

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

COMMISSION
des AFFAIRES SOCIALES

**Mission d'information
sur les établissements
d'hébergement pour personnes
âgées dépendantes (EHPAD)**

PARIS, le 14 mars 2018

Examen des conclusions de la mission d'information
sur les établissements d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat, rapporteuses

Document provisoire établi sous la responsabilité
du secrétariat de la commission des affaires sociales

SOMMAIRE

	PAGES
INTRODUCTION	7
PREMIÈRE PARTIE – LES CONSTATS UNANIMES ISSUS DU TERRAIN : UNE PRISE EN CHARGE INSATISFAISANTE FACE À L’ACCROISSEMENT DE LA DÉPENDANCE DES RÉSIDENTS	16
I. DES CONSTATS PARTAGÉS PAR L’ENSEMBLE DES EHPAD VISITÉS	16
A. L’ÉVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE	16
1. Quelques chiffres	16
2. Une évolution qui résulte de flux démographiques et de choix politiques	19
B. DES EFFECTIFS INSUFFISANTS POUR GARANTIR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE	20
1. Une charge de travail de plus en plus lourde	20
2. Des effectifs qui ne correspondent pas encore aux besoins	21
3. Des difficultés de recrutement	22
II. EHPAD LIEU DE SOINS, EHPAD LIEU DE VIE : QUELLES RÉPONSES ACTUELLES AUX BESOINS DES RÉSIDENTS ?	24
A. L’EHPAD, QUEL LIEU DE SOINS ?	24
1. L’organisation de la prise en charge médicale en EHPAD.....	24
a. Des médecins libéraux de moins en moins présents	24
b. Le rôle central du médecin coordonnateur : de la théorie à la pratique	26
B. L’EHPAD, QUEL LIEU DE VIE ?	28
DEUXIÈME PARTIE – VERS UN NOUVEAU MODÈLE D’EHPAD : DES INNOVATIONS, DES EXPÉRIMENTATIONS ET DES PROPOSITIONS	31
I. DÈS AUJOURD’HUI, AMÉLIORER À LA FOIS LA QUALITÉ DES SOINS ET LA QUALITÉ DE VIE EN EHPAD	31
A. L’EHPAD, LIEU DE SOINS : AMÉLIORER LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE	31

1. Renforcer l'encadrement.....	31
a. Vers une norme de personnel « au chevet » du résident.....	31
b. Mettre urgemment en place un plan national de formation	33
2. Renforcer la capacité de prescription au sein de l'EHPAD.....	33
3. La télémédecine en EHPAD : un progrès important mais qui a des limites.....	34
a. Le cadre juridique de la télémédecine, de l'expérimentation à la généralisation	34
b. Des bénéfices très importants pour les résidents des EHPAD	35
c. Quelle place pour la télémédecine en EHPAD à l'issue des négociations conventionnelles ?	37
4. Mettre enfin en place une véritable politique de prévention pour l'autonomie, pendant le séjour en EHPAD mais aussi avant l'entrée en EHPAD.....	38
a. Mieux valoriser les actions de prévention en EHPAD	38
b. Prévenir la perte d'autonomie le plus tôt possible.....	39
B. L'EHPAD, LIEU DE VIE : AMÉLIORER LA QUALITÉ D'ACCUEIL ET DE VIE DES RÉSIDENTS.....	42
1. Garantir une qualité minimum des conditions d'hébergement, <i>via</i> notamment une procédure de certification et des indicateurs rendus publics.....	42
2. Un droit au beau et au bon pour nos aînés	44
3. Favoriser l'innovation technique et organisationnelle.....	47
a. Mieux intégrer les technologies.....	47
b. Mieux organiser l'innovation et les expérimentations.....	48
II. À MOYEN TERME, CHANGER DE MODÈLE D'ÉTABLISSEMENT.....	50
A. VERS UN HÉBERGEMENT PERMANENT SPÉCIFIQUEMENT DÉDIÉ À L'ACCUEIL DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES DÉMENTIELS.....	50
B. UN NOUVEAU MODÈLE D'EHPAD : UNE PLATE-FORME DE SERVICES AU CŒUR DU TERRITOIRE.....	53
1. Les atouts de l'EHPAD, acteur de proximité.....	53
2. Promouvoir des établissements offrant une offre diversifiée, centrés sur le parcours de vie de la personne âgée	57
3. L'EHPAD de demain, un lieu ouvert sur son environnement	58
4. L'EHPAD, acteur pivot du maintien à domicile : « l'EHPAD à domicile » ou « hors les murs »	59
TROISIÈME PARTIE – UNE GOUVERNANCE ET UN FINANCEMENT PROFONDÉMENT RENOUVELÉS POUR ACCOMPAGNER CE CHANGEMENT DE MODÈLE.....	62
I. À COURT TERME : ASSURER DÈS AUJOURD'HUI UN FINANCEMENT PLUS ÉGALITAIRE	62
A. SUSPENDRE LA TARIFICATION DÉPENDANCE, QUI A CRÉÉ DE NOUVEAUX DÉSÉQUILIBRES.....	64

1. Les origines de la réforme.....	64
2. Que fait la réforme ?	65
3. Les nouveaux déséquilibres créés par la réforme	65
4. La nécessité d'une suspension de la réforme	69
B. OFFRIR UN VÉRITABLE DROIT D'OPTION EN FAVEUR DU TARIF GLOBAL EN MATIÈRE DE « FORFAITS SOINS »	69
C. SOUTENIR LES PLUS FRAGILES : LA RÉFORME NECESSAIRE DE L'AIDE SOCIALE.....	70
1. Des dispositifs sociaux trop limités face à l'important reste à charge.....	70
2. Réformer l'aide sociale pour la rendre enfin accessible et efficace.....	71
a. « Déverrouiller » l'aide sociale à l'hébergement : aujourd'hui une procédure complexe, coûteuse et injuste	72
b. Préserver et renforcer la portée de l'habilitation à l'aide sociale	73
D. OUVRIR UN DÉBAT NATIONAL POUR UN FINANCEMENT PÉRENNE	74
II. À MOYEN TERME : LES EHPAD DE L'AVENIR DEVRONT POUVOIR COMPTER SUR DES PILOTES BIEN IDENTIFIÉS ET DES FINANCEMENTS RENFORCÉS	75
A. INTERROGER LES RESPONSABILITÉS LOCALES ET NATIONALES	76
1. Une gouvernance multipliant les acteurs	76
a. Un pilotage dual au niveau national.....	76
b. Un pilotage dual au niveau local	77
2. Ouvrir le chantier d'une véritable simplification de la gouvernance.....	78
a. Une gouvernance proactive au niveau national	78
b. Privilégier un acteur unique au niveau local	78
B. DIMINUER LE RESTE À CHARGE POUR L'ENSEMBLE DES RÉSIDENTS.....	80
CONCLUSION DE MME MONIQUE IBORRA, CO-RAPPORTEURE	83
CONCLUSION DE MME CAROLINE FIAT, CO-RAPPORTEURE	83
ANNEXE 1 : LISTE DES PROPOSITIONS.....	85
ANNEXE 2 : COMMUNICATION DE MME IBORRA À L'ISSUE DE LA MISSION « FLASH » (13 SEPTEMBRE 2017).....	88
ANNEXE 3 : LES AUTRES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE	95
ANNEXE 4 : PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LES RAPPORTEURES	98

**ANNEXE N° 5 : LISTE DES ÉTABLISSEMENTS VISITÉS PAR LES
RAPPORTEURS 100**

INTRODUCTION

*« Mourir cela n'est rien
Mourir la belle affaire
Mais vieillir... ô vieillir. »*

Jacques Brel, Vieillir, 1977.

● Plus de cent ans après la première loi évoquant les « hospices »⁽¹⁾ et moins de trois ans après la dernière grande loi traitant de la question du rapport de notre société au vieillissement⁽²⁾, le modèle français de la prise en charge en institution des personnes âgées semble plus que jamais en question. Les signaux faibles tenant au malaise croissant des professionnels ou à l'anxiété persistante des familles, perceptibles depuis déjà quinze ans, ont fait place à une remise en cause plus nette et largement partagée du fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Fermons-nous les yeux depuis trop longtemps sur le quotidien de ces établissements ? Au regard des nombreux rapports parlementaires écrits au cours de la dernière décennie sur la question de la dépendance prise au sens large, il n'est sans doute pas anodin que le présent rapport soit le premier à traiter spécifiquement de la situation des EHPAD.

La profonde crise des EHPAD ne peut laisser indifférent. Les très nombreux courriers qu'ont reçus les rapporteuses tout au long de la mission révèlent d'ailleurs l'inquiétude qui traverse notre société au sujet de ces établissements, inquiétude qui ne peut être réduite à un phénomène médiatique. Que des milliers de professionnels, face à la dégradation de l'état des personnes âgées et à l'anxiété persistante des familles, expriment leur désarroi face à la difficulté de ne pouvoir continuer à exercer dans des conditions humaines et décentes le métier qu'ils ont choisi et qu'ils apprécient ; que leurs directions les soutiennent, estimant ne plus avoir les moyens de gérer leurs établissements avec la qualité de prise en charge et la capacité d'innovation organisationnelle et technologique que réclame un public toujours plus malade et dépendant ; que les familles s'interrogent toujours davantage sur ces institutions dans lesquelles leurs membres espèrent ne pas avoir à finir leurs jours, doutent de leur capacité à pouvoir financer sur leurs deniers les soins dont ils auront besoin au soir de leur vie et éprouvent une immense culpabilité vis-à-vis des solutions qu'ils retiennent

(1) Loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources.

(2) Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

pour leurs parents âgés doit interpeller l'ensemble des décideurs publics dans notre pays.

Sans méconnaître les nombreuses améliorations apportées ces dernières années, il importe aujourd'hui de prendre la pleine mesure du chantier qui doit se poursuivre autour de la question du vieillissement en général et des EHPAD en particulier : il nous faut en effet construire un parcours de vie qui permette à chacun d'envisager sans crainte sa perte d'autonomie future ou celle de ses proches, dans le respect de la liberté de choix de chacun et dans le respect d'une personne humaine qui ne peut être résumée à ses problèmes de santé. Les freins à lever sont nombreux et reconstruire un modèle constitue toujours un défi considérable mais il serait encore plus dangereux de maintenir un système qui ne repose plus que sur le dévouement, jamais assez souligné, des personnels des établissements, sur la solidarité familiale et sur l'abnégation des personnes âgées qui trop souvent renoncent à ce qui est le mieux pour elles en vue de préserver leur famille.

● C'est dans ce contexte de tension, illustré par des mouvements de grève dans certains établissements, que la mission « flash » de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale conduite par Mme Monique Iborra avait rendu ses conclusions, le 13 septembre dernier.

Celle-ci avait dressé quatre constats largement partagés par les professionnels sollicités :

– une population plus âgée et plus malade est prise en charge dans des établissements très encadrés sur le plan des normes sans que les moyens nécessaires ne leur aient été donnés pour faire face à cette évolution du profil des résidents ;

– des sous-effectifs considérables au regard des besoins médicaux des résidents engendrent à la fois une dégradation des conditions de travail et une « maltraitance institutionnelle » ;

– la réforme de la tarification a accru la complexité du cadre financier autour des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et d'équations tarifaires, tout en engendrant des inégalités importantes au détriment des acteurs publics ;

– le reste à charge demeure particulièrement conséquent pour les familles alors que certains départements se désengagent financièrement.

En conséquence, la mission « flash » avait fait plusieurs propositions :

– la mise en place d'un groupe de travail sur la nécessité de mieux reconnaître le métier d'aide-soignant ;

– l'évaluation de l'impact concret de la réforme tarifaire sur les territoires et l'examen des aménagements susceptibles d'être apportés pour assurer une redistribution plus équitable ;

– une priorité mise sur l'orientation des contrats aidés vers les EHPAD, et de manière générale le secteur sanitaire et social, en 2017 ;

– une plus grande transparence sur la qualité des prestations offertes par les EHPAD en publiant leurs évaluations externes.

À l'exception de la recommandation relative aux contrats aidés, les constats les plus inquiétants de la mission « flash » ont trouvé un écho dans les premières mesures annoncées par le Gouvernement pour 2018, notamment sur le plan financier :

– 72 millions d'euros supplémentaires sur le forfait soins pour faire converger les établissements vers un standard de prise en charge plus élevé ;

– 28 millions d'euros pour les établissements se trouvant en difficulté financière ;

– 10 millions d'euros pour renforcer la présence des infirmières de nuit.

