des services, aménagements, technologies qui doivent faire sens pour LES habitants
Penser, projeter et aménager Avec, Pour et Par
Développer une approche pratique systémique innovante, et un modèle économique incluant

3. COMMENT REPENSER LES ESPACES COMMUNS DE PARTAGES SECURISANTS ET SECURISES FAVORISANT LA PAUSE, LE LENT, LE RAPIDE, FAVORISANT LE BIEN VIEILLIR ?

Exemples d'aménagements rompant l'isolement en favorisant la rencontre en mettant en mouvement les habitants à l'échelle des îlots de vie

Le non individualisable

- 1 – La rencontre dans le mouvement doux accompagné (ou en toute indépendance) dehors, avec des salons de convivialité, aménagements et équipements extérieurs qui font le lien entre les 2 îlots
 - o pauses et ateliers partagés organisés sur ces espaces ouverts
- 2 – La rencontre au gré du parcours de remise en forme pour un mouvement doux accompagné (ou en toute indépendance) où l'on croise les mouvements sportifs et dynamiques
- 3 – La rencontre au gré des jardins partagés et potagers partagés pour un mouvement doux accompagné (ou en toute indépendance) incluant des éléments de pique-nique, des agrées, des assises diversifiées, de bois, de pierre, ... qui racontent l'histoire du quartier, quelques lignes poétique invitant à déconnexion « écoutez le vent », « écoutez l'eau, la marée », « les oiseaux migrants » (selon les lieux de vie)
- 4 – etc

L'individualisable

- Le soin dehors
 - o Objectifs : manipulations douces partagées, rompre contre l'abandon d'acte de soin, favoriser la consultation en dehors des murs, ...
- L'écoute dehors
 - o Objectifs : invitation à l'échange, à sortir de chez soi, ...





4. POUR DES PROGRAMMES D'US-AGES DYNAMIQUES ET EN MOUVEMENT, EN OPPOSITION AUX PROGRAMMES FONCTIONNELS qui imposent des projections figées du temps et de l'espace

Les programmes d'Us-âges invitent à créer des univers qui favorisent les relations en devenir, dans des proportions humaines habitables par l'homme.

Ne pas négliger ce que les sens nous font ressentir sous prétexte que la science n'y trouve pas de prise, c'est, par exemple :

- valoriser, enfin, des escaliers « de partages et de curiosités » (les murs des arts, les murs des mots, les murs des sourires, les trombinoscopes, ..., rythmés de lumière et d'assises). Parce que monter et descendre les escaliers maintien en bonne santé physique et neuronale et parce que l'escalier, en période COVID, est la réponse à valoriser face à l'ascenseur, boîte à microbes

Notons le refus de l'ANRU de financer les escaliers (versus Tout pour les ascenseurs)

-aménager **un 1^{er} niveau de mobilité, le triangle** des Halls « de partages » parce ce qu'ils se situent au centre névralgique de tous les déplacements entre l'escalier-ascenseur, la boîte aux lettres, le conteneur et le boulanger, dans la bulle des 30 mètres et parce qu'ils permettent de recevoir et se rencontrer en respectant les distances physiques au dehors de son chez-soi

- Mettre en œuvre des Curiosités
- Motivation à sortir
- Motivation à emprunter l'escalier - FAIRE SOURIRE
- Favoriser les pauses
- Favoriser les rencontres dans les halls de partage et les pieds d'immeubles de partage - FAIRE SOURIRE
- Faciliter la préhension (soulager les douleurs, permettre la manœuvre, bonne prise en main, ...)

Des pieds d'immeubles « de partages » qui permettront de porter le soin, le pain, le vin, le livre, la curiosité du matin, au plus près de ceux et celles qui ne peuvent, dans un premier temps, ou pour longtemps, plus aller plus loin

-aménager **un 2^{eme} niveau de mobilité combinant le lent et le rapide, la bulle de curiosité**, le parcours sensoriel, le parcours santé (agrès), le parcours chuchotophonie, le parcours poétiques, le parcours sportif, le parcours ludique (jeux) - FAIRE SOURIRE

- Curiosités, boîtes à faire sourire (mots, images, lettres,...)
- Mobilité douce

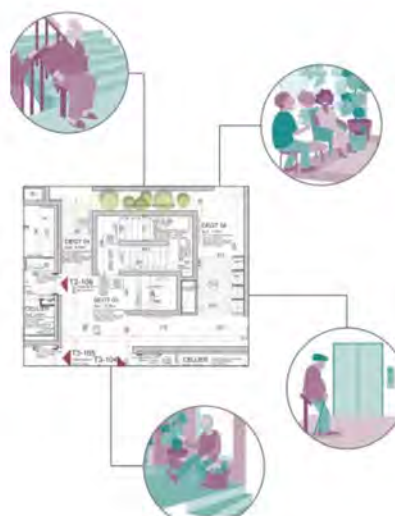




- Motivation à sortir
- Favoriser les pauses
- Favoriser les rencontres

Sans oublier de traiter (créer) le jardin où l'on devra pouvoir marcher pieds nus dans la pelouse, s'appuyer contre un arbre, se nicher. Dont on connaît les bienfaits, les effets apaisants pour des patients en situation de stress, de difficultés mentales ou psychique et dans le cadre de longues maladies (essentiel pour accompagner la politique ambulatoire de l'état)

Ces aménagements viendront parfaire les salons de rues, les vues de quartiers et les parcours de santé de proximité. Des parcours santé qui mêlent le lent, le rapide, l'endolorie, l'infatigable, le fort, le faible, le jeune, le vieux, la tête pensante et la tête absente, de bulle de 300 mètres en bulles de 300 mètres, jusqu'aux pieds d'immeubles et aux Halls de partage.



LES PARTIES COMMUNES

Viellissement – Ambulatoire
Cohabitation - Travail à domicile
Rupture de la solitude

BESOINS :

- Prendre les escaliers (gestion du lent, de la douleur, du fatigable de l'ouïe et de la vue)
- Gestion du sentiment de sécurité, de la fatigabilité des halls et des pieds d'immeuble
- Faciliter les activités sociales extérieures pour briser l'isolement, l'abandon d'actes de soins, les nouvelles contraintes sanitaires

OBJECTIFS :

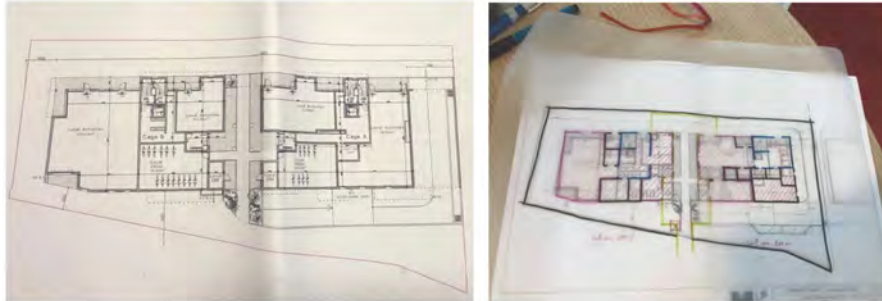
- Rendre attractifs les espaces communs partagés
- Maintenir en lien avec l'autre (int. & ext.)
- Traiter le 1^{er} triangle de déplacement (appartement / BAL/containers)
- Traiter les retours des bulles de déplacements (30m – 300m et 1000m)





ILLUSTRATION

1 - Plans d'origine d'un Hall de desserte d'immeuble



2 - Reprise des plans d'origine en y intégrant les objectifs de partage « d'us-âges et les évolutions des attentes sociétales conscientes et inconscientes des occupants »

- Favoriser, le lien, la rencontre, la pause, le lent, le sentiment de sécurité, favorise la mobilité, ... dans un hall de partage où la vue, l'ouïe, le corps sont subtilement sollicités
- des espaces de respirations pour les aidants, patients, parents isolés-enfants, ... les grands séniors, les travailleurs à domicile, ...
- des placettes d'accueil pour les commerces et services ambulants (truck food, truck poisson, truck biblio, truck dentaire, truck graine/fleurs...)