À ces mesures s'ajouteront 30 millions d'euros par an à partir de 2019 pour valoriser la prévention et 2 millions d'euros pour accompagner la restructuration des établissements.

Mme Fiat, co-rapporteuse, souhaite toutefois que ces chiffres soient mis en regard de la suppression de nombreux contrats aidés, 12 500 dans les EHPAD publics d'après la Fédération hospitalière de France par exemple, d'une part, et que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté pour 2018 représente des mesures d'économies pour les établissements médico-sociaux de 250 millions d'euros.

Mme Iborra, co-rapporteuse, souligne néanmoins que l'ONDAM médico-social voté pour 2018 progresse de 2,6%, soit plus vite que l'ensemble des dépenses d'assurance-maladie (+2,3%) et que le montant des mesures d'économies évoquées sur le champ médico-social ne concerne pas que les EHPAD.

Conscient comme beaucoup d'autres acteurs que ces sommes ne peuvent répondre à tous les problèmes dans l'immédiat, le Gouvernement a également mis en place un groupe de travail sur la qualité de vie au travail dans les établissements ainsi qu'un groupe de suivi de la réforme de la tarification.

Enfin, la mission appelait à la création par la commission des Affaires sociales d'une mission d'information dédiée, qui aurait vocation à explorer deux axes de réflexion :

– comment doivent évoluer les ressources humaines des EHPAD au regard du public accueilli ?

– quel modèle pour l’EHPAD du futur ?

● C’est ce travail qui a été conduit par la mission d’information constituée au début du mois de décembre 2017.

La mission « flash » ayant conduit de nombreuses auditions, il avait été décidé que cette nouvelle mission s’applique sur des constats issus du terrain, au plus près des professionnels et des résidents.

Conscientes des limites d’une politique construite sans les premiers concernés, d’une part, et des efforts menés par de très nombreux établissements pour améliorer leur gestion et la vie des résidents, d’autre part, les rapporteuses ont souhaité observer et éprouver le fonctionnement d’un nombre significatif d’EHPAD remarquables, quel que soit leur statut juridique. Cela les a conduites à parcourir une partie significative de l’Hexagone, de l’Ariège à l’Ile-de-France, de Metz à Saint-Nazaire, en milieu rural comme en milieu urbain.

Les rapporteuses souhaitent d’ailleurs rendre un hommage appuyé aux personnels des EHPAD qui les ont chaleureusement accueillies tout au long de leur mission. Elles ont pu constater à quel point ceux-ci s’investissent sans compter pour améliorer le quotidien de nos aînés, dans des conditions de travail souvent difficiles, sans toujours obtenir la reconnaissance qui leur est due. Elles ont également pu constater l’engagement passionné de nombreux directeurs d’établissement, qui déploient des trésors d’imagination pour répondre au mieux au besoin des résidents. Enfin, elles souhaitent également saluer les nombreux résidents qu’elles ont rencontrés lors de ces visites.

Désireuses de prendre du champ par rapport au modèle français de prise en charge en institution, elles ont souhaité aller observer directement l’organisation de celle-ci dans deux autres pays qui se situent vraisemblablement à la pointe de ce qui existe en Europe dans ce domaine : les Pays-Bas et le Danemark.

Au total, la mission a visité dix-neuf établissements en France et à l’étranger, présentant tous des caractéristiques intéressantes dans des champs très différents (innovation, organisation, financement, encadrement). Ce sont ces modèles rigoureusement analysés qui inspirent le projet d’EHPAD de demain porté par la mission.

La mission a structuré son diagnostic et ses propositions autour de trois axes :

– le constat largement partagé sur le terrain est celui d’une prise en charge insatisfaisante malgré d’excellentes initiatives ;

– le modèle même de l’EHPAD doit donc être repensé à partir des meilleures innovations et expérimentations, en vue d’offrir un service plus qualitatif, centré sur les besoins du résident et des personnels, à la fois sur le plan des soins, sur celui de l’innovation technologique et du développement des alternatives à une surmédicalisation et surmédication ;

– enfin, la gouvernance et le financement des EHPAD devront être réinventés pour s’adapter à ce nouveau modèle.

Cette approche est nourrie d’une conviction partagée de longue date par les deux rapporteuses : c’est autour des besoins de la personne âgée que doit se penser le nouveau modèle d’établissement. La mission n’a donc pas hésité, lorsque cela lui semblait nécessaire au bien-être du résident et à l’efficacité du système, à s’affranchir du cadre dans lequel s’est construite la politique des personnes âgées et celle des établissements médico-sociaux depuis quarante ans.

● Comment en est-on arrivé à cette crise des EHPAD ? Les rapporteuses sont persuadées que la réponse à cette question n’est pas à chercher exclusivement à l’intérieur des établissements : elle tient surtout à une insuffisante adaptation de notre société à la réalité et aux conséquences du vieillissement. C’est pourquoi elles entendent rappeler que c’est de la rencontre entre un phénomène démographique d’une ampleur inédite et une prise de conscience insuffisante qu’est née la situation actuelle de la dépendance dans notre pays.

Ainsi, l’augmentation sans précédent de la population âgée, aujourd’hui bien connue et documentée pourrait s’accompagner d’une hausse de la perte d’autonomie à des niveaux qui doivent nous pousser à agir dès aujourd’hui. « *Un bébé sur deux qui naît aujourd’hui pourrait devenir centenaire.* » (Professeur Devulder).

Or, la réaction collective à ce vieillissement, quoique parfois tangible dans certaines réformes, s’est révélée jusqu’ici insuffisante pour en saisir pleinement les enjeux. En d’autres termes, les rapporteuses estiment que l’intérêt porté à ces enjeux a été jusqu’ici à la fois trop faible et trop fluctuant. La réflexion du législateur n’a pas été assez loin et s’est résumée très souvent à la problématique du financement.

Ainsi, il leur apparaît que notre société détourne encore trop souvent le regard quant à l’importance de ce défi du vieillissement dont il est vrai qu’il est au croisement de questionnements très profonds sur le corps, la mort ou la maladie. Notre société est désemparée par la vieillesse et la mort et concernant les acteurs, c’est une forte charge émotionnelle qui les caractérise.

● À l’aune de l’histoire longue de la prise en charge du vieillissement, les rapporteuses constatent à la fois une permanence de la problématique et une insuffisance de la prise de conscience, une implication des pouvoirs publics nettement insuffisante, compensée par une gestion technocratique de la problématique du vieillissement.

Ainsi, le débat sur la condition des plus âgés en France s'est longtemps inscrit dans une réflexion plus globale conduite depuis la Révolution sur la « *question sociale* », c'est-à-dire sur la pauvreté de manière générale. Elle s'est ensuite concentrée davantage sur la pauvreté des personnes âgées, après la Seconde guerre mondiale, avant de se focaliser sur la question de la qualité de la prise en charge, plus récemment.

Cette préoccupation ancienne ne doit toutefois pas masquer l'évolution des priorités ni le caractère cyclique de l'investissement politique dans ce champ. Elle ne doit pas non plus nous amener à sous-évaluer la crise dans laquelle se trouvent les EHPAD actuellement.

Ainsi, sans prétendre à l'exhaustivité, on peut constater que la construction de la politique du vieillissement s'est effectuée par étapes, à la fois peu nombreuses et aux résultats souvent ambivalents, peu lisibles par ceux qui devaient en bénéficier.

Le débat a dans un premier temps été provoqué de manière institutionnelle comme en témoigne le **rapport Laroque** de 1962 qui entendait rompre avec la politique d'institutionnalisation associée aux « hospices » tout en interpellant les pouvoirs publics sur la pauvreté persistante de nombreuses personnes âgées, à une époque où les pensions étaient encore très faibles. L'offre de services s'est alors diversifiée dans le sillage du VI^{ème} plan de développement économique et social de 1971 (services d'aide-ménagère, services de soins à domicile, centres de jour, foyers restaurants ou foyers clubs) sans toutefois remettre en cause la place centrale des établissements.

DES PRISES EN COMPTE PAR LE LEGISLATEUR INSUFFISANTES

Le débat a aussi suivi une **activité législative particulièrement espacée**. Il en a été ainsi de la loi de 1975 qui a permis de mieux distinguer dans ce que l'on appelait encore « maisons de retraite » ou « hospices » ce qui relevait de l'hébergement (les établissements d'hébergement pour personnes âgées) et les soins hospitaliers de long séjour, instaurant ainsi une gradation dans la médicalisation des établissements ; elle a également créé les schémas directeurs, ouvrant la voie à une planification administrative de l'offre.

UNE POLITIQUE DU GRAND ÂGE VUE ESSENTIELLEMENT SOUS L'ANGLE FINANCIER

Plus de 20 ans plus tard, les lois de 1997⁽¹⁾ et de 2001⁽¹⁾, créant la prestation sociale dépendance (PSD) puis la remplaçant par l'allocation

(1) Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

personnalisée d'autonomie (APA), ont été conçues autant comme un outil de soutien financier aux personnes âgées que comme un moyen de créer des emplois dans les services à domicile. La loi du 2 janvier 2002 ⁽²⁾ a également contribué à rénover le cadre historique qui datait de 1975.

LA CANICULE DE 2003 : UNE PRISE DE CONSCIENCE TARDIVE

Le débat a été rapidement ré-ouvert à la faveur d'une **crise**, lorsque la canicule de l'été 2003 a provoqué 20 000 décès excédentaires de personnes âgées, soit un tiers de la vague de décès subie par l'Europe. Les travaux sur la prise en charge de la dépendance se sont alors accélérés pour conduire notamment à la loi du 30 juin 2004 ⁽³⁾ créant la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ainsi que la journée de solidarité.

DES DÉBATS, DES RAPPORTS : PAS DE DÉCISION ASSURANT LA PÉRENNITÉ DU FINANCEMENT

Ces quinze dernières années se sont distinguées par la **densité du débat sur les questions de dépendance**, donnant lieu à de nombreuses propositions, dont la mission regrette que **peu d'entre elles aient été mises en œuvre**.

Inspirée de la réforme allemande de 1998, la création d'un « cinquième risque », c'est-à-dire d'un véritable régime spécifique concentrant à la fois des ressources et des prestations spécifiques à la perte d'autonomie, est devenue un objet central du débat sur le vieillissement, comme en témoignent les nombreux travaux gouvernementaux et parlementaires conduits sur cette question entre 2007 et 2012.

La mission commune d'information du Sénat rapportée par M. Alain Vasselle répondait très directement au projet du Président de la République de créer ce cinquième risque par un rapport d'étape, publié le 8 juillet 2008. Celui-ci formulait plusieurs propositions, consistant par exemple à privilégier le financement par un prélèvement sur le patrimoine et à simplifier la gouvernance au profit des conseils départementaux.

Le rapport de la mission d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes présenté par Mme Valérie Rosso-Debord en juin 2010 ⁽⁴⁾ s'était davantage concentré sur les enjeux de prévention et de qualité de la prise en charge tout en faisant le pari d'un financement privé à long terme *via* une assurance privée obligatoire et soutien fiscal au viager.

(1) Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

(2) Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

(3) Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

(4) <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2647.asp>.

Le débat national sur la dépendance dont les conclusions ont été rendues en juin 2011⁽¹⁾ insistait déjà sur la nécessité de changer de regard sur le vieillissement, sur la nécessité d'organiser la prise en charge des personnes dépendantes autour de leurs besoins ainsi que sur celle d'apporter des ressources supplémentaires.

Le rapport sur la dépendance des personnes âgées⁽²⁾ publié par le Conseil économique, social et environnemental (CESE) le 15 juin 2011 a davantage mis l'accent sur le logement et l'accompagnement du parcours tout en préconisant un financement par une hausse de la contribution sociale généralisée (CSG).

Si ces documents convergeaient donc vers un certain nombre de priorités pour revoir le système de prise en charge des personnes âgées, ils divergeaient sur les moyens d'y parvenir.

Or, aucun des choix fondamentaux n'a été tranché et la création du cinquième risque a été tout simplement abandonnée au profit de réformes moins systémiques. De ce fait, les nombreuses avancées obtenues ces dernières années n'ont permis que des progrès partiels et limités.