5. COMMENT REPENSER L'INTIME, LA LIBERTÉ D'AMÉNAGEMENT, POUR UN HABITAT MULTI-US-ÂGES, FLEXIBLE, TRANSFORMABLE, REVERSIBLE, FAVORISANT LE BIEN VIEILLIR ?

Le logement **obéit encore à la même logique de fragmentation par fonction** : séjour, cuisine, 2 chambres et couloir. Il **coûte cher** sans couvrir tous les besoins, car est encore pensé autour d'une famille de 2 adultes, père actif, mère active ou au foyer et 1 à 2 enfants alors que ce schéma ne représente plus la norme. C'est, entre-autre sujet, cela que nous remettons en cause en favorisant le logement **évolutif, doté de dispositions réversibles pour** couvrir chaque cas, quand le besoin apparaît et à moindre frais. Il en est de même des espaces extérieurs, des lieux de travail et des ERP qui se voient bousculés par les nouveaux Us-âges et les nouvelles attentes des usagers-utilisateurs-habitants. **La réponse ne se trouve pas dans la règle mais dans l'exception, la particularité de chacun et l'évolutivité des lieux de vie intimes et intimes partagés.**

EXEMPLES D'IMPLICATIONS EN TERMES D'ESPACES, DE VOLUMES ET D'AMÉNAGEMENTS ARCHITECTURAUX DANS LES LOGEMENTS

Pour favoriser la construction d'un consensus dans **une perspective partagée sur les domaines organisationnels, technologiques et bâtis systémiques et interconnectés** qui dessineront le « vivre ensemble Co-actif - éCo-participatif de demain ».



LE LOGEMENT

Vieillesse – Ambulatoire
Cohabitation - Travail à domicile
Rupture de la solitude

BESOINS :

- Modularité / évolutivité
- Fenêtres intérieures
- Allèges pleines permettant vue en position assise ou allongée
- Gestion du lent / rapide, du fatigable / inépuisable et de la gestion de la douleur

OBJECTIFS :

- Maintenir en mouvement
- Maintenir en lien avec l'autre (int. & ext.)
- Accueillir l'aidant familial ou le parent vieillissant ou le coin travail en respectant l'espace de chacun
- Faciliter la cohabitation dans le respect de l'intimité de chacun





Appliquer la loi handicap ne répond pas systématiquement aux besoins des personnes vieillissantes !

- Maintenir en mouvement
- Maintenir en lien
- Maintenir la santé (psychique et physique)

Ex : opposition des usages dans la cuisine et dans le WC

Ces sujets rejoignent ceux de l'**ambulateur (l'habitant en lutte contre la maladie et le vieillissement)** qui impacte des éléments de programmation clés comme les celliers de paliers, les fenêtres intérieures, les accès doubles, ...

Objectif : apporter tout ce qui soigne « l'âme autant que le corps », au pied de chez moi et près de chez moi, sur mon palier, dans un lieu de toute proximité partagé, ou chez moi si c'est mon choix.

Avec une Signalétique qui fait sourire,
Des couloirs des arts,
Des murs de mots,
Des murs de sourires,

L'étage des poésies,
L'étage des petites phrases,
Les salons des belles lettres,
Les chambres-studios partagés des bons mots et des bons soins,
Les celliers d'à côté,

6. LES ÉVOLUTIONS SOCIETALES EN QUELQUES CHIFFRES

Une approche réglementaire élargie aux Us-âges pour une meilleure prise en compte les évolutions sociétales

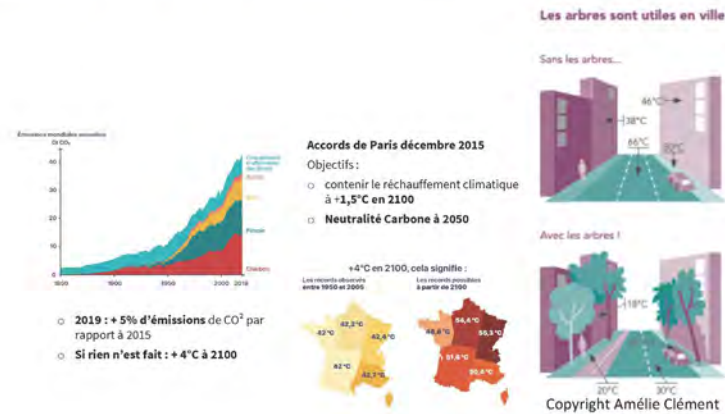
- Vieillesse de la population (loi de décembre 2015 : obligation de maintien sur son lieu de vie du grand séniör)
- Ambulateur qui se renforce (soin lourd / maladie longue à domicile – loi de la reconnaissance des aidants familiaux)
- Familles monoparentales et 50% des divorces se font au-delà de 60 ans
- Plan anti canicule national
- Plan anti solitude
- Cohabitation générationnelle ou intergénérationnelle
- Loi handicap février 2005 (arrêté de 2014 pour l'existant / arrêté de 2017 pour constructions nouvelles)
- Le travail à domicile (télétravail)
- Précarité (35 % d'illectronisme / 19% d'illettrisme / 17% de rupture numérique / 40% d'étudiants qui ont faim)
 - 64 % des jeunes actifs ont été touchés par la crise économique sur les 12 derniers mois (sondage CSA Research)



- un tiers des 25/34 ans (31 %) ont eu recours à un crédit à la conso o pour 23 % des jeunes en difficultés financières, le passage vers une association ou à l'aide alimentaire a été indispensable
- 73% d'entre eux ont réduit leurs dépenses pour faire des économies

Une approche réglementaire élargie aux Us-âges

Pour une meilleure prise en compte les évolutions environnementales



CONCLUSION

Faire revenir le sensible, l'Humain dans l'acte de bâtir et d'aménager nos espaces de vie, c'est commencer par réapprendre à écouter nos anciens. Leurs maux et mots rejoignent les nôtres, surtout en ces périodes de COVID. Un COVID qui nous a amené, progressivement, tous et toutes, à intégrer les réalités d'un quotidien santé-confiné que l'on évacuait en détournant la tête.

« Je suis malheureux » ... « Ce n'est pas grave, Tu ne devrais pas dire ça. Tu es en bonne santé et tout ce que l'on a mis en place autour de toi te protège. Tu n'as pas à te plaindre, tu as à manger et tu as un toit ».

« On te protège ! On s'occupe bien de toi ! veut dire, pour moi, on m'empêche de vivre la vie que je veux vivre, on m'empêche de manger ce que je veux manger, on ne me permet pas de vivre là où je veux vivre, on ne me permet pas d'errer dans mon monde, on ne me laisse pas aller à mon rythme, parce qu'on sait mieux que moi ce dont j'ai besoin... »

Reprogrammer « des écrans de Vie à partager » c'est développer des programmes d'Us-âges qui génèrent du lien, du vivre ensemble, du partage, tant pour l'élaboration des espaces publics que pour l'élaboration des logements, des ERP et des lieux de travail de demain.

'SANS PARTAGE ON N'ACCÈDE PAS À LA CONNAISSANCE DE L'AUTRE ET SANS CONNAISSANCE DE L'AUTRE, ON N'ACCÈDE NI À L'EMPATHIE, NI À LA PAIX'

Nadia Sahmi – OCTOBRE 2022



B. CONTRIBUTION DE CYRUS MECHKAT, ARCHITECTE

Cyrus Mechkat

Mechkat et Bouldin architectes

Habitat et Santé

Rue des Vieux-Grenadiers 8

1205 Genève

Tél.+4122802215 - +41794176050

c.mechkat@m-b-architectes.ch

Séminaire de travail HCFEA-CNSA - 12.10.2021

France Stratégie, 20 avenue de Ségur, salle 2115

Retour d'expériences Covid

Titre

-Le virage domiciliaire

Quid de l'architecture ?