• Les rapporteuses souhaitent néanmoins souligner les progrès accomplis ces dernières années, tout en regrettant que la plupart de ces initiatives se soient concentrées sur un ou plusieurs aspects de la politique de dépendance sans aspirer à redéfinir un cadre global et cohérent.

La création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)⁽³⁾, chargée de piloter un financement dédié, a représenté un réel progrès de la gouvernance et a permis de mieux identifier l'effort budgétaire national.

Ainsi, il est désormais possible de dire qu'en France, **9,7 milliards d'euros ont été consacrés à la prise en charge des personnes âgées par la CNSA en 2016** et plus de 80 % de ce montant a été dirigé vers les EHPAD⁽⁴⁾.

Les progrès ont également beaucoup reposé sur des plans nationaux thématiques portant à la fois des objectifs ambitieux, une stratégie de prise en charge et des moyens supplémentaires⁽⁵⁾, comme le plan Solidarité Grand Âge et les plans Alzheimer puis Maladies neurodégénératives 2014-2019.

(1) http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_de_debat_national_sur_la_dependance.pdf.

(2) Mme Monique Weber et M. Yves Vérollet, La dépendance des personnes âgées, Conseil économique, social et environnemental, 15 juin 2011. <http://www.lecese.fr/travaux-publies/la-dependance-des-personnes-agees>

(3) Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

(4) On parle d'objectif global de dépenses en faveur des personnes âgées qui regroupe les crédits d'assurance maladie ainsi que les financements propres de la CNSA. Ce montant n'intègre pas les dépenses départementales.

(5) Le plan solidarité grand âge (PSGA) a permis d'engager 851 millions d'euros et de créer 85 994 places dont la moitié en EHPAD. Le plan Maladies neurodégénératives 2014-2019 permettra la mobilisation de 273 millions d'euros et la création de 8 340 places.

Il est néanmoins regrettable que leur réussite quantitative, incontestable, n'ait pas été accompagnée d'une réflexion d'ensemble sur la qualité de l'offre proposée et que les résultats aient été bien souvent retardés par rapport à ce qui était initialement prévu.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015 a également été une étape très importante de transformation du cadre de l'accompagnement des personnes âgées avec la création de nouvelles instances départementales comme la conférence des financeurs, la réaffirmation de droits pour les personnes âgées, la réforme du cadre des établissements et services ainsi que la refonte des aides (notamment de l'APA).

Cet ensemble de mesures positives donne cependant à voir, comme en creux, tous les sujets qui n'ont toujours pas été traités ou des options retenues sans les assumer.

Il n'est ainsi probablement pas sain que les dernières réformes aient constamment confirmé la compétence départementale sans s'interroger sur la pertinence de cet échelon. De même, l'appui – au demeurant, parfaitement nécessaire – donné au développement du domicile ne s'est accompagné d'aucune réflexion sur les conséquences de cette tendance de long terme pour le modèle de l'hébergement institutionnel. Enfin, le débat sur les moyens de la dépendance en général et des établissements en particulier a été largement éludé.

C'est l'ensemble de ces lacunes qui ont conduit à la crise actuelle et qui conduisent la représentation nationale à se pencher de manière approfondie sur ces questions.

PREMIÈRE PARTIE

LES CONSTATS UNANIMES ISSUS DU TERRAIN : UNE PRISE EN CHARGE INSATISFAISANTE FACE À L'ACCROISSEMENT DE LA DÉPENDANCE DES RÉSIDENTS

Au cours des nombreux déplacements réalisés par les rapporteuses, tous les établissements, même les plus dynamiques et les plus innovants, ont dressé le même constat : la difficulté de prendre en charge, à moyens humains constants, des résidents de plus en plus dépendants.

I. DES CONSTATS PARTAGÉS PAR L'ENSEMBLE DES EHPAD VISITÉS

A. L'ÉVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE

Le constat présenté aux rapporteuses par les établissements a été sans appel : les résidents accueillis en EHPAD sont de plus en plus âgés, de plus en plus malades et de plus en plus dépendants.

1. Quelques chiffres

Les résidents des EHPAD sont de plus en plus âgés. En 2015, selon la DREES ⁽¹⁾ :

– l'âge moyen à l'entrée en EHPAD était de quatre-vingt-cinq ans et huit mois, soit une augmentation de plus de deux ans depuis 2007 ;

– 38% des résidents avaient plus de 90 ans, contre 26 % en 2007 ;

– la durée moyenne de séjour en EHPAD était de deux ans et cinq mois.

Parallèlement, les EHPAD se heurtent à des difficultés particulières liées à la prise en charge de résidents beaucoup plus jeunes, aux profils très spécifiques. En effet, les EHPAD accueillent également des personnes handicapées ou atteintes de troubles psychiatriques, qui, du fait de la « barrière d'âge », ne peuvent plus être maintenues dans les institutions où elles étaient accueillies jusque-là. ⁽²⁾

(1) Marianne Muller, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 », DREES, Études & Résultats, n° 1015, juillet 2017.

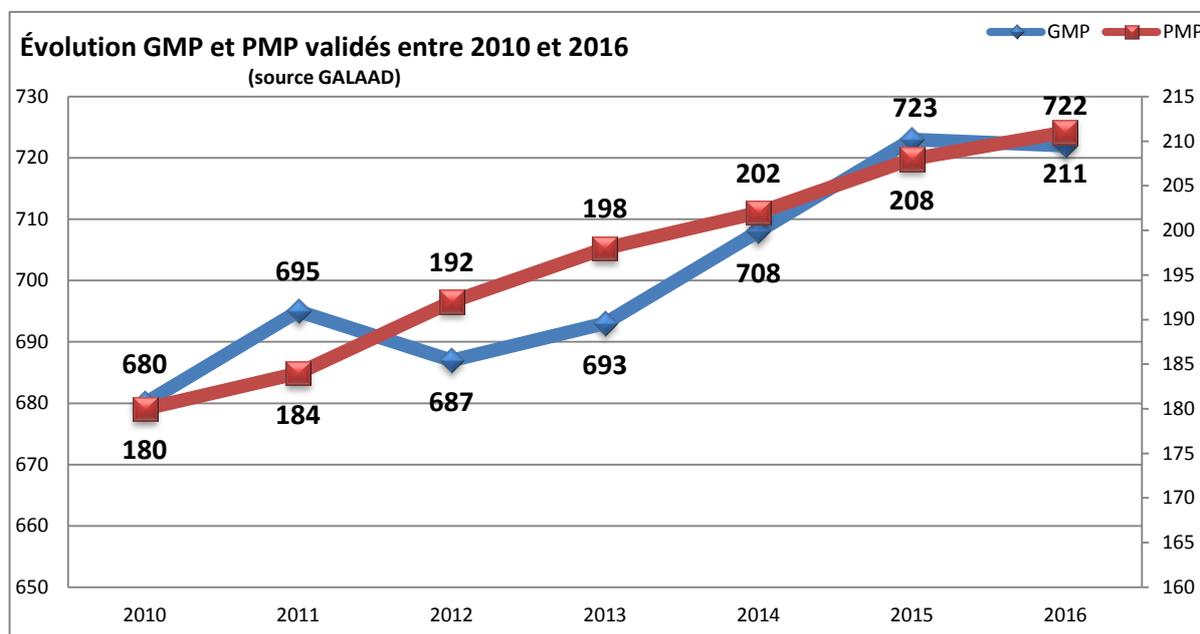
(2) Dans certains cas et sous dérogation, les EHPAD peuvent même accueillir des résidents âgés de moins de 60 ans. Ces dérogations peuvent notamment être accordées aux personnes en situation de handicap par le conseil départemental et avec l'accord de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Ainsi, à la fin de l'année 2015, 2 340 femmes et 3 130 hommes ayant entre 50 et 59 ans étaient accueillis dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Les résidents nécessitent une prise en charge médicale plus importante qu'auparavant :

- un résident d'EHPAD cumule en moyenne **7,9 pathologies** ;
- environ 37 % des résidents souffrent d'au moins une pathologie chronique non stabilisée ;
- 15% des résidents souffrent d'au moins une pathologie aiguë.

Selon la DREES, 49 % des résidents souffriraient de syndromes démentiels, pour beaucoup liés à la maladie d'Alzheimer, et 35 % souffriraient de « troubles chroniques du comportement ». L'ampleur de ce phénomène est encore difficile à quantifier, car les outils d'évaluation AGGIR et PATHOS ne prennent qu'insuffisamment en compte ces pathologies. **Dans beaucoup d'EHPAD visités par les rapporteuses, le personnel a estimé que 70 à 80 % des personnes hébergées seraient atteintes de démences.**

Le graphique ci-dessous, qui retrace le besoin en soins (« Pathos moyen pondéré », PMP) et le niveau de perte d'autonomie des résidents (« GIR moyen pondéré », GMP) déclarés par les établissements, montre comment, en quelques années, l'état de santé comme le niveau d'autonomie des résidents se sont fortement dégradés.



Source : CNSA, *La situation des EHPAD en 2016*.
Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD

PATHOS, GIR, PMP, GMP : définitions

• L'outil « Pathos » : la mesure du besoin en soins

L'outil PATHOS permet d'évaluer la mobilisation sanitaire requise en fonction des pathologies présentées par les résidents des EHPAD. Une évaluation médicale de la situation des résidents est effectuée au moins tous les cinq ans.

Une fois cette évaluation validée par l'ARS, le besoin en soins des résidents est agrégé au niveau de la structure, afin de déterminer le niveau moyen de besoin en soins. Cette évaluation se matérialise par un niveau de Pathos Moyen Pondéré (PMP), dont la valeur intervient dans le calcul de l'équation tarifaire sur le volet soin (financement de l'assurance maladie dont pourra bénéficier l'EHPAD). Plus la valeur du PMP est élevée, plus le besoin en soins des résidents est important.

• La grille « AGGIR » (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources) : la mesure de la dépendance

La grille AGGIR est utilisée pour estimer le niveau de perte d'autonomie de chaque résident en EHPAD. Comme pour l'estimation de leur besoin en soins, cette évaluation est actualisée régulièrement dans les EHPAD.

Cette grille AGGIR définit six « groupes iso-ressources » :

Le GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions mentales sont gravement altérées au point qu'elles nécessitent la présence indispensable et continue d'intervenants.

Le GIR 2 correspond aux personnes confinées au lit ou en fauteuil dont les facultés mentales ne sont pas totalement altérées et nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités.

Le GIR 3 correspond aux personnes qui ont conservé leurs fonctions mentales et partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle (notamment en matière d'hygiène).

Le GIR 4 correspond aux personnes qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer seules et qui doivent être aidées pour la toilette et l'habillage ainsi que celles qui n'ont pas de problème de motricité mais qui doivent être assistées pour les activités corporelles et pour les repas.

Le GIR 5 correspond aux personnes qui peuvent se déplacer, s'alimenter et s'habiller seules mais ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des besoins et le ménage.

Le GIR 6 correspond aux personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes les plus importants de la vie courante.

L'agrégation des niveaux de dépendance des résidents est faite au niveau de la structure, afin d'estimer son niveau de GIR Moyen Pondéré (GMP). Plus la valeur du GMP est élevée, plus le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents est important.

2. Une évolution qui résulte de flux démographiques et de choix politiques

Si l'augmentation du nombre de résidents très âgés est évidemment due à l'allongement de l'espérance de vie et à l'avancée en âge des générations nées dans l'entre-deux-guerres, l'augmentation du niveau de dépendance des personnes accueillies en EHPAD est également **la résultante des choix politiques qui ont été faits au cours des dix dernières années** dans la prise en charge du grand âge.

En effet, si les personnes âgées entrent de plus en plus tard et de plus en plus dépendantes en EHPAD, c'est avant tout parce qu'**au cours de la décennie écoulée, la priorité a été donnée – à juste titre – au maintien à domicile**. Aujourd'hui, l'entrée en EHPAD est bien souvent repoussée le plus possible, jusqu'à ce que le maintien à domicile devienne inenvisageable.

À cela s'ajoute la **diminution du nombre de places en unités de soins de longue durée (USLD)**, structures hospitalières s'adressant à des personnes très dépendantes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante.