Cyrus Mechkat, Nadia Sahmi – 12 octobre 2021

AVANT LE COVID

Le secteur de la production de l'habitat et de son exploitation reste depuis des décennies à la peine pour entretenir et innover l'habitat en vue de son adaptation à l'impact des méta-changements à l'œuvre, en matière de démographie, du climat, du digital et bien d'autres. Il en résulte des modes de vie et des savoir-faire partiels, spécifiques à la résolution, par exemple, de la demande émanant de la nouvelle société de la longévité, car l'environnement existant, réalisé pour trois générations, n'a pas été conçu pour la vie à quatre générations, dont, qui plus est, deux à la retraite. L'augmentation de la pression sur les équipements et logements en accentue les manques et la dégradation en cours, dans des territorialités et temporalités de plus en plus fragmentées. Les trajets pendulaires entre périphéries et centres s'en trouvent prolongés, alors qu'ils sont déjà estimés à +2hres/jour, soit l'équivalent à +42 jours ouvrables/an, perdus par personnes dans les embouteillages ou des transports publics surchargés, sans parler de la masse de l'émission de Co2.

Les EHPAD n'échappent guère aux changements évoqués ci-dessus.

A L'APPARITION DU COVID

Au moment de l'apparition sidérante du Covid la ville était organisée en zones monofonctionnelles, composées d'un centre réservé aux acteurs décisionnaires, entouré d'un ensemble de zones attribuées à l'industrie, aux commerces, à la culture, ... et reliées, via un vaste réseau de pendulaires, aux zones destinées au logement, situées en périphéries et de plus en plus éloignées. Il s'agit de logements équipés pour des ménages composés de deux jeunes adultes et d'un ou deux enfants, logements dimensionnés pour recevoir les fonctions prioritaires du repas, du repos et de l'hygiène du corps.

Ce modèle d'établissement humain date des années 1930. Ce n'est qu'après la deuxième guerre mondiale qu'il a été massivement mis en œuvre pour assurer la relance économique et la reconstruction. Fonctionnaliste, il s'est perpétué bien au-delà des « 30 Glorieuses » pour constituer, depuis les années 1980, un bien immobilier fort prisé par la financiarisation. Décennies après décennies, il tombe dans un état croissant d'obsolescence résultant de l'impossibilité intrinsèque du modèle socio-économique à satisfaire l'évolution de la demande démographique, socio-économique et climatique.

A son arrivée, le Covid, en même temps qu'il révélait et amplifiait l'état d'obsolescence observé du modèle fonctionnaliste, il lui portait un coup fatal en provoquant l'abandon massif des centres urbains par la population active fuyant les leurs postes de travail pour chercher refuge dans leurs domiciles. Le confinement et la distanciation ont précipité la défaillance de la ville modèle des « 30 Glorieuses ». De par son envergure globalisante, la déstructuration par le Covid de la ville dresse des obstacles sur la route du retour à la situation supposée « comme avant ».

VERS UN NOUVEL ORDINAIRE DE L'HABITAT

Face aux incertitudes présentes, il appartient aux acteurs professionnels et usagers concernés de formuler un nouvel ordinaire de l'habitat englobant logement, quartier et ville, reconfigurés à partir d'un logement devenu, du fait du Covid, à la fois refuge pour ses habitants et vecteur des transformations urbaines à venir. Cette démarche secoue et rassemble les usagers et les acteurs dans un effort partagé et participatif interrogeant les sujets provenant des quatre générations et qui constituent désormais notre formation socio-démographique.

Ce qui revient à dire qu'au-delà du nouvel habitat ordinaire et intergénérationnel, la démarche envisagée s'étend aux personnes isolées, dont les personnes âgées. Parmi celles-ci, 20% des plus de 80 ans vivent en institutions spécialisées, comme les EHPAD et 80% à domicile. Face aux changements majeurs en cours, elles requièrent, les unes et les autres, pour leurs lieux de vie, la même qualité, flexibilité et réversibilité que tout autre habitant dans l'aménagement de leurs vieux de vie. En pratique cela veut dire, par exemple, qu'un agencement de fenêtre avec vue sur l'extérieur pour une personne alitée n'aurait du sens que s'il apporte une plus-value qualitative pour l'ensemble des autres usagers, même l'enfant trop petit pour voir l'extérieur par-dessus une allège murée.

La qualité recherchée pour le logement débordé dans l'immeuble, le quartier et la ville, pour satisfaire la mixité de la demande et l'évolution des modes de vie et des savoirs faire, sévèrement remise en question par le Covid pour satisfaire la mixité de la demande et l'évolution des modes de vie et des savoirs faire, sévèrement remise en question par le Covid.

C'est dans cette perspective que nous présentons ci-dessous quelques pièces d'études en cours.

LE MODELE EXISTANT DE LOGEMENTS NE PEUT FAIRE FACE AUX EXIGENCES DE LA PENDEMIE

Le modèle de logement existant (40-70m²) a été pensé pour faire place aux fonctions qui lui s'étaient allouées, réparties par pièces (3 à 5, yc la cuisine), dimensionnées au plus juste par des normes établies et ajustées à l'horaire du travail, augmenté du temps des parcours pendulaires.

Ces dispositions spatio-temporaires s'articulent comme suit :

- * les moments de repos dans le séjour, plus petites sociabilités
- * le temps des repas en cuisine et/ou dans le coin à manger
- * le temps du sommeil réparateur dans la/les chambres à coucher
- * le temps de la toilette du corps en salle de bains

le tout étant distribué par un corridor donnant sur un petit hall d'entrée.

La spécialisation et la normalisation des pièces laissent peu de place pour pratiquer d'autres activités chez soi. Le cumul des heures passées à domicile montre le caractère de « logement à temps partiel » du modèle. Les autres fonctions (sport, loisirs, ...) trouvent place en zones spécialisées.

Avec le confinement et la distanciation, ces mêmes logements ont dû intégrer du jour au lendemain un nombre d'activités qui lui avaient été extérieures avant la pandémie, et ce à plein temps, dont :

- le-télétravail et plus généralement le travail à domicile,
- la scolarité à domicile,
- les soins et veilles de nuit (par manque de lit hospitalier) comme du bénévolat et de l'aide à domicile,
- et diverses pratiques de culture de l'esprit et du corps, comme nombre de loisirs, hobbies et autres formes de bricolage,

autant d'activité occupant des micro-espaces dispersés à travers les pièces des logements existants.

UNE SPATIALITE MODULABLE FLEXIBLE ET REVERSIBLE

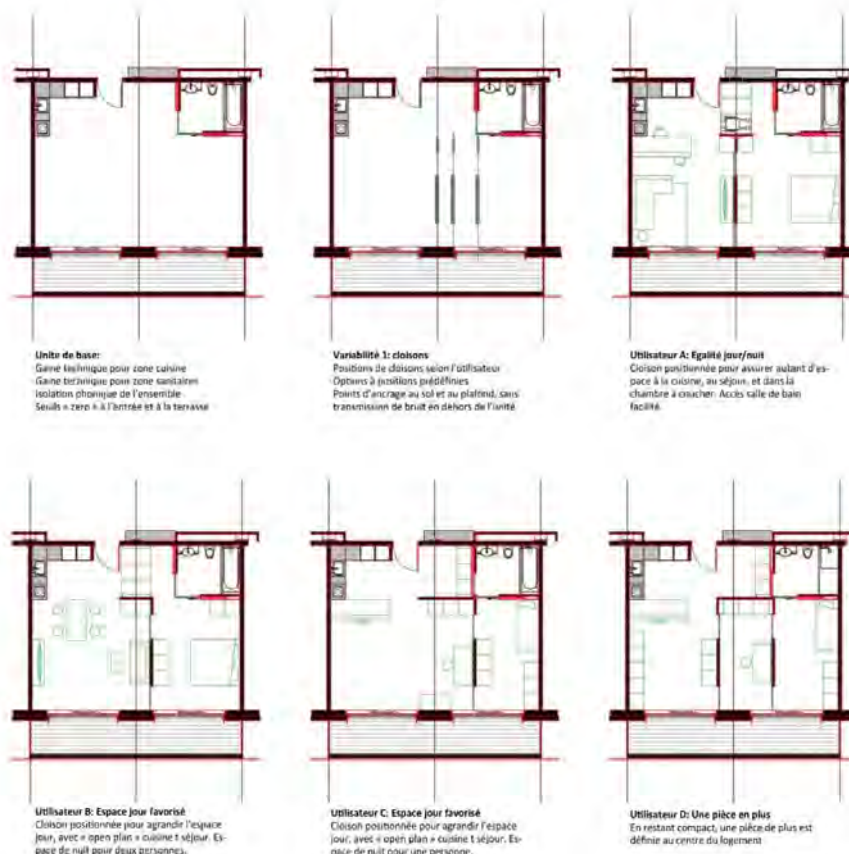
Les deux figures ci-dessous sont extraites d'une étude en cours pour un nouvel ordinaire.