Pour mémoire, les USLD prennent en charge des patients plus gravement dépendants que les EHPAD, et doivent par conséquent fournir « *un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum* ». ⁽¹⁾

Entre 2007 et 2010, sur un total initial d'environ 73 000 lits de soins de longue durée, 41 000 ont été convertis en places d'EHPAD et seuls 32 000 ont conservé un statut sanitaire. ⁽²⁾ Les crédits correspondant au fonctionnement des 41 000 lits convertis en places d'EHPAD ont logiquement été transférés de l'enveloppe sanitaire vers l'enveloppe médico-sociale.

Or, si l'écart entre USLD et EHPAD reste significatif en termes de dépendance (84 % de personnes relevant des GIR 1 et 2 en USLD contre 56 % en EHPAD) comme en niveau de soins requis, la fermeture de places d'USLD a mécaniquement conduit les EHPAD à prendre en charge des patients qui étaient auparavant pris en charge dans ces unités hospitalières. La population accueillie aujourd'hui en EHPAD tend donc à se rapprocher de celle qui était accueillie en USLD il y a quelques années, sans toutefois bénéficier de la même prise en charge médicale et des mêmes moyens.

(1) Circulaire n° DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée.

(2) IGAS, Les unités de soins de longue durée, mars 2016.

B. DES EFFECTIFS INSUFFISANTS POUR GARANTIR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE

1. Une charge de travail de plus en plus lourde

L'augmentation du niveau de dépendance des résidents et des soins médicotecniques requis a considérablement alourdi la charge de travail des personnels soignants en EHPAD, mais également la pénibilité physique et mentale de ces métiers, souvent facteur d'épuisement professionnel.

En suite de cette évolution du profil des résidents, les soins, les gestes techniques (transferts) et les toilettes ont pris une place de plus en plus importante dans les missions des soignants, au détriment du relationnel et de l'animation. Ces gestes sont aussi les plus répétitifs et les plus pénibles physiquement : l'indice de fréquence des accidents du travail en EHPAD serait deux fois supérieur à la moyenne nationale toutes activités confondues, et plus élevé que dans le secteur du BTP.

La plus grande prévalence des troubles démentiels pèse également sur la charge de travail, de plus en plus de résidents ayant besoin d'une surveillance constante, mais également sur la pénibilité mentale endurée par les personnels, du fait de la multiplication de la violence, des cris, et du stress engendré par le risque de fugues.

Cette pénibilité mentale peut également venir des relations avec les familles, qui sont consommatrices de temps : au-delà des questions posées par les aidants, les soignants et la direction sont parfois le réceptacle de leur souffrance et de leur sentiment de culpabilité – qui peut se traduire par de l'agressivité.

Moins souvent évoqué, le raccourcissement constant de la durée des séjours a également un impact majeur sur la charge de travail des personnels des EHPAD

– sans même parler de la charge psychologique qui peut peser sur des personnels qui côtoient la mort de plus en plus souvent. En effet, l'accueil et la fin de vie du résident sont les moments du séjour en EHPAD qui demandent le plus de temps : temps nécessaire pour faciliter l'adaptation à un nouvel environnement, souvent vécue difficilement par les nouveaux pensionnaires, mais également temps administratif lié aux procédures d'admission, notamment pour le directeur et le médecin coordonnateur.

Une enquête menée par la DREES et le cabinet ENEIS – auditionné par les rapporteuses – sur les conditions de travail en EHPAD ⁽¹⁾ évoque la « *pression de la pendule* » et la notion de « travail empêché », qui se traduit « *par le sentiment d'aller contre ses propres valeurs professionnelles et personnelles,*

(1) Rémy Marquier, Thomas Vroylandt (DREES) Marie Chenal, Pierre Jolidon, Thibaut Laurent, Clémence Peyrot, Thomas Straub, Camille Toldre (ENEIS Conseil), Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés, septembre 2016.

notamment celles qui les ont conduits à exercer ce métier en institution, comme le fait de donner du sens aux soins apportés aux résidents, afin de tenir les exigences de travail réelles. » Certains soignants évoquent un sentiment de « maltraitance passive » ou de « maltraitance institutionnelle ».

La fatigue des professionnels est accentuée par les rythmes de travail, qui diffèrent selon les établissements : alternance entre jours et nuits, journées continues avec une forte amplitude horaire (journées de douze heures) ou journées de travail coupées. Ces rythmes rendent parfois difficiles l'articulation entre la vie professionnelle et la vie familiale, alors que 87 % des personnels des EHPAD, toutes catégories confondues, sont des femmes.

Directement lié à cette pénibilité, le fort taux d'absentéisme en EHPAD accentue le phénomène : dans de nombreux établissements visités par les rapporteuses, les personnels ont évoqué le sentiment d'être constamment « rappelés » sur leurs jours de congés ou de repos.

2. Des effectifs qui ne correspondent pas encore aux besoins

Alors que ce rapport souhaite se focaliser sur l'encadrement « au chevet » du résident, c'est-à-dire sur les effectifs d'aides-soignants et d'infirmières, la plupart des données dont nous disposons traitent principalement de l'encadrement tout personnel confondu, y compris, par exemple, les personnels administratifs.

Ainsi, le plan Solidarité – Grand Âge de 2006 affichait comme objectif un taux d'encadrement de « 1 sur 1 » en EHPAD, qui était en réalité un taux tout personnel confondu. Par ailleurs, ce taux de « 1 sur 1 » ne devait concerner que les personnes les plus dépendantes, et l'objectif général était de passer d'un ratio moyen de 0,57 à 0,65 pour un résident.

Les ratios recommandés par GIR étaient ainsi de 1 pour 1 pour les GIR 1 ; 0,84 pour les GIR 2 ; 0,66 pour les GIR 3 ; 0,42 pour les GIR 4 ; 0,25 pour les GIR 5 ; 0,07 pour les GIR 6.

Selon les données de la CNSA, le taux d'encadrement médian est aujourd'hui de **61 ETP (équivalent temps plein) pour 100 places**, et, en tenant compte du taux d'occupation des EHPAD, peut être estimé à **62,8 ETP pour 100 résidents**. Il convient en effet de rappeler que ce taux d'occupation est particulièrement élevé ; fin 2015, pour 100 places ouvertes en EHPAD, on comptait 98 résidents effectifs.

Il faut toutefois souligner :

– la **dispersion importante** qui existe entre les EHPAD de l'échantillon analysé par la CNSA, puisqu'après avoir écarté les valeurs extrêmes, le taux d'encadrement global des EHPAD est inférieur à 43,8 ETP pour 100 places pour 10 % des EHPAD de l'échantillon. À l'opposé, 10 % des EHPAD affichent un taux d'encadrement supérieur à 76,2 ETP pour 100 places ;

– que le taux d’encadrement est sensiblement différent selon le **statut de l’établissement** : il est de 49,3 dans les EHPAD privés commerciaux ; 59,6 dans les EHPAD privés à but non lucratif ; 64,1 dans les EHPAD publics hospitaliers et 65,1 dans les établissements publics territoriaux ;

– qu’une forte variabilité existe entre les départements, allant de 51,6 ETP pour 100 places dans la Marne à 71,5 ETP pour 100 places dans l’Isère.

Si l’on s’intéresse uniquement au **taux d’encadrement « au chevet du résident » en aide-soignant, aide médico-psychologique et assistant de soins en gérontologie**, le taux d’encadrement moyen et médian est de seulement **24,5 ETP pour 100 places**. Pour les infirmiers, il est de 6 ETP pour 100 places.

Un effectif de 24,5 ETP pour 100 résidents ne signifie pas qu’un aide-soignant s’occupe en moyenne de quatre résidents par jour, puisqu’une présence continue est assurée de jour comme de nuit en EHPAD. Si l’on prend en compte le temps de travail hebdomadaire des personnels soignants ainsi que leurs jours de congés et de RTT – mais pas l’absentéisme ni les temps de formation –, cela signifie en réalité que **le temps moyen consacré à chaque résident est inférieur à une heure par jour**.

Le taux d’absentéisme doit également être pris en compte. Pour mémoire, il est particulièrement élevé en EHPAD : d’après le baromètre de l’absentéisme réalisé par le cabinet Alma CG, il apparaît, sur la base d’un échantillon d’entreprises, que le taux d’absentéisme moyen pour raisons de santé en EHPAD serait 1,3 fois plus important que dans le secteur de la santé. Pour les rapporteuses, les conditions de travail difficiles en EHPAD sont à la fois une cause et une conséquence de cet absentéisme élevé.

Dans les EHPAD visités par les rapporteuses, chaque aide-soignant s’occupe chaque matin de **10 à 14 résidents**. Si l’on considère que les toilettes ont lieu de 8 heures à midi, cela ne permet même pas de consacrer une demi-heure à chaque résident.

3. Des difficultés de recrutement

Tous les directeurs d’établissements rencontrés par les rapporteuses ont fait état de fortes difficultés à pouvoir les postes vacants. Ces difficultés sont évidemment liées aux conditions de travail dans les EHPAD, mais également au regard porté par notre société sur le vieillissement en général, et sur ces établissements en particulier.

Selon la DREES, en 2015, 44,1 % des EHPAD déclaraient rencontrer des difficultés de recrutement, proportion allant jusqu’à 49 % dans les EHPAD privés lucratifs. En comparaison, seulement 33 % des USLD et moins de 8 % des foyers-logements interrogés dans la même enquête témoignaient de difficultés de recrutement.

Aide-soignant, AMP, ASG : définitions

Alors que le métier d'aide-soignant est reconnu comme une profession de santé, ce n'est pas le cas de l'aide médico-psychologique, considéré comme un travailleur social. Ce diplôme a été remplacé en 2016 par le « diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social ».

Les aides-soignants et les aides médico-psychologiques qui le souhaitent peuvent également suivre une formation complémentaire d'« assistants de soins en gérontologie ». Pour cela, ils bénéficient de 140 heures pour apprendre à mieux accompagner les personnes âgées malades d'Alzheimer hébergées en établissement (unités d'hébergement renforcé, pôles d'activités et de soins adaptés), ou suivies par des SSIAD spécialisés, comme le prévoit le plan Alzheimer 2008-2012, qui a créé cette nouvelle fonction.

Dans l'ensemble des établissements visités par les rapporteuses, les personnels se sont dits particulièrement satisfaits de cette formation.

Or, ces formations dans le domaine sanitaire et social incombent aux régions depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Celles-ci doivent ainsi assurer le fonctionnement des organismes de formation, financer et gérer les aides individuelles destinées aux élèves/étudiants de ces formations et concevoir la stratégie de développement des actions de formation ⁽¹⁾. Il leur reviendra donc de prendre toutes les mesures nécessaires pour améliorer et renforcer ces dispositifs.

Face à l'absentéisme comme aux vacances de postes, les établissements doivent régulièrement **faire appel à l'intérim**, coûteux, parfois sans succès.

Si ces difficultés de recrutement concernent tous les postes, et notamment ceux de directeurs d'établissements et de médecins coordonnateurs, la situation est particulièrement préoccupante pour les aides-soignants.

Les interlocuteurs des rapporteuses ont fait part d'une désaffection récente des candidats au concours : à titre d'exemple, en Occitanie, le nombre de candidats au concours d'entrée des instituts de formation des aides-soignants aurait diminué de 30 % en 2017. Cette formation attire notamment de moins en moins d'étudiants à la sortie des études secondaires, la majorité des étudiants étant en reprise d'études.

Parallèlement, le métier d'aide-soignant fait systématiquement partie des dix métiers les plus recherchés identifiés dans l'enquête en besoins de main-d'œuvre réalisée par Pôle emploi. Mais face à ces difficultés de recrutement, les rapporteuses souhaitent également mettre en garde contre l'impact potentiel d'une « crise des vocations » sur la qualité de la prise en charge : travailler en EHPAD n'est pas un métier comme un autre, et orienter vers le métier d'aide-soignant des personnes sans aucune appétence pour cette filière pourrait avoir des conséquences sur la bientraitance.

(1) La région est ainsi chargée de la réalisation et du pilotage du schéma régional des formations sanitaires et sociales (SRFSS).