Fig.1 Etude de variantes pour un espace de logement





Fig 2 Modularité



Le plan matriciel du logement ci-dessus libère un grand espace de vie, divisible en deux ou trois parties. Un mur porteur intérieur reçoit la porte d'accès et l'essentiel des équipements techniques. La modularité fonctionne comme suit :

- un espace unique, ou le même espace divisé en deux parties pour le séjour et l'intimité, avec superficies variantes, les parties, avec superficies variables sont séparés par une cloison mobile et amovible, avec une ou deux portes coulissantes, points d'ancrage déterminés et positionnement montage en façades,
- le même espace divisé en trois parties, dégageant un espace médian entre séjour et intimité, espace « à tout faire » affectable à un poste de travail (type home office), à un hobby, une aire de jeux pour enfants, à un lit d'appoint (et de soins), etc.

L'espace de services, longeant le mur technique, se compose d'une suite de quatre entités, soit :

- la cuisine, ouverte ou plus ou moins fermée, avec extension possible sur séjour, éléments supplémentaires en option
- le petit hall d'entrée de l'appartement, accès à la pièce intime au logement,

- l'espace médian de rangement, avec mobilier semi-fixe selon la situation de l'habitant, équipements à hauteur ou dégagement PMR en option, emplacement pour chaise roulante, possibles accès à la chambre et aux sanitaires,
- les sanitaires avec douche plate ou baignoire (amovible), porte à 2 pans coulissants, ouvrant sur l'espace rangement ou sur chambre, éventuel accès à une deuxième chambre-studio, (moyennant élargissement ad hoc et ouverture d'une porte dans le mur mitoyen)
- Le balcon, espace à l'air libre enrichi par les trois portes offrant la mobilité entre les espaces intérieurs et extérieurs.
- La mobilité à l'intérieur de l'appartement se fait en boucle, elle peut se doubler par les portes ouvrant sur le balcon.

Fig.3 souplesse d'aménagement

La troisième figure montre l'opportunité de transformation d'un espace qui, grâce à une armoire mobile glisse le long d'une paroi, dégagent l'espace disponible.



Chambre mobile, IKEA





A l'aune du COVID : ce qui vaut pour le logement vaut également pour l'EHPAD, et inversement.

Dans le contexte où nos sociétés ont passé de 3 à 4 générations, dans un contexte aussi où les transitions climatiques et numériques fragilisent notre environnement, les villes, quartiers et immeubles sont encore, comme relevé ci-dessus, régis par la séparation des activités de la vie quotidienne redistribuées par zones spécialisées, les EHPAD forment une entité qui fait exception. Bien que relevant d'un cahier des charges propre à un lieu de vie pour une catégorie spécifique de la population, les personnes âgées, ces établissements présentent une complexité et une mixité rarement observable dans d'autres secteurs de la production du bâti, car ils réunissent sous un même toit trois types d'usagers, les résidents, les professionnels et les visiteurs, appelés à cohabiter.

Aux résidents, qui forment les principaux usagers des lieux, l'EHPAD propose un habitat pensé pour des personnes dont le déclin de leurs facultés, physiques ou cognitives, conduit à quitter leur domicile et leur voisinage pour un nouveau et dernier lieu de vie, appelé à devenir leur nouveau chez-soi.

Aux professionnels, en attente de création, au service des résidents, de postes de travail relevant de plusieurs dizaines de métiers attachés à la santé, aux soins, aux activités socio-culturelles, à la gestion administrative et à la communication, aux services de l'hôtellerie, des techniques, à l'entretien des bâtiments, du mobilier, des équipements et des jardins.

Aux visiteurs des deux groupes de populations des familles et des proches des résidents, ainsi qu'aux professionnels sollicités par le personnel de service ou de santé.

Il s'agit d'offrir un accompagnement et une ambiance attractifs aux visiteurs des lieux, dont les familles et proches des résidents, ainsi qu'aux voisins du quartier.

Soit tout un monde composé de différents usagers appelés à se croiser et interagir sans anxiété dans une même spatialité, des usagers porteurs de besoins évoluant en marge d'états qui peuvent être extrêmes.

Créer une spatialité ouverte.

Il s'agit d'une spatialité qui situe la chambre du résident dans un ensemble de lieux de convivialité insérés à leur tour dans un environnement au visage urbain, ouvert au libre choix d'échanges sociaux.

Ainsi chaque EHPAD est appelé à offrir un lieu de vie permettant ses résidents, selon leurs souhaits respectifs et leurs capacités, à personnaliser, voire s'approprier leurs cadres de vie :

- en préservant leur intimité dans un espace privé apparenté à leur chez soi
- à tisser ou non des liens de voisinage dans l'espace semi-privé de leur étage ou unité, apparenté au quartier
- à engager une vie sociale dans l'espace commun de la résidence, pouvant être perçu comme le prolongement du lieu urbain de rencontres.

Le principe de proximité favorise la circulation des personnes entre les lieux de l'intime, du convivial et du social au sein de l'établissement. Il renforce les liens entre résidents, comme entre résidents et personnels ou visiteurs, aux étages, dans les terrasses, aux rez-de-chaussée et au jardin. Les espaces dédiés aux postes de travail et à l'accueil des proches des résidents s'inscrivent dans la logique de la spatialité conçue pour les résidents. Espaces chez eux, dans leurs étages ou dans les espaces communs des rez ou des jardins.

Cette disposition permet une gradation des espaces entre le privé et le public :

- les espaces de l'intimité trouvent place au sein des chambres accessibles par une porte palière sans seuil, ouvrant sur un hall, l'espace de séjour et le coin de lit (à l'abri de regards indiscrets), ainsi que la salle d'eau (lavabo, douche, WC). Pour les résidents souffrant de désorientation il est ménagé un rapport visuel direct entre le lit et la cuvette des WC, grâce à une double porte coulissante en angle. La fenêtre de haut en bas ouvre sur le parc, laissant généreusement entrer la lumière du jour
- les espaces semi-privés se déploient aux rez-de-chaussée des unités, dont les salles à manger, dans les étages, dont les salons et coins petits-déjeuners ou thé, les locaux de soins ou de services, intercalés entre des ensembles de 3 à 5 chambres, disposés de façon à éviter l'isolement, à ménager des apports de lumière naturelle, à exercer un effet rassurant sur les résidents, comme à satisfaire le concept de proximité des soins
- les espaces à caractère public sont situés dans l'espace fédératif, pour favoriser les rencontres et échanges entre les résidents, entre les résidents, les visiteurs et les divers personnels (soins, hôtellerie, administration, etc.). Articulés en rue, ils sont le lieu des activités communes (cafétéria, réception, salle polyvalente, salons, coiffure, services, ...). Ils trouvent leurs prolongements jusqu'aux rez-de-chaussée des trois unités où se côtoient des services généraux (administration, cuisines, salles d'animation) ou propres aux unités (salles à manger). L'ouverture de très grandes baies offrent des points de repères aux personnes désorientées et invitent au rêve ou à la promenade, dans le parc ou les rues voisines.
- La flexibilité de ces dispositions ont permis pendant les périodes de confinement et de distanciations de gérer les différents espaces de l'établissement en limitant les risques de contagion et de sécuriser autant que possibles les visites.

Dans un contexte où le Covid a fait sauter les barrières entre règle et exception, où le travail, entre autres, se réfugie à domicile, où la convivialité se heurte à la distanciation, on peut se demander s'il n'est pas possible de réduire les soins prothétiques en EHPAD en renforçant les pratiques préventives à domicile. Cela se fera en transférant chez soi les efforts contre l'isolement, en y facilitant l'orientation incitative, en y ménageant chez soi un espace de soins, en sécurisant un peu plus les sanitaires, la cuisine et les escaliers contre les accidents.