L'absentéisme conjugué aux difficultés de recrutement conduit à des phénomènes importants de **glissements de tâches** : les missions du médecin coordinateur sont effectuées par les infirmiers, celles des infirmiers par les aides-soignants, celles des aides-soignants par les auxiliaires de vie sociale. Par ailleurs, de plus en plus de personnes ne bénéficiant pas de la formation d'aides-soignants sont recrutées sur des postes de « faisant fonction ». Ces glissements de tâches sont évidemment sources d'inquiétudes fortes pour les soignants, conduits à exercer dans une situation légale mal définie des actes pour lesquels ils ne sont pas formés. Ainsi, lors des visites effectuées par les rapporteuses, les personnels ont fait part de leurs inquiétudes quant à la déqualification des métiers et à la dévalorisation de leurs compétences.

II. EHPAD LIEU DE SOINS, EHPAD LIEU DE VIE : QUELLES RÉPONSES ACTUELLES AUX BESOINS DES RÉSIDENTS ?

La question de l'évolution des EHPAD est régulièrement posée en ces termes : l'EHPAD doit-il être un « *lieu de vie dans lequel on soigne* » ou un « *lieu de soins dans lequel on vit* » ? Malheureusement, pour les rapporteuses, force est aujourd'hui de constater que l'EHPAD n'est ni tout à fait l'un, ni tout à fait l'autre.

A. L'EHPAD, QUEL LIEU DE SOINS ?

Les EHPAD sont, par définition, des maisons de retraite médicalisées.

Pourtant, alors que les résidents nécessitent de plus en plus de soins, les EHPAD sont touchés de plein fouet par les tensions qui pèsent aujourd'hui sur l'offre de soins de ville en France : le recours à des professionnels de santé salariés comme à des libéraux se révèle souvent être un casse-tête pour les EHPAD – toutes catégories de professionnels confondues.

Ces difficultés d'accès aux soins ont un impact non négligeable sur la qualité de la prise en charge des résidents : on estime ainsi qu'environ 60 % des passages aux urgences pourraient être évités si les maladies chroniques étaient correctement prises en charge en EHPAD.

1. L'organisation de la prise en charge médicale en EHPAD

a. *Des médecins libéraux de moins en moins présents*

- Les médecins libéraux interviennent de la même manière en EHPAD qu'à domicile.

Le médecin des résidents d'EHPAD est donc leur médecin traitant : comme à domicile, c'est le **principe de libre-choix du médecin par le malade**, consacré par le code de la santé publique, qui prévaut.

Depuis 2002,⁽¹⁾ l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles prévoit toutefois une condition à cet exercice de la médecine libérale en EHPAD : « *des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* ». Ce n'est qu'en 2010 que cette possibilité s'est concrétisée, les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes libéraux intervenant dans l'établissement devant désormais conclure un contrat relatif à leurs conditions d'exercice avec le directeur d'établissement.⁽²⁾ Ce contrat doit permettre d'assurer l'organisation, l'information, la coordination et l'évaluation des soins.

Dans la pratique, partout où les habitants peinent à avoir accès rapidement à un médecin libéral, les résidents d'EHPAD rencontrent ces mêmes difficultés, bien souvent exacerbées.

- La difficulté de faire venir le médecin traitant au sein de l'EHPAD a été évoquée dans tous les établissements visités par les rapporteuses. Elle est évidemment plus ou moins forte selon les territoires, en fonction de la démographie médicale, mais elle est cependant présente partout.

Se déplacer à l'EHPAD apparaît en effet trop chronophage dans un emploi du temps médical contraint, et les résidents d'EHPAD sont parmi les premiers à pâtir de la diminution des visites à domicile effectuées par les généralistes. L'EHPAD étant par essence un établissement médicalisé, la prise en charge du résident apparaît *a priori* moins urgente, son médecin traitant pouvant avoir l'impression que celui-ci est déjà pris en charge par l'institution.

Un nombre est très éclairant : sur les 40 000 visites réalisées chaque année par « SOS Médecins » dans les EHPAD, 40 % ont lieu non pas au titre de la permanence des soins mais au titre de la continuité des soins, c'est-à-dire de jour, aux heures d'ouverture des cabinets des médecins généralistes.

Au-delà de la question de l'accès aux soins pour les résidents, la difficulté d'accès au médecin traitant a également des conséquences non négligeables sur la bonne organisation des soins en EHPAD : les visites se font souvent à la fin de la journée, les médecins doivent régulièrement se contenter de faxer leurs prescriptions, l'établissement doit parfois se charger lui-même de trouver un nouveau médecin traitant à un résident s'il n'en a pas déjà un ou si celui-ci n'accepte plus de se déplacer... Elle rend également la coordination de l'équipe médicale plus difficile : le directeur d'un EHPAD visité par les rapporteuses

(1) Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

(2) Ce décret a fait l'objet d'un recours devant le Conseil d'État, présenté notamment par le Conseil national de l'ordre des médecins et le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Le Conseil d'État avait alors jugé que cette disposition ne méconnaissait pas le principe du libre choix de son médecin par le patient (Conseil d'État, 1^{ère} et 6^{ème} sous-sections réunies, 20 mars 2013).

soulignait par exemple qu'aucun médecin libéral n'était jamais venu aux commissions de coordination gériatrique organisées par l'établissement.

● Si la question de l'accès au médecin traitant est la plus cruciale, cette difficulté d'accès à la médecine de ville en EHPAD a aussi d'autres dimensions :

– tous les EHPAD visités ont témoigné de renoncements aux soins importants en ce qui concerne les soins bucco-dentaires et les consultations de médecins spécialistes ;

– les EHPAD ont du mal à recruter des kinésithérapeutes libéraux. Pour pallier ce manque, certains établissements, dont l'EHPAD visité par les rapporteuses à Foix, ont recours à des animateurs d'activité physiques adaptés, issus d'une formation de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS).

b. Le rôle central du médecin coordonnateur : de la théorie à la pratique

Créée en 1999, ⁽¹⁾ la fonction de médecin coordonnateur a été précisée par décrets successifs (en 2005, 2007, 2011 puis 2016), puis consacrée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009.

L'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles dispose désormais que « *le médecin coordonnateur contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments* » et des dispositifs médicaux.

Selon la DREES, **8 % des médecins généralistes exercent aujourd'hui la fonction de médecin coordonnateur dans un EHPAD.**

Depuis 2005, le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un diplôme spécifique (diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie ; capacité de gérontologie ou diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD) ⁽²⁾.

● L'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles énumère les **quatorze missions du médecin coordonnateur.** ⁽³⁾

(1) Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

(2) Article D. 312-157 du code de l'action sociale et des familles.

(3) Celui-ci doit notamment élaborer le projet de soins de l'établissement ; donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir ; présider la commission de coordination gériatrique de l'établissement ; évaluer et valider l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins ; veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques ; participer à la politique de formation de l'établissement ; élaborer le dossier type de soins ; établir un rapport annuel d'activité médical ; donner un avis sur le contenu et participer à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé ; collaborer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés ; identifier les risques éventuels pour la santé publique ; élaborer les mesures particulières prises pour assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir.

Le droit de prescription des médecins coordonnateurs est limité aux « situations d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins » – cette mission n'ayant été ajoutée au nombre des missions du médecin coordonnateur qu'en 2011.

Dans la pratique, les médecins coordonnateurs sont régulièrement obligés de pallier l'absence de médecins traitants.

● Le temps de présence du médecin coordonnateur est défini au niveau réglementaire ⁽¹⁾ et correspond à :

– un équivalent temps plein de 0,25 pour un établissement dont la capacité autorisée est inférieure à 44 places ;

– un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places ;

– un équivalent temps plein de 0,50 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ;

– un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places ;

– un équivalent temps plein de 0,80 pour un établissement dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 200 places.

En pratique, les EHPAD ont aujourd'hui de grandes **difficultés à recruter des médecins coordonnateurs** : un tiers des EHPAD en seraient actuellement dépourvus. La pyramide des âges des médecins coordonnateurs est également source de préoccupation : selon une enquête menée par l'association nationale des médecins coordonnateurs et du secteur médico-social (MCOOR), auditionnée par les rapporteurs, 72 % seraient âgés de plus de 50 ans, et 30 % de plus de 60 ans.

Comment expliquer ce manque d'attractivité du rôle de médecin coordonnateur en EHPAD, alors que les jeunes généralistes privilégient l'exercice regroupé et pluridisciplinaire ? De nombreuses explications sont avancées, parmi lesquelles :

– les difficultés de positionnement auxquelles peuvent être confrontés ces médecins par rapport aux médecins traitants ;

– la lourdeur des tâches administratives qu'ils ont à effectuer : ces tâches prennent largement le pas sur les activités soignantes, apanage des médecins traitants, et contraignent beaucoup le temps consacré à la coordination ;

– le sentiment d'un exercice isolé de la médecine ;

(1) Article D. 312-156 du code de l'action sociale et des familles.

- le niveau de la rémunération ;
- le sentiment d'un manque d'indépendance par rapport à l'institution.

B. L'EHPAD, QUEL LIEU DE VIE ?

Pour les rapporteuses, si l'EHPAD n'est pas tout à fait un lieu de soins, il n'est pas non plus tout à fait un lieu de vie. En cause : l'insuffisante adaptation aux besoins et aux rythmes de vie des résidents.

La coexistence au sein de mêmes établissements de résidents aux profils très différents – atteints de démences ou non, personnes très âgées ou personnes d'une soixantaine d'années atteintes de maladie psychiatriques ou de handicap – complique la définition d'une réponse adaptée aux besoins.

L'évolution du profil des résidents accueillis en EHPAD invite en effet à une réflexion renouvelée sur la garantie des droits et libertés, à laquelle les personnels rencontrés par les rapporteuses sont confrontés au quotidien : alors qu'une majorité de résidents d'EHPAD sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, comment garantir leur liberté d'aller et venir tout en assurant leur sécurité ? Comment recueillir leur consentement au quotidien ? Alors que les résidents sont de plus en plus dépendants et ont besoin d'aide pour se lever, pour se coucher, pour leur toilette, comment s'assurer du respect de leur intimité et de leurs choix de vie ?

Pour mémoire, dans la continuité de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui a considérablement fait progresser les droits des personnes âgées et handicapées bénéficiaires d'un accompagnement social et médico-social., la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a renforcé ces garanties, en consacrant la recherche du consentement de la personne à être accueillie mais également la liberté d'aller venir en établissement.

La loi prévoit ainsi que des mesures restreignant cette liberté d'aller et venir ne peuvent être prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus. Elles sont définies après examen du résident et au terme d'une procédure collégiale mise en œuvre à l'initiative du médecin coordonnateur de l'établissement ou du médecin traitant.

Les rapporteuses considèrent que l'existence même d'unités fermées, sur le modèle de celles qui prévalent aujourd'hui, est contraire à la liberté d'aller et venir des résidents, et qu'elles n'offrent pas une réponse appropriée à leurs besoins. De telles unités fermées peuvent-elles être considérées comme de véritables lieux de vie ?

PASA, UHR, Unités Alzheimer : de quoi parle-t-on ?

Le plan Alzheimer 2008-2012 a permis de créer deux types d'unités soumises à autorisation dédiées aux résidents souffrant de troubles du comportement, depuis intégrées dans le droit commun :

– les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA).

Dédiés aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, les PASA proposent, dans la journée, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécifiquement aménagé.

L'ensemble du personnel intervenant dans le PASA est spécifiquement formé à la prise en charge des maladies neurodégénératives, et l'équipe doit *a minima* être composée d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute, d'un assistant de soins en gérontologie et d'un psychologue. ⁽¹⁾

– les unités d'hébergement renforcé (UHR).

Dédiées aux résidents souffrant de syndromes psycho-comportementaux sévères, qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents, elles accueillent en moyenne quatorze résidents.

Contrairement aux PASA, qui fonctionnent en journée uniquement et accueillent les résidents de l'EHPAD par rotation, les UHR accueillent les mêmes résidents nuit et jour. L'hébergement ainsi que les activités sociales et thérapeutiques sont réunis au sein de cette unité fermée, en général grâce à un digicode. Cette unité doit disposer d'une ouverture sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse.

Comme pour les PASA, l'ensemble du personnel doit être spécifiquement formé à la prise en charge des maladies neurodégénératives. Le personnel doit être composé d'un médecin (en pratique, le médecin coordonnateur de l'EHPAD), d'un infirmier, d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute, d'un aide-soignant ou d'un aide médico-psychologique ou d'un accompagnement éducatif et social, d'un assistant de soins en gérontologie, d'un personnel soignant la nuit et d'un psychologue.