La figure qui suit montre des dispositions structurelles et techniques, comme des agencements spatiaux conçus pour offrir la plus large flexibilité à l'usage, en matière de perception, de socialisation et de sécurité, dispositions réalisables tant en EHPAD, qu'en immeubles d'habitation neufs ou en cas de remise en état de logements existants.

Fig. 7 Planche des transferts entre EHPAD, immeubles et logements neufs et existants



- Sur la partie de la moitié supérieure de la page : les plans 1 rez, étage et chambre de l'EHPAD (fig 1 à 3 de EMS Butini, MB arch) inspirent les plans partiels de la structure d'un immeuble pilote et son plan d'affectation, illustré par le plan-type d'étage (fig.4-6).

- Sur la partie de la moitié inférieure de la page : le premier plan de structure dalles-poteaux d'une travée de l'EMS est adapté au plan de structure de l'étage-type de l'immeuble pilote. Le plan central en définit la souplesse d'affectation. Le plan suivant propose l'aménagement de deux petits logements neufs avec des emprunts à l'EMS et à la modularité de l'immeuble pilote qui précède. La dernière figure de droite est le plan des sanitaires d'un appartement existant en réhabilitation avec emprunts aux sanitaires de l'EMS, à savoir le bain douche et au plan des deux petits logements (agencement cuisine, menuiseries, équipements).

Quelles évolutions en termes de coordination et partenariats entre acteurs à l'échelle territoriale en période de crise ?

Ce que nous retenons

Mutualisation des moyens entre les différents EHPAD du groupe et retours d'expérience/partage d'informations possibles entre sites

Réflexion à mener entre gouvernement et industriels pour veiller à favoriser des approvisionnements rapides en circuit court en cas de nouvelles crises

Articulation entre les différents acteurs à faciliter : multiplicité des acteurs (collectivités territoriales). Trop de sollicitations diverses (ARS, CI, mairie, etc.) et d'informations contradictoires y compris entre les différentes ARS (= mille feuilles administratif).

Manque de proximité avec les libéraux du secteur (dont médecins)

Remontées quotidiennes à effectuer auprès de différentes personnes : trop de demandes de données à collecter sans retour ou compréhension de la valeur ajoutée pour les établissements.

Promotion du recours possibles aux CPIAS, valorisation de ces cellules et des IDEH : organe d'expertise et de conseils. Disparités entre les différents CPIAS selon leur articulation avec l'ARS.

Absence de filière et manque de fluidité du parcours d'un résident covid+ entre hôpital et EHPAD (covid asymptomatique -> SSR)

Possibilité de solliciter l'armée pour coordonner la crise (acteurs expérimentés sur le sujet) y compris pour la chaîne logistique (flux unique d'approvisionnement, logistique de transport)

Nécessité de mise en œuvre d'un plan territorial de gestion de crise réunissant les différents acteurs (sanitaire, médico-social, URPS).

Les établissements ne sont pas dotés pour gérer la crise sur le terrain et répondre aux sollicitations administratives multiples.



Quelles modalités de redéploiement de RH et mobilisation des renforts dans les Ets et services en période de crise ?

Ce que nous retenirons

Méconnaissance en matière
d'hygiène des salariés (soignant
et non soignant)

Manque de sensibilité des
salariés aux enjeux de santé
publique (exemple : nécessité de
vaccination)

Disparités de moyens selon le statut public
ou privé de l'établissement (encore à l'heure actuelle) :
aucun professionnel disponible pour le privé
issu de la réserve sanitaire, absence de
réquisition de professionnels libéraux
(ressource disponible non sollicitée : IDE
scolaire, médecine du travail, professionnels
de SAAD)

Difficultés à solliciter les bénévoles et service
civique : suspension de leur intervention au
départ puis difficulté à les recenser, les
contacter, les former rapidement (par les
IFSI/IFAS par exemple)

Difficultés à recenser et à solliciter les
acteurs formant les futurs soignants qui
auraient pu constituer un vivier de
ressources (dont niveau bac pro, MFR, etc.)

**Quelles évolutions internes
en terme d'aménagement et
de modularités des espaces
partagés ou privés ?**

Ce que nous
retenons

Réflexion sur les systèmes de ventilation (normes énergétiques vs maîtrise du risque infectieux)

Validation par la communauté scientifique des dispositifs anti infectieux (lampe UV, poignée auto désinfectante, filtre à air, stickers, etc.)

L'EHPAD n'est pas pensé ni structuré pour un tel niveau de risque infectieux. A ce titre-là, il doit se développer des filières avec des hôpitaux et des services sas pour contenir le risque d'épidémie.

Réflexion autour des divers circuits (professionnels-vestiaires, visiteurs, déchets, linge, etc.)

Mort des chambres doubles, des sanitaires communs, de la grande et unique salle à manger commune

Au profit :

- De petits lieux de vie, petites unités de vie pour pouvoir organiser la vie de l'établissement en petits groupes, plus chaleureux, plus convivial, avec des endroits communs moins vastes, plus nombreux.
- De chambre simple plus grande (encore plus criant en période d'isolement en chambre)

Visites des proches et communications : quels réaménagements et quels impacts sur leurs aides à la vie quotidienne ?

Ce que nous retenons

Nécessité de l'implication des enfants dans l'accompagnement de leur parent à l'EHPAD.

Le modèle EHPAD conserve sa légitimité. En période de crise, Le retour du parent à son domicile ou celui d'un enfant est possible.

Nécessité de développer le rôle des aidants à domicile ou en ESMS aux côtés des professionnels et de les former au travers des ressources de l'EHPAD

En cette période, l'EHPAD a parfois été une zone de non-droit où le respect des droits donnés aux citoyens ne s'appliquait pas toujours aux résidents. Les résidents doivent pouvoir bénéficier de leur libre choix, de leurs droits y compris au risque.

Espace collectif vs espace privatif (chambre) : les équipes ont alors la responsabilité de ce qu'il se passe dans les espaces collectifs

Axe 3 Organisation en SSIAD

Y a-t-il eu ou pourrait-il y avoir encore des baisses des heures de service mises en œuvre ?



- Les usagers à domicile nécessitent cet **accompagnement** qui doit perdurer.
- Les usagers ont pu annuler certaines interventions par peur des professionnels et du risque induit de transmission du virus. Le SSIAD a alors **transformé la prestation**, les IDEC ont alors téléphoné régulièrement aux usagers pour prendre des nouvelles.
- Comme les SAAD ont annulé leur intervention, les SSIAD ont **pris le relais** ce qui a induit une augmentation des heures (= plutôt phénomène inverse).
Ex : le SSIAD intervient pour une toilette mais le petit-déjeuner n'a pas été pris, le SSIAD accompagne l'usager pour la prise du petit-déjeuner.
- A l'inverse, l'**absentéisme** des professionnels dû au covid a pu impacter la qualité de l'accompagnement des usagers (retard, suppression du passage).

Axe 3 Organisation en SSIAD

Comment décrire l'activité des professionnels (Retrait ? Demande plus limitée des bénéficiaires ?) pendant cette période ?

- **Paradoxe** : tous les professionnels ont été au rendez-vous vs la non inclusion de ces professionnels dans le Ségur de la santé.
- Les salariés des SSIAD ont été oubliés alors qu'ils ont continué leur activité, n'ont pas été confinés, ont pris les transports en commun.



Quels systèmes d'alerte ont été mis en place pour permettre aux autorités publiques de réagir ?

- Même dispositif que les EHPAD (conférence hebdomadaire/bi mensuelle)

RETEX COVID-19

Merci à tous pour
votre attention



D. CONTRIBUTION INTERSYNDICALE



Contribution sur le bilan post Covid pour le séminaire du 12 octobre

Les textes officiels les présentent comme des acteurs de la démocratie participative au niveau local ayant pour mission d'émettre des avis et des recommandations. Force est de constater que ces objectifs ne sont pas souvent atteints.

Pendant la pandémie (qui n'est pas terminée), ils avaient un réel rôle à jouer dans les prises de décisions locales et ont pu le faire pleinement seulement lorsque les conseils départementaux ont pris conscience de leur utilité et des avantages qu'ils pouvaient représenter. A l'inverse dans d'autres départements, les CDCA ont été totalement ignorés.

Ils étaient en « première ligne » pour apprécier les moyens de lutte mis en place et à leurs dysfonctionnements grâce à leur composition en deux formations (personnes âgées, personnes handicapées) grâce aux qualités de l'ensemble de leurs membres qui allient l'expérience des usagers et l'expertise des professionnels de la santé, du médico-social, du social, du soutien à l'autonomie et de l'hébergement au niveau local.

Certains CDCA, ceux qui ont pu jouer leur rôle de lanceurs d'alerte ont mis en place des groupes de travail spécifiques et/ou utilisé ceux déjà existants avec l'ensemble de leurs collègues pour faire remonter leurs informations, dans un premier temps, à leurs présidences et à leurs structures nationales d'appartenance et, dans un deuxième temps, faire des propositions particulièrement pour améliorer, dans cette période difficile, la prise en charge spécifique des personnes âgées et handicapées, deux publics qu'ils connaissent bien. La première tâche étant d'avoir des informations précises sur la situation dans les EHPAD et dans le maintien à domicile.

Les représentants des organisations syndicales et associatives retraitées du groupe des 9 sont intervenus à de nombreuses reprises pour interpeller l'ARS et le département pour avoir des réunions, des informations sur l'effet de la pandémie, les difficultés rencontrées, les réponses apportées. Cela a pu fonctionner dans certains départements grâce au recours à des visioconférences, mais pas partout.

Des expériences intéressantes

Les équipes syndicales ont été fort actives pendant ces 18 mois : courrier aux Conseils départementaux, ARS, Préfets... pour recueillir des informations, demander des réunions, interpeller sur le Ségur (dans le 61).

Ainsi en Dordogne : intervention du CDCA auprès du Conseil départemental, conférence de presse des équipes syndicales.

Là où a eu lieu un dialogue régulier, force est de constater que chacun y a trouvé son compte. Des exemples : des réunions virtuelles se sont tenues (75, 94, 51, 36, 18, ...). Visioconférence avec le directeur départemental de l'ARS une fois par semaine de mars à juin 2020 avec réunion en juin, réunion du bureau du CDCA (94 ...).

Le rôle des CTS s'est avéré stratégique : dans le 36, plateforme COVID initiée par le président du CTS (avec participation syndicale). Carrefour d'échanges, visioconférence tous les 15 jours avec lettre régulière aux membres, rédaction d'un livret « Bien vieillir chez soi » etc.

Ces fonctionnements intéressants et plus encore les dysfonctionnements, interrogent : comment améliorer la démocratie au quotidien pour éviter l'hypercentralisation des prises de décision qui rend plus difficile leur adaptation aux besoins et leur acceptation par les personnes concernées ? La période est certes compliquée mais comment comprendre que certaines choses puissent être possibles ici et non ailleurs ?

Refus ou peur d'une démocratie de terrain, crainte d'une perte de temps, méconnaissance de l'enjeu des discussions avec les acteurs de terrains comme relais et forces de propositions ? Toutes les réponses sont possibles, y compris le dysfonctionnement accru dans les CDMCA avec la double gouvernance...

Nos retours

La communication nationale a été aussi subie par les départements... les exemples les plus significatifs étant au début le déni du virus, l'inutilité des masques puis constamment les discours anxigènes voire stigmatisants et âgistes auprès des populations fragiles.

Partout les mêmes constats contre le bilan catastrophique du nombre de décès : les questions d'isolement, de frustration, d'enfermement, de repli sur soi, d'approches déshumanisées abondent. Le constat est aussi le même partout : la charge pour les directeurs d'EHPAD a été considérablement accrue.

Des mots durs ont été prononcés par nos représentants : improvisation, amateurisme, incompetence, manque de préparation, « mensonges » et abandon voire persécutions pour les personnes âgées. Une communication qui a toujours encore aujourd'hui ses « séquelles » et un scepticisme qui restera.

Nos représentants, dès les premiers jours, ont alerté responsables d'établissements, d'aide à domicile, CLIC -maisons des Aînés et des Aidants, des gériatres, des personnes qualifiées, présidents du CDCA, etc.

Les professionnels nous ont dit avoir, dans un premier temps, improvisé pour le bien-être de leurs patients, résidents, personnes aidées en assurant des appels téléphoniques journaliers et en mettant en place des portages de repas.

Des disparités sociales et régionales d'accès aux soins ont aggravé la situation ; des dysfonctionnements ont provoqué des mortalités évitables par manque de moyens et de coordination, du fait aussi du cloisonnement des services.

Les dysfonctionnements ont été nombreux : pénurie de certains médicaments, tensions sur les lits dans les hôpitaux publics à cause [d'une utilisation tardive des lits libérés dans les cliniques privées et surtout manque de lits et de personnels. La situation a été catastrophique en EHPAD.](#) A titre d'exemple, le département de l'Isère a été particulièrement touché. Suite à des interventions des organisations de retraités de l'Isère adressées au Préfet (qui a répondu) et à l'ARS (sans réponse), le président du Conseil départemental de l'Isère a réagi : « *En Isère, début novembre, 65 établissements sur 101 étaient concernés par la Covid et 440 salariés en arrêt maladie. Certains établissements ont perdu jusqu'à un tiers de leurs résidents en cinq semaines en raison du coronavirus* ». Ces chiffres ont été dévoilés alors que Santé publique France ne publie aucune info par département.

Un constat : un manque de formation, une impréparation manifeste à la gestion de crise et l'état désastreux du système public de santé après des années de suppression de personnels, de lits d'hôpitaux, de fermetures de services voire d'établissements. Depuis des années, les pouvoirs publics prétendent gérer l'hôpital comme une entreprise et ont recherché la rentabilité.

Le manque de préparation à tous les niveaux des institutions sanitaires d'une crise de cette ampleur en particulier des ARS qui se doivent d'organiser la politique de santé dans les régions, de piloter et réguler l'offre de soins et surtout le pilotage de la santé publique qui comprend la veille et la sécurité sanitaires est flagrant.

Trop souvent, les ARS sont seulement les agents d'exécution des politiques de casse des services publics de santé dans les territoires. Le caractère fulgurant de la progression des contaminations et des pics de décès interroge sur le caractère inopportun, voire inconscient, des consignes diffusées par l'ARS, telles que : « *Le principe est de tester tous les résidents et tous les personnels à compter de l'apparition du premier cas confirmé de malade du Covid19 au sein de l'établissement. Cela permet notamment de regrouper les cas positifs au sein de secteurs dédiés au sein des EHPAD pour éviter les contaminations. Cela permet aussi de prendre des dispositions appropriées à l'égard du personnel selon le résultat des tests. Il est possible d'être testé positif sans ressentir pour autant le moindre symptôme et en pouvant donc travailler. Mais le savoir permet de prendre de meilleures décisions d'organisation par exemple en permettant aux personnels positifs mais asymptomatiques de travailler au sein des unités regroupant des malades.* ».

De tels regroupements sont-ils anodins quant à l'évolution de la gravité de l'affection des personnes atteintes ou quant à l'émergence de nouveaux variants du virus ? C'est plutôt le contraire. En tout cas, personne, ni les préfets, ni les ARS n'ont assumé de telles décisions ! Il semble donc évident que ce n'est pas le principe de précaution qui a prévalu mais celui de l'adaptation des mesures à la quantité de personnels disponibles et à l'objectif d'un accroissement sans fin de leur charge de travail ! Ainsi, jusqu'à début 2021, les établissements ont pu avoir une « tolérance » pour ces soignants, une dérogation, depuis mai 2020, permettant un maintien en poste avec des mesures « renforcées (?) » pour assurer la continuité du service.

Les EHPAD

Ils ont été caractérisés par l'abandon des résidents confinés dans leurs chambres, les oubliés des comptages et des prises en charge et des directeurs d'établissements, de leurs personnels qui ont dû gérer les premiers morts sans aides extérieures.