– les unités Alzheimer.

Beaucoup d'établissements continuent à disposer d'une unité Alzheimer non « labellisée », intitulées unité de vie protégée spéciale Alzheimer ou cantou. En général, les résidents ne restent pas dans ces unités tout au long de leur séjour, mais passent en unité « normale » lorsqu'ils ne sont plus capables de se déplacer seuls.

Au total, plus de la moitié des établissements disposent d'au moins une unité dédiée aux personnes âgées souffrant de démences. Ces unités peuvent accueillir douze à quatorze personnes.

(1) Article D. 312-155-0-1 du code de l'action sociale.

**PROPORTION D'EHPAD DECLARANT DISPOSER D'UN PASA,
D'UNE UHR OU D'UNE UNITE ALZHEIMER**

Proportion d'établissements déclarant disposer d'	... un PASA*	... une UHR**	... une unité Alzheimer
Total	20,6	3,3	46,7
EHPAD privés à but lucratif	14,2	2,4	57,7
EHPAD privés à but non lucratif	21,4	2,1	49,8
EHPAD publics	23,3	4,6	38,7
<i>dont EHPAD publics hospitaliers</i>	<i>26,0</i>	<i>10,0</i>	<i>38,5</i>
<i>dont EHPAD publics non hospitaliers</i>	<i>21,9</i>	<i>1,7</i>	<i>38,8</i>

Source : DREES.

Si une majorité d'EHPAD disposent aujourd'hui d'unités dédiées, le nombre de personnes accueillies dans ces unités représente seulement 40 % de l'effectif des résidents souffrant de maladie Alzheimer ou de maladies apparentées selon la DREES.

Si l'on considère l'ensemble des résidents souffrant de troubles psycho-comportementaux ou cognitifs, et que l'on prend en compte la fréquence à laquelle chaque résident a la possibilité de se rendre aux activités organisées par le PASA, force est de constater que ces prises en charges spécifiques ne suffisent pas à répondre aux besoins des résidents.

Ces dispositifs sont par ailleurs répartis sur le territoire de manière inégale. Selon la Fondation Médéric Alzheimer, si la France rurale est bien dotée en équipements dédiés aux malades d'Alzheimer, le Sud de la France, la couronne parisienne et certaines grandes villes comme Lyon, Grenoble, Toulouse et plus particulièrement Paris le sont beaucoup moins.

DEUXIÈME PARTIE

VERS UN NOUVEAU MODÈLE D'EHPAD : DES INNOVATIONS, DES EXPÉRIMENTATIONS ET DES PROPOSITIONS

I. DÈS AUJOURD'HUI, AMÉLIORER À LA FOIS LA QUALITÉ DES SOINS ET LA QUALITÉ DE VIE EN EHPAD

Les rapporteuses considèrent qu'il faut désormais sortir de l'opposition entre l'EHPAD « *lieu de soins* » et l'EHPAD « *lieu de vie* », et améliorer à la fois la qualité du soin et la qualité de vie en EHPAD, sans négliger l'un au profit de l'autre.

A. L'EHPAD, LIEU DE SOINS : AMÉLIORER LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE

1. Renforcer l'encadrement

a. Vers une norme de personnel « au chevet » du résident

Pour les rapporteuses, appeler à l'amélioration de la prise en charge – soignante, mais pas seulement – des résidents d'EHPAD ne sera qu'un vœu pieu si les moyens humains nécessaires n'accompagnent pas ces évolutions.

● Pour s'assurer que nos aînés soient pris en charge dignement, la priorité doit être de **définir un ratio opposable de personnel par résident**. Selon le Conseil d'analyse économique, de telles normes existent déjà en Allemagne, dans certains cantons suisses et dans plusieurs États américains (calculées en nombre d'heures par jour passées auprès de chaque résident). ⁽¹⁾

Le ratio doit évidemment être calculé à **partir du besoin des résidents**.

Pour les rapporteuses, un ratio « toutes catégories de personnel confondues » n'est donc pas pertinent et il faut se concentrer sur les personnels au chevet du résident, c'est-à-dire, dans le modèle actuel, les infirmiers et les aides-soignants. Selon l'ensemble des personnels interrogés par les rapporteuses, le temps moyen qu'il est nécessaire de consacrer au résident serait **d'au moins une heure et demie par jour** : une demi-heure pour la toilette, une demi-heure pour le repas, les temps consacrés aux nombreux transferts, à l'incontinence, aux chutes,

(1) CAE, « *Quelles politiques publiques pour la dépendance ?* », Les notes du Conseil d'analyse économique, n° 35, octobre 2016.

etc. et à un peu de lien social. Ce calcul ne tient pas compte du temps nécessaire aux transmissions entre soignants ou aux échanges avec les aidants. **C'est sur cet objectif d'une heure et demie par résident et par jour qu'il faut s'appuyer.**

Selon les travaux menés par la Fédération hospitalière de France et le Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC) en 2009, il est constaté pour les soins d'hygiène qu'un ratio de personnel soignant de :

« – 0,6 soignant [60 pour 100 résidents] par résident permet d'assurer une toilette adaptée chaque jour, et un bain tous les 15 jours. Il permet aussi de suivre l'état cutané et d'assurer une prévention d'escarres, des soins de nursing journaliers et un habillage soucieux de l'image corporelle du résident.

« – 0,3 soignant [30 pour 100 résidents] n'autorise qu'une seule toilette, aux gestes plus rapides, prodiguée le plus souvent au lit et de manière partielle. En outre le bain n'est plus donné tous les 15 jours (shampooing non fait, soins d'ongles et soins de bouches non faits, entretien de la prothèse dentaire non régulier) et les soins de nursing restent succincts. »

Aujourd'hui, ce ratio est de 0,245 aides-soignants (24,5 pour 100 résidents) et de 0,06 infirmiers (6 pour 100 résidents). Pour atteindre un ratio de 0,6 (60 pour 100 résidents), **un doublement du nombre de soignants « au chevet » (aides-soignants et infirmiers) en EHPAD est donc indispensable.**

<p>Proposition n° 1 Rendre opposable une norme minimale d'encadrement en personnel « au chevet » (aides-soignants et infirmiers) de 0,6 (soit 60 ETP pour 100 résidents), dans un délai de quatre ans maximum, ce qui revient à doubler le taux d'encadrement actuel.</p>
--

Pour Mme Fiat, co-rapporteuse, une telle proposition suppose un effort financier ambitieux, qu'elle estime entre 8 et 10 milliards à terme en fonction de la répartition du recrutement entre aides-soignants et infirmiers.

Mme Iborra, co-rapporteuse, considère que la proposition nécessite, au-delà de l'aspect quantitatif, une réorganisation du travail dans les établissements et qu'il convient surtout de mettre l'accent sur les attentes très fortes que suscite une telle proposition avant de s'interroger sur la distribution des moyens, qui relève d'un débat plus global (cf. proposition n° 2).

● Par ailleurs, il convient de soulager la charge de travail qui pèse aujourd'hui sur les personnels des EHPAD en développant, au sein de ces établissements, les nouveaux contrats « parcours emploi compétences » et le recours aux jeunes en service civique. Cela permettra de mieux sensibiliser les jeunes à la problématique du vieillissement et aux opportunités qu'offre ce secteur, tout en permettant de renforcer le lien humain dans les EHPAD, en

libérant du temps pour le personnel soignant. Le recours à ce type de contrats doit notamment être favorisé sur les postes d'animation.

Proposition n° 2 Orienter prioritairement vers les EHPAD l'attribution des nouveaux contrats « parcours emploi compétences » et encourager le recours aux jeunes en service civique par les EHPAD.

b. Mettre urgemment en place un plan national de formation

L'instauration d'une norme minimale de personnel auprès du résident ne sera possible que si un grand plan de formation est mis en place par les pouvoirs publics. Les régions devront jouer un rôle moteur dans cet effort de formation.

Ce plan doit notamment avoir pour objectif :

– de mieux valoriser et de mieux prendre en compte la réalité du métier d'aide-soignant, par exemple en prenant en compte les travaux de l'Institut national de recherche et de sécurité – INRS ⁽¹⁾ – qui étudient la charge physique et psychologique sur les professionnels ; de manière plus générale, il convient d'ailleurs de s'appuyer sur les analyses très complètes de cet organisme qui explore les conditions d'exercice des travailleurs des EHPAD sur de multiples aspects.

Proposition n° 3 Actualiser les compétences des aides-soignants et réfléchir à une revalorisation de leur statut.

– de changer le regard porté sur les métiers du grand âge.

Proposition n° 4 Mettre en place un grand plan national de communication sur les métiers de la filière gérontologie.

2. Renforcer la capacité de prescription au sein de l'EHPAD

Si l'extension du droit de prescription des **médecins coordonnateurs** reste un sujet sensible, les professionnels rencontrés sur le terrain par les rapporteuses s'y sont montrés assez favorables, et, selon une enquête menée par MCOOR, plus des trois quarts des jeunes médecins coordonnateurs souhaitent l'élargissement de leurs possibilités de prescrire.

Mme Monique Iborra, co-rapporteuse, considère qu'il est effectivement nécessaire de **donner au médecin coordonnateur un véritable droit de prescription**, afin de renforcer la qualité et la réactivité de la prise en charge médicale ainsi que l'attractivité de la fonction. L'augmentation du temps de

(1) L'Institut a été également sollicité par les rapporteuses pour éclairer ses réflexions sur ses normes d'encadrement.

présence du médecin coordonnateur doit être le corollaire de l'extension de cette capacité de prescrire, afin qu'elle ne se fasse pas au détriment des autres missions. Une telle extension ne remet pas en cause le libre choix de son médecin par le patient : les résidents conservent la possibilité de choisir un autre médecin traitant que le médecin coordonnateur.

Mme Caroline Fiat, co-rapporteuse, considère au contraire que le périmètre des missions du médecin coordonnateur ne doit pas être modifié et que celui-ci doit garder le recul nécessaire à l'exercice de sa fonction de coordination. En revanche, il devrait être assisté, dans chaque EHPAD, d'un **médecin gériatre à plein temps**, qui aurait le droit de prescription.

<p>Proposition n° 5 Donner un véritable droit de prescription au médecin coordonnateur, tout en augmentant son temps de présence en EHPAD.</p>

3. La télémédecine en EHPAD : un progrès important mais qui a des limites

a. Le cadre juridique de la télémédecine, de l'expérimentation à la généralisation

- Pour le moment, la télémédecine en EHPAD s'effectue encore largement dans un cadre expérimental.

Une expérimentation portant sur le champ de la télémédecine en ville et dans les structures médico-sociales a été engagée dès la LFSS pour 2014. Sa mise en œuvre a été lente – un arrêté est venu préciser le cahier des charges de ces expérimentations en avril 2016 seulement – et s'est révélée trop contraignante.

Pour remédier à ces inconvénients, la LFSS pour 2017 a allégé les procédures de déploiement. Elle a également prévu le financement du surcoût engendré par la mise en place des expérimentations pour les établissements et structures requérant une consultation dans le cadre de la télémédecine. Un forfait est attribué *via* le fonds d'intervention régional, sous certaines conditions précisées par arrêté (nombre de transports évitables, nombre de téléconsultations mises en œuvre). Son montant annuel a été fixé à 28 000 euros ⁽¹⁾.

Parallèlement aux expérimentations menées dans le cadre financier défini par les LFSS, l'assurance maladie et les médecins libéraux se sont accordés sur le financement de deux actes spécifiques de télémédecine en EHPAD dans le cadre de la convention médicale conclue 2016 :

– la téléexpertise entre deux médecins généralistes à l'occasion d'un changement de médecin traitant au moment de l'admission en EHPAD ;

(1) Arrêté du 10 juillet 2017 fixant le financement forfaitaire mentionné au II de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

– la téléconsultation d’un résident en EHPAD par son médecin traitant.

• Les négociations conventionnelles engagées en suite de la LFSS pour 2018 vont permettre d’intégrer la télémédecine dans le droit commun.

L’article 54 de la LFSS pour 2018 prévoit la détermination du financement des actes de télémédecine par la voie conventionnelle. Les négociations ont débuté en janvier 2018 et il est prévu qu’elles durent trois mois.