Le plan bleu est déclenché le **6 mars 2020** dans les EHPAD et les établissements médico-sociaux pour faire face à l'épidémie de coronavirus s'est révélé souvent inadapté.

Le 28 mars, les résidents sont isolés **sans savoir, par manque de tests, si les résidents et le personnel n'étaient pas déjà atteints.**

Les décès dans les EHPAD ne sont pas comptabilisés dans un premier temps, seul l'était le nombre des morts journaliers survenus en milieu hospitalier ET qui n'avaient pas été discriminés pour être pris en charge. Ils représentaient fin décembre 2020 44 % des morts comptabilisés.

Les résidents seuls dans leur chambre, entourés d'un personnel déjà réduit avant la crise, se sont trouvés avec un manque d'activités, de contacts et souvent recevant des soins minima (à noter de nombreux exemples de dévouement courageux de personnels, alors que le coronavirus commençait à faire des victimes chez les personnes âgées, qui se sont enfermés avec leurs pensionnaires). Les personnels, non reconnus, ont dû se débrouiller sans masque ni vêtement de protection.

Au domicile

4,5 millions de personnes âgées vivent à domicile, la plupart du temps seules et isolées, et sont aidées par des aides à domicile.

Elles aussi ont été oubliées dans les premiers recensements.

On a pu constater une grande entraide qui s'est mise en place spontanément, les voisins connaissant des personnes âgées se sont proposés pour faire leurs courses, ont pris des nouvelles par téléphone.

Les accueils de jours ont été fermés et les services d'aides à domicile n'ont pas été prioritaires dans la distribution des rares masques disponibles. Ils ont dû faire face à un manque de personnel et ont essayé de pallier le mieux possible les difficultés pour assurer les aides indispensables en tenant compte de la sécurité de leurs aidés et de leurs salariés, privilégiant le portage des repas, les appels téléphoniques pour s'assurer des besoins essentiels de leurs personnes âgées. Les départements, les associations ont pris le relais pour assurer un minimum de services et de contacts téléphoniques.

Le covid-psy : un des psychiatres, membre du CDCA Paris, décrivait ainsi *des seniors fragiles à domicile ayant adopté des positions de confinement tellement strictes, souvent relayées par leurs enfants, que certains ont fini par décompenser sur un mode de rechute anxio dépressive.*

Les aidants

Depuis le 30 septembre 2020, le congé du proche aidant peut être indemnisé : 43,89 euros pour une personne vivant en couple et 52,13 euros pour une personne seule, par jour, mais seulement pendant un maximum de 66 jours.

Un vade-mecum « solutions de répit », offre des solutions et des bonnes pratiques aux aidants de personnes âgées ou en situation de handicap recevant un proche à domicile, dans le cadre notamment de la fermeture de certains accueils de jour du fait de la crise sanitaire. Reste à en faire le bilan effectif.

Mais pendant la crise, la réduction des personnels a fait peser sur les aidants une charge et une responsabilité qu'ils/elles ne peuvent assumer en l'absence de professionnels absents (réquisitionnés ailleurs, ou malades, ou empêchés de venir).

La fracture numérique

Certains CDCA qui ont mis en place un groupe spécifique sur la fracture numérique ont pu constater que **le confinement avait été le révélateur de la fracture numérique** très souvent dénoncée. La crise sanitaire a révélé l'importance du monde virtuel et la double peine des 13 millions de Français « éloignés » du numérique et par recoupement les groupes avaient estimé à environ 25% la part des seniors et handicapés exclus de l'outil informatique.

Les personnes fragiles, plus confinées que les autres à la demande des pouvoirs publics (« *protégez-vous, restez chez vous* ») sans recours au numérique, se sont retrouvées plus isolées que le reste de la population.

Faisant suite à des enquêtes qui se poursuivent, des groupes de travail des CDCA ont ciblé les populations qui décrochent, l'accès à l'informatique, les sites d'accès, les contraintes physiques, psychiques, financières et ont émis des premières propositions.

L'isolement

Les groupes de travail sur l'isolement, sur les aidants, les aides à domicile, le logement ont pu ou auraient pu suivre avec leur département, l'organisation des moyens pour repérer, souvent en utilisant les fichiers du plan canicule, les personnes isolées confinées et participer à la gestion de la crise et aux travaux de coordination des moyens mis en place avec l'ARS, les organisations, associations locales, les bénévoles...

Conclusion :

Lorsque les CDCA étaient bien implantés, reconnus, dotés de moyens suffisants et assurant un fonctionnement démocratique, ils ont pu participer et continuent à le faire, à la mise en place et au suivi de la gestion de la crise sanitaire et être force de propositions.

Lorsque ~~que~~ les missions et les compétences des membres du CDCA ne sont pas reconnues, le département utilise seul ses propres ressources habituelles et ne bénéficie pas d'informations, de compétences de membres d'associations et d'organisations qui ont une représentation nationale.

Il est aussi fort regrettable qu'un certain nombre de CDCA ne se soient jamais réunis.

L'âge a pu apparaître comme le moyen le plus simple de « trier » les patients à réanimer. Une priorisation temporaire à faire le choix entre un traitement très invasif chez un patient poly pathologique et celui du bénéfice/risques ou de la qualité de la vie.

Le Comité Consultatif National d'Éthique a rappelé que le respect de la dignité humaine inclut le droit au maintien d'un lien social ; que les mesures contraignantes restreignant les libertés doivent être limitées dans le temps et proportionnées, même en établissements médico-sociaux ; que l'hommage rendu à chaque personne décédée est une marque d'humanité précieuse qui ne peut être abolie par décret....

La commission permanente (CP) de la Conférence nationale de santé (CNS), réunie les 20 et 25 novembre 2020, a publié un « point de vigilance » sur les EHPAD fortement impactés par la crise sanitaire, « dont le champ a été élargi à l'ensemble des ESMS [établissements et services médicosociaux] lors de sa réunion du 20 novembre ». Le document a été adopté « en procédure d'urgence » le 25 novembre « par 11 voix [pour] sur 18 membres ».

Elle juge que « les règles relatives à la prévention des contaminations pour les soins et les prises en charge — que ce soit à l'hôpital ou en ESMS — ne peuvent être pleinement respectées sans moyens supplémentaires. D'autant plus que les protocoles mis en place pour les visites des familles, indispensables pour les résidents, s'ajoutent aux charges de travail des équipes déjà en tension ».

Par ailleurs, la conférence « estime que l'éventualité du maintien en poste des personnels contaminés doit être évitée dans toute la mesure du possible, en raison des risques, malgré les mesures de protection, et de la très grande vulnérabilité des personnes hébergées ». « Cette préoccupation prend une dimension accrue en cas de perte de rémunération lors d'un arrêt de travail, pouvant aussi dissuader certains agents de signaler leur état de santé ». Enfin, la CNS « insiste sur la nécessité d'anticiper sur les suites de la crise sanitaire, en vue d'un fonctionnement durablement satisfaisant des établissements, impliquant un très net renforcement des emplois, des effectifs et des qualifications ».

Le bilan est révélateur de nombreuses questions que nous portons régulièrement au niveau du HCFEA, dont certaines avaient été reprises partiellement par le rapport LIBAULT dont nous nous demandons ce qu'il en est advenu.

La préconisation visant à consacrer une augmentation de 35 % de la part des dépenses publiques affectées à la perte d'autonomie des personnes âgées dans la richesse nationale entre 2018 et 2030, soit 1,6 % du PIB en 2030 contre 1,2 % actuellement, va dans le bon sens, même si elle reste nettement insuffisante pour répondre aux besoins à venir, sachant qu'il faudrait au minimum une augmentation d'un point de PIB d'ici 2030.

Le rapport LIBAULT préconise également d'augmenter de 25 % le taux d'encadrement auprès des personnes âgées en EHPAD d'ici 2024 par rapport à 2015.

Cela représenterait une augmentation de 13 équivalents temps plein pour 100 résidents, soit 80 000 professionnels supplémentaires.