Le texte prévoit cependant le maintien des textes d’application et des « stipulations conventionnelles » portant sur les expérimentations jusqu’à la conclusion de l’avenant à la convention médicale et au plus tard le 1^{er} juillet 2019.

Cette disposition permet d’assurer le financement transitoire des actes de télémédecine aujourd’hui pris en charge à titre expérimental jusqu’à ce que les actes inscrits au remboursement dans le cadre conventionnel entrent en vigueur. Elle permettra notamment de maintenir en vigueur les deux arrêtés précités.

b. Des bénéfiques très importants pour les résidents des EHPAD

Les rapporteuses ont pu visiter de nombreux EHPAD ayant mis en place la télémédecine, avec une grande variété d’équipements (station fixe, chariot mobile, tablettes, lunettes connectée, etc.) et d’organisations (coopération avec un centre hospitalier ou des médecins libéraux).

Trois expérimentations de télémédecine en EHPAD observées par les rapporteuses

Au cours des déplacements effectués dans le cadre de la mission d’information, les rapporteuses se sont rendues dans plusieurs EHPAD ayant mis en place des expérimentations de télémédecine. La totalité des expériences observées visaient à requérir l’avis d’un médecin spécialiste ; la possibilité de téléconsultation avec le médecin traitant semble peu utilisée.

1/ L’expérimentation de télémédecine en EHPAD mise en place par le **CHU de Bordeaux depuis 2013** est particulièrement aboutie : elle a permis de réaliser plus de 1 300 actes depuis 2015, dont 683 en 2017.

La pièce maîtresse de cette expérimentation est la cellule régionale. Constituée d’un cadre de santé et de deux secrétaires, elle assure la coordination du dispositif et met en relation les quatre centres experts requis (CHU de Bordeaux, CH de Cadillac et CH de Charles Perrens pour la psychiatrie, MSP Bagatelle pour les plaies) et les 62 EHPAD dans lesquels cette expérimentation a été déployée.

Cette cellule permet également de former et d’accompagner les équipes au déploiement de la télémédecine et d’échanger sur les contraintes de chacun.

Dans le cadre de cette expérimentation, des EHPAD en milieu rural ont été désignés « EHPAD ressources » : des téléconsultations peuvent être organisées au sein de l’EHPAD à destination de personnes extérieures. Dans ces EHPAD, une infirmière dédiée a été désignée pour faire le lien entre l’établissement, les médecins généralistes et les services d’aides ou de soins à domicile.

Deux expérimentations viennent également d'être mises en œuvre sur la télé-expertise dédiée aux plaies chroniques et la télé-odontologie.

2/ L'expérimentation mise en place par l'association Echosanté puis par le **centre hospitalier Ariège-Couserans** (public), montre l'utilité de la télémédecine en milieu rural et de montagne.

Financé dès 2009 par des fonds européens, ce programme a permis d'équiper en matériel de télémédecine sept EHPAD, dont certains très éloignés du centre hospitalier le plus proche. Au plus fort de l'expérimentation, sept EHPAD ont pu participer à des téléconsultations ou téléexpertises, dans quatre domaines : plaies et cicatrisation, douleur, psychogériatrie, gérontologie.

3/ **L'EHPAD Repotel de Marcoussis** (privé commercial), qui fait appel à une solution de télémédecine proposée par une entreprise privée. Cette entreprise propose, pour un forfait de 199 euros par mois et 3 euros par lit comprenant la tablette, les objets connectés et un abonnement à la 4G. L'établissement requis est une clinique privée : pour le moment, trois médecins de cette clinique participent à l'expérimentation de télémédecine.

4/ L'établissement **Saint-Vincent-de-Paul de Bruguières** (public) a mis en œuvre une coopération avec un cabinet de médecins et d'infirmiers libéraux, spécialisés dans les plaies et cicatrisations. Ce cabinet utilise des lunettes 3D connectées : ces dernières, portées par un infirmier, permettent au médecin requis de réaliser une téléconsultation.

De manière unanime, les EHPAD ont souligné les bénéfices de la télémédecine sur les soins apportés aux résidents, et notamment :

– un **accès facilité pour tous les résidents à l'expertise spécialisée**, indépendamment de la localisation géographique de l'EHPAD, limitant le renoncement aux soins ;

Selon une étude menée dans le cadre de l'expérimentation mise en place par le CHU de Bordeaux ⁽¹⁾ dans la moitié des cas seulement, un avis spécialisé aurait été sollicité par consultation ou hospitalisation même sans la télémédecine. Pour l'autre moitié, le niveau de dépendance et la difficulté de transporter les résidents auraient entraîné un renoncement aux soins ;

– un plus grand **confort pour les résidents**, leur évitant d'être transportés, d'attendre parfois longtemps d'être reçus et de perdre leurs repères ;

– la **possibilité pour les soignants et pour la famille d'assister à la consultation**, ce qui permet notamment au médecin requis de recueillir des informations supplémentaires sur l'état de santé du résident, parfois déterminantes dans le diagnostic. Par exemple, dans un établissement visité par les rapporteuses, le témoignage d'une aide-soignante lors d'une téléconsultation a permis de diagnostiquer l'épilepsie d'un résident. Selon les données transmises par le CHU

(1) Salles N., Baudon M-P, Caubet C. et al., « Consultation de télémédecine pour les personnes âgées posant le problème de plaies chroniques notamment à type d'escarres », La recherche européenne en télémédecine, vol. 2, n° 3-5, novembre 2013.

de Bordeaux, quatre personnes en moyenne participent à une téléconsultation en EHPAD.

Par ailleurs, selon tous les personnels des EHPAD interrogés par les rapporteuses, la télémédecine contribue également à la **montée en compétence des soignants** et à la **diffusion de bonnes pratiques**, en leur permettant d'échanger directement avec des spécialistes.

Le recours à la téléconsultation permet également d'améliorer l'attractivité des EHPAD auprès des personnels soignants, notamment des médecins, qui apprécient de pouvoir échanger avec des spécialistes sur des prises en charge complexes et se sentent ainsi moins isolés.

Aujourd'hui, la télémédecine en EHPAD est principalement utilisée pour les troubles du comportement, les plaies chroniques complexes (notamment les escarres), la dermatologie, la psychiatrie, la gériatrie. L'ensemble des interlocuteurs rencontrés par les rapporteuses ont souligné que la télémédecine fonctionnait très bien pour les consultations en psychiatrie et pour les troubles du comportement, notamment pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

Évidemment, si les bénéfices de la télémédecine sont très importants, elle **ne peut pas être la réponse à tous les problèmes d'accès aux soins que connaissent aujourd'hui les EHPAD** et elle ne remplacera jamais le contact humain dont nos personnes âgées ont avant tout besoin.

Les rapporteuses tiennent notamment à mettre en garde contre l'idée selon laquelle la télémédecine pourrait être le remède à la désertification médicale : certes, elle est une réponse pertinente aux problèmes d'accessibilité, mais elle nécessite un temps soignant équivalent, voir supérieur, à celui de la médecine « en face à face ».

En effet, les rapporteuses ont pu constater que la télémédecine en EHPAD est davantage consommatrice de ressources humaines qu'une consultation classique, puisque les soignants de l'EHPAD doivent préparer le matériel qui servira à la consultation, préparer le patient, l'accompagner à la consultation et l'assister lors de la consultation. De l'avis de l'ensemble des interlocuteurs rencontrés, la réussite d'un projet de télémédecine nécessite également des efforts de formation et d'accompagnement des personnels de l'établissement.

c. Quelle place pour la télémédecine en EHPAD à l'issue des négociations conventionnelles ?

Les rapporteuses s'interrogent sur les modalités du financement du surcoût engendré pour les établissements, au-delà de la rémunération de l'acte médical : une fois que l'arrêté du 10 juillet 2017 cessera de produire ses effets, un forfait continuera-t-il à compenser ces surcoûts ?

Les rapporteuses s'interrogent également sur la souplesse du dispositif qui sera retenu à l'issue des négociations conventionnelles. À titre d'exemple, la consultation de télémédecine en EHPAD sera-t-elle conditionnée à une prescription par le médecin traitant ? Au vu de la difficulté d'accéder aux médecins traitants évoquée plus tôt, cela pourrait constituer un frein au développement de la télémédecine en EHPAD.

Si la plupart des obstacles à la télémédecine observés par les rapporteuses (manque de visibilité sur le long-terme, démarches administratives auprès de l'ARS trop lourdes, expérimentations limitées à neuf régions), trouveront une réponse dans l'intégration de la télémédecine dans le droit commun, reste le plus fondamental : s'assurer que tous les EHPAD soient correctement équipés en internet à très haut débit, ce qui n'est pas encore le cas dans certaines régions... qui sont souvent celles qui ont le plus besoin d'avoir recours à la télémédecine.

Proposition n° 6 Prévoir le financement du temps de coordination indispensable à la télémédecine en EHPAD.

4. Mettre enfin en place une véritable politique de prévention pour l'autonomie, pendant le séjour en EHPAD mais aussi avant l'entrée en EHPAD

a. Mieux valoriser les actions de prévention en EHPAD

Alors que de nombreux EHPAD font des efforts importants en termes de prévention, axés notamment sur la nutrition et la prévention des escarres, ces efforts apparaissent aujourd'hui insuffisamment valorisés.

Selon la CNSA, auditionnée par les rapporteuses, la prévention peut aujourd'hui être accompagnée financièrement par les agences régionales de santé (ARS) uniquement à travers l'enveloppe des « financements complémentaires » et d'autres crédits non reconductibles dont elles disposent. En 2017, 3,7 millions d'euros seulement ont été alloués aux EHPAD au titre de la prévention ; ils ne concernent que 332 établissements, situés dans huit régions. Les rapporteuses considèrent que ces financements dédiés, mal connus des établissements et inégalement répartis sur le territoire, ne sont pas suffisants pour valoriser les efforts de prévention des EHPAD.

Parallèlement, le système de financement fondé sur les grilles AGGIR et PATHOS décourage parfois ces efforts de prévention. À plusieurs reprises, des directeurs d'EHPAD ont confié leur frustration aux rapporteuses : « *si l'on met tout en œuvre pour permettre au résident de recouvrer une partie de son autonomie ou pour améliorer son état de santé, notre dotation va diminuer !* ».

La prévention de la perte d'autonomie nécessitera donc de **sortir de la logique d'un niveau de prise en charge proportionnel au niveau de dépendance, car accompagner les résidents les moins dépendants dans leurs**

gestes du quotidien nécessite au moins autant de temps et d'efforts que les soins apportés à une personne grabataire.

Les travaux réalisés au cours des dernières années par le comité scientifique du référentiel PATHOS ont permis d'actualiser en ce sens les ordonnances PATHOS, en intégrant la définition de six ordonnances de prévention, relatives aux domaines suivants : prévention des escarres, de la dénutrition, des chutes, évaluation du risque psychologique, dépistage des déficits sensoriels, et le calendrier vaccinal. Ces ordonnances décrivent notamment les moments auxquels les personnes âgées sont particulièrement exposées au cours de leur vie en établissement et définissent les outils permettant d'évaluer le niveau du risque et les procédures à mettre en place quand le risque est élevé.

Les rapporteuses considèrent que la prise en compte de ces éléments de prévention, notamment par le biais de l'actualisation du référentiel PATHOS, doit être pleinement intégrée au financement des EHPAD.

Proposition n° 7 Accompagner les EHPAD dans leurs efforts de prévention, par le biais de financements dédiés.

b. Prévenir la perte d'autonomie le plus tôt possible

La France est globalement en retard en matière de prévention ; elle l'est particulièrement en ce qui concerne la prévention de la perte d'autonomie.

• Les rapporteuses ont pu le constater lors de leur déplacement au **Danemark, beaucoup plus avancé sur ces questions**. La mission a pu observer à quel point les sociétés néerlandaise et danoise se sont approprié ces enjeux, bien au-delà de la question de la prise en charge médico-sociale. Le travail de fond mené à la fois par les communes et par le ministère de la Santé, sur la sensibilisation des enfants dès le plus jeune âge, à l'école, grâce à des outils pédagogiques, aux enjeux des troubles cognitifs, ainsi que la formation structurée et renforcée des aidants sur la connaissance des pathologies, sont de nature à construire une société qui accepte mieux son vieillissement.