Même si nous sommes loin des 200 000 emplois nécessaires aujourd'hui dans ce secteur, ces propositions, si elles étaient mises en œuvre rapidement, donneraient un signe encourageant aux personnels qui les réclament depuis des années, mais aussi aux résidents des EHPAD qui ont vu leurs conditions d'existence se dégrader continuellement depuis la crise du Covid-19.

Pour conclure cette contribution, nous attendons toujours le texte de la nouvelle loi concernant le grand âge et l'autonomie, baptisée loi génération solidaire courant juillet, avant de disparaître du calendrier parlementaire au profit d'une certaine loi instaurant le passe sanitaire beaucoup contesté dans la dernière période.

E. CONTRIBUTION DE LA CNSA

Résultats de l'enquête Covid–Ehpad (à venir début 2022)

Rapports relatifs aux thématiques abordées dans les tables rondes issues de l'appel à projets thématique 2020 « tirer des enseignements de la crise de la Covid-19 (CNSA)

[Isolement des personnes âgées : les impacts de la crise sanitaire](#)

Publié le :21 octobre 2021

L'Association Les Petits Frères des Pauvres publie un rapport sur l'isolement des personnes âgées : les impacts de la crise sanitaire.

[La traversée de la crise 2020 dans les résidences de l'association Monsieur Vincent](#)

Publié le :21 octobre 2021

[Quels enseignements tirer de la crise COVID-19 afin d'adapter les services d'accompagnement à domicile et améliorer la qualité de vie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap](#)

Publié le :21 octobre 2021

L'Association ADMR publie un rapport sur les enseignements tirés de la crise COVID-19 afin d'adapter les services d'accompagnement à domicile et améliorer la qualité de vie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

[Les enseignements de la crise COVID 19 en habitat inclusif](#)

Publié le :21 octobre 2021

[Dispositif flash de retour d'expérience, et résilience et de prospectivité](#)

Publié le :21 octobre 2021 par l'Association Association des Directeurs au service des personnes âgées

[La crise sanitaire, un révélateur de la place accordée aux Vieux dans notre société](#)

Publié le :21 octobre 2021 (L'Association old'up)

D'autres rapports seront publiés ultérieurement¹.

¹ Appel à projets « Etablissements, services, et transformation de l'offre médicosociale »

- Billaud Solène : « Collaborations professionnelles et solidarités au travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : une interrogation au prisme de la crise sanitaire » ;
- Ledoux Clémence : « Perspectives comparées des effets du Covid sur les politiques et les professionnels du care auprès des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile ».

F. CONTRIBUTION DE LA CFDT RETRAITES



Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge et CNSA – séminaire du 12 octobre 2021
 Apport de Jacques Rastoul, CFDT Retraités, expert national et responsable du réseau Inter CVS 91

La crise Covid vue par le conseil de la vie sociale (CVS) en Ehpad

Le conseil de la vie sociale (CVS) est essentiel pour le prendre soin et la participation de tous à la vie collective.

La crise sanitaire a amplifié les problèmes structurels des Ehpad et la maltraitance institutionnelle différente selon les établissements.

Si les professionnels, vu l'urgence sanitaire, ont fait face tant bien que mal, la défiance s'est installée dans la seconde vague de la pandémie entre les personnels, les familles et les résidents à cause de la restriction des libertés. Ces restrictions ont touché surtout les résidents (effets psychologiques et physiques de l'isolement, syndrome du glissement), mais aussi les familles, le personnel et le CVS. L'interdiction des visites en chambre a été préjudiciable au moral des résidents et de leurs proches. L'installation de barnums devant l'Ehpad a permis aux résidents de se retrouver plus largement avec leur famille. Un autre CVS a obtenu en plein confinement, au moment des fêtes de fin d'année la levée pendant une semaine des interdictions de visites en chambre, cette ouverture a été très appréciée par les résidents, les familles et le personnel

Les fins de vie et les deuils ont été difficiles à vivre par tous. Si des familles ont pu participer à l'accompagnement jour et nuit de leur proche jusqu'au bout, c'est loin d'être le cas partout. La non généralisation des soins palliatifs demeure problématique.

Les règles sanitaires imposées lors du décès et des obsèques ont été très mal vécues.

Au début de la crise, beaucoup de direction ont été réticentes à communiquer aux CVS et aux familles la situation précise des résidents, les cas Covid, les décès et leur nombre origine.

Les CVS ont été entravés et l'étaient encore souvent en septembre. Ils n'ont pas pu exercer pleinement leurs missions pendant plus d'un an, d'autant qu'ils disposent que très rarement des coordonnées des familles. Missions qui ne se limitent pas aux seules réunions. Avec les familles, ils ont souvent été empêchés de rencontrer les résidents, les familles et le personnel, y compris dans les animations. Les réunions préparant le CVS avec les familles et résidents n'ont pas peu se ternir. Un CVS a pu organiser cet échange dans un local municipal. Deux CVS ont participé à l'accueil et à l'organisation des visites en soutien au personnel, facilitant ainsi le contact avec les familles. Le bénévolat souvent suspendu pendant la crise a été un obstacle supplémentaire.

Dans le respect des gestes barrières, il n'est pas normal que les représentants des usagers et des familles ne puissent pas remplir complètement leur mission, y compris aller et venir dans

l'établissement pour participer à la vie sociale et vérifier le bien-être et l'attente des résidents.

Exception, un CVS a obtenu une visite des locaux avec la direction.

Les CVS ont été peu ou pas consultés pour des solutions préventives partagées du confinement malgré les recommandations publiques.

Les consignes contradictoires du ministère n'ont permis qu'une ouverture partielle.

La méconnaissance des droits des résidents, de leurs proches et d'élus de CVS est facteur de désinvestissement, de peur des représailles ou de tensions individuelles.

Une vie sociale et démocratique endommagée et préjudiciable

La dynamique collective de la vie sociale par la coopération au bon fonctionnement de l'Ehpad a été remplacée par la sécurité, avec un contrôle individuel nécessaire, mais source de suspicion réciproque. En plus l'image dégradée de l'Ehpad qui s'est installée dans le pays est excessive et contre-productive pour l'attractivité des métiers et les efforts engagés.

De ce fait, **le besoin d'échanges et de conseils entre CVS** en visio pendant la crise sanitaire s'est accru au sein de notre réseau Inter CVS. Des bonnes pratiques ont été repérées. Des CVS ont pu obtenir par exemple que les directions assurent une information aux familles plus transparente et régulière.

Le CVS quand on lui donne de bons moyens de fonctionner est un outil essentiel pour améliorer la vie sociale, la bientraitance et le respect des droits des résidents et des familles. Il doit être représentatif de tous les résidents et pas seulement des « biens portants ».

Le CVS facilite l'approche collective et préventive pour le bien-être de tous, un regard croisé entre les professionnels, les familles et les résidents. Cette écoute et ce regard sont de nature à faciliter la participation et à rétablir la confiance, mais aussi à penser l'Ehpad de demain avec des qualifications et des moyens à la hauteur des pathologies du grand âge en Ehpad.

Pour l'avenir

Le CVS est un outil d'observation, de prévention et de propositions partagées. Les élus des familles sont appelés à jouer un rôle de plus en plus important pour les résidents atteints de troubles cognitifs.

Le CVS devrait exister tout au long du parcours de vie et de santé du domicile à l'établissement et pas seulement à l'approche de la fin de vie pour une culture collective du prendre soin.

Les élus de CVS, à l'appui de bonnes pratiques au sein de réseaux d'échanges et de formation, sont mieux armés pour exercer leur rôle. La CFDT Retraités encourage et soutient les CVS et les Inter CVS. Nous avons produit un guide pratique à cet effet.

Autre constat, le recul de la présence des familles à domicile et en établissement nécessite le renforcement du nombre de professionnels, le rôle du CVS et du bénévolat.

Ce lieu de vie et de fin de vie qu'est l'Ehpad est à repenser et à renforcer dans le prendre soin. En dépendent : les qualifications, l'accompagnement, la médicalisation, le management, la démocratie sociale, avec une approche éthique partagée.

Réseau-CVS





Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :
www.hcfea.fr



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)
Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