Ainsi, la municipalité d'Aalborg soutient plusieurs démarches en direction de sa population en proposant des cours à l'école sur la maladie, en soutenant des groupes qui présentent une image à la fois décomplexée et pédagogique de la maladie (les « *dementia friends* » qui existaient également au Royaume-Uni ⁽¹⁾), mais aussi en épaulant fortement les aidants à travers des groupes de soutien et de la formation sur la maladie et sur la communication avec la personne malade. Cette formation s'appuie souvent sur les établissements qui offrent toute l'expertise pour assurer ce soutien.

(1) L'expérience a été évoquée par Mme Mélissa Petit, sociologue, en audition.

Le ministère de la santé danois prévoit par ailleurs de mettre en place des outils innovants à destination des enfants comme un livre et un MOOC (cours en ligne) dans le cadre de son ambitieux plan de prise en charge de la démence.

● En France, la prévention de l'autonomie reste encore très insuffisante malgré la mise en place par la loi ASV de la **conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie**. Cet organisme est chargé de coordonner au niveau départemental les actions conduites en matière de prévention par de nombreux acteurs publics (département, agence régionale de santé, etc.) et privés (institutions de retraite complémentaires, mutuelles, etc.).

La conférence des financeurs est essentiellement financée par un concours de 127 millions d'euros de la CNSA en 2016 ⁽¹⁾.

Le bilan de la première année de fonctionnement montre cependant que certaines difficultés subsistent :

– le financement des actions de prévention répond à des conditions d'engagement particulièrement complexes, et la nature des équipements et des aides techniques pouvant faire l'objet de l'aide est peu lisible ⁽²⁾;

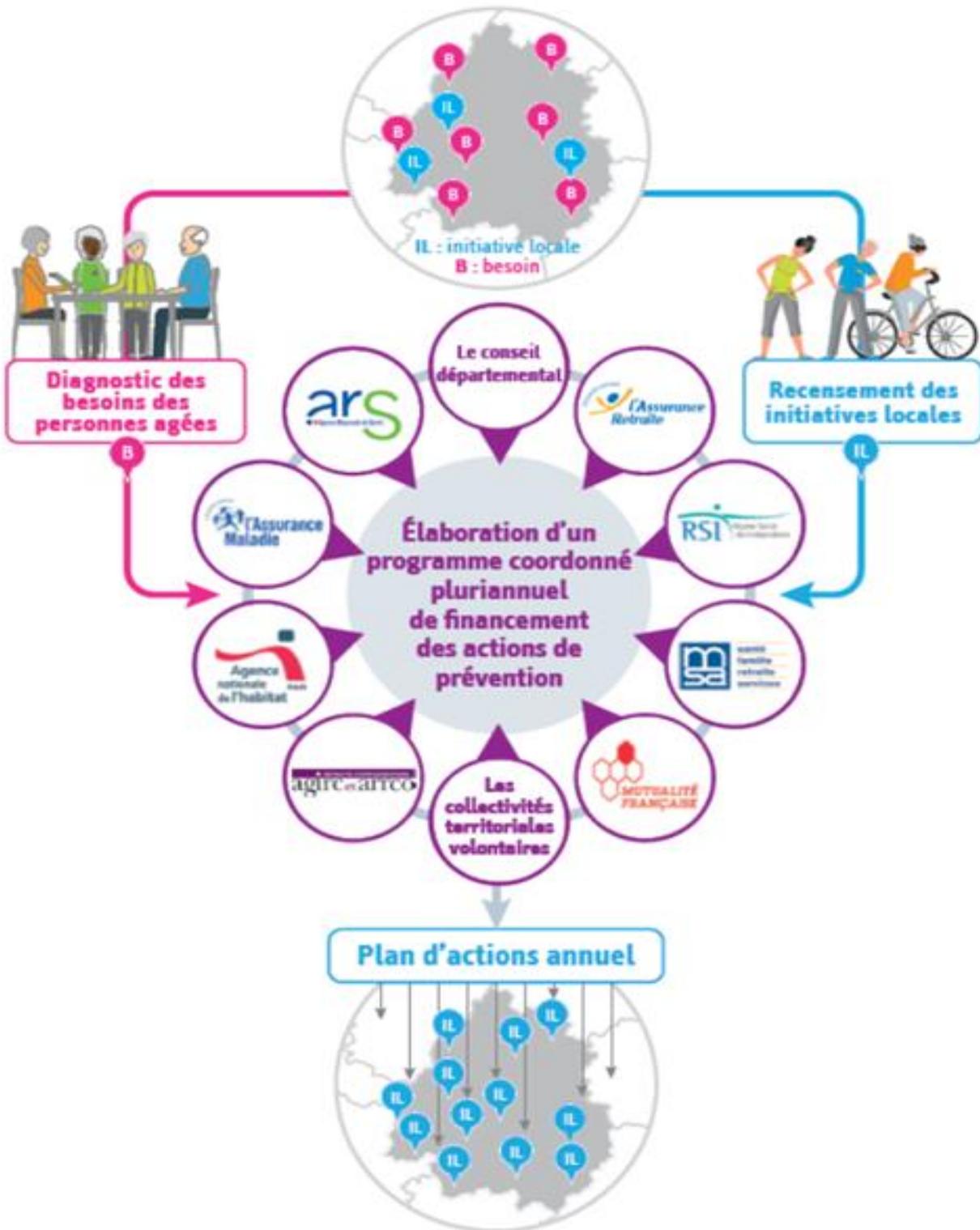
– les données qui remontent à la CNSA sont insuffisantes et non fiables de sorte qu'il est difficile d'évaluer l'efficacité et la qualité des actions de prévention financées.

L'efficacité de ce dispositif reste donc à ce jour incertain, et il devra probablement être amélioré tant sur ses modalités de fonctionnement que sur l'évaluation de ses actions.

(1) Ces montants n'ont été engagés qu'à hauteur de 46 % en 2016.

(2) C'est notamment ce que montre le rapport d'évaluation IGA-IGAS de la loi ASV sur le volet domicile, décembre 2017, p. 79. Le rapport s'interroge ainsi sur l'éligibilité des aides techniques de seconde main.

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie



Source : cahier pédagogique de la CNSA sur la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

- Les rapporteuses estiment que **la prévention de la perte d'autonomie doit avoir lieu le plus tôt possible.**

Elles proposent donc la mise en place d'une consultation spécifique à domicile, gratuite, effectuée par un médecin de la CPAM, accompagné d'un travailleur social du département, à 65 ans puis à 70 ans. Cette consultation devrait permettre d'évaluer l'état de santé et la dépendance de la personne âgée ainsi que son niveau d'isolement, mais également de l'informer sur les aides matérielles et financières dont elle peut bénéficier, éventuellement dans la perspective d'une entrée en établissement. Une telle possibilité existe par exemple au Danemark où, à partir de 70 ans, la personne âgée volontaire peut recevoir une visite à domicile gratuite ce qui permet d'identifier les besoins.

<p>Proposition n° 8 Mettre en place une consultation à domicile gratuite prise en charge par l'Assurance maladie, à 65 ans puis à 70 ans, destinée à évaluer l'état de santé et la dépendance et à informer le bénéficiaire des aides disponibles.</p>

B. L'EHPAD, LIEU DE VIE : AMÉLIORER LA QUALITÉ D'ACCUEIL ET DE VIE DES RÉSIDENTS

Si l'amélioration de la prise en soin des résidents en EHPAD doit être une priorité, **l'EHPAD ne doit pas pour autant se rapprocher du modèle hospitalier**. L'EHPAD est avant tout « *la transposition en établissement du domicile du résident* » et doit **rester un véritable lieu de vie**.

1. Garantir une qualité minimum des conditions d'hébergement, via notamment une procédure de certification et des indicateurs rendus publics

De l'avis de toutes les personnes auditionnées par les rapporteuses, les générations qui arriveront en EHPAD dans les années qui viennent seront beaucoup plus exigeantes que celles hébergées actuellement. Élevées dans un plus grand confort, elles et leurs aidants hésiteront probablement moins à faire valoir leurs droits. Les EHPAD doivent être en mesure de répondre à ces exigences croissantes, en donnant une place au projet hôtelier tout autant qu'au projet de soins.

- Or, pour le moment, certains EHPAD – même s'ils sont une minorité – ne répondent pas aux standards de confort minimum que les résidents et leurs familles sont en droit d'attendre.

À titre d'exemple, dans certains établissements, beaucoup de chambres sont des chambres doubles et les résidents partagent des salles de bains communes – alors que l'arrêté du 26 avril 1999 précité prévoit explicitement que l'espace privatif du résident « *comprendra toujours un cabinet de toilette intégré (douche,*

lavabo, sanitaires) ». Comment, dans ces conditions, respecter la dignité et l'intimité de la personne âgée ?

Proposition n° 9 Mettre en œuvre un plan de rénovation permettant de mettre en conformité les établissements qui ne répondent pas aux standards de confort minimum.

● Il ne faut toutefois pas se contenter de rénover les établissements vétustes, mais aller plus loin en adaptant le cahier des charges définissant les recommandations relatives à la qualité de vie des résidents – qui date de 1999 – aux exigences actuelles, qu'il s'agisse de la taille des chambres ou de leur équipement, par exemple en Wi-Fi. Une fois encore, ce travail de restructuration devrait pouvoir utilement s'appuyer sur les travaux très approfondis de l'INRS sur les conditions de la bonne prise en charge en EHPAD par les personnels.

Proposition n° 10 Réviser l'arrêté du 26 avril 1999⁽¹⁾ afin de donner aux résidents des EHPAD une qualité de vie adaptée à notre temps.

● Enfin, la qualité des EHPAD doit être mieux **contrôlée** et **certifiée**, et **rendue publique**.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a créé un droit à l'information des personnes âgées et de leurs familles sur « *les formes d'accompagnement et de prise en charge adaptées aux besoins et aux souhaits de la personne âgée en perte d'autonomie* » (article L. 113-1-2 du code de l'action sociale et des familles).

C'est dans cet esprit que la CNSA et le ministère des solidarités et de la santé ont lancé le portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, qui permet de comparer les prix et les prestations des EHPAD et d'estimer le reste à charge mensuel de la personne hébergée en EHPAD, après déduction de l'APA et des aides au logement.

Si la création de ce portail a constitué une avancée importante, il faut désormais aller plus loin et s'orienter vers une information plus qualitative sur les établissements à destination des personnes âgées et de leur famille, allant au-delà des seules informations financières. Des indicateurs relatifs à la qualité des prestations des EHPAD devraient ainsi être rendus publics par la CNSA.

Cela nécessitera de repenser le processus d'évaluation externe des EHPAD, qui apparaît aujourd'hui insatisfaisant, afin de le rendre plus efficace et plus transparent.

(1) Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

L'évaluation externe et interne des établissements médico-sociaux

L'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, issu de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, prévoit que les établissements et services sociaux et médico-sociaux :

– procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent (évaluation interne) ;

– font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur (évaluation externe). C'est l'établissement lui-même qui sélectionne l'organisme qui réalisera son évaluation externe, parmi ceux qui ont été habilités par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). 1 314 organismes étaient habilités au 31 décembre 2015.

Dans un rapport de juin 2017 sur le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux, l'IGAS a souligné la grande diversité des profils des évaluateurs et l'hétérogénéité des rapports produits, sur la forme comme sur le fond, ainsi que la dépendance entre l'évaluateur et l'établissement qui le choisit, le rémunère et réceptionne le rapport.

Cette procédure d'évaluation rénovée devrait tenir compte de l'organisation interne de l'établissement mais aussi de la satisfaction des patients et des mesures prises pour respecter leurs droits. Elle devrait s'effectuer notamment à partir de visites réalisées par des experts indépendants, sur la base d'un référentiel et d'indicateurs. Ces indicateurs devraient impérativement être rendus publics. Selon les interlocuteurs auditionnés par les rapporteuses, des réflexions sont déjà en cours sur ce sujet, et devraient être facilitées par l'intégration de l'ANESM au sein de la HAS, prévue par la LFSS pour 2018 et qui sera effective le 1^{er} avril 2018.

Dans cette optique, la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale a approuvé le 29 novembre le programme de travail de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), qui prévoit la réalisation d'une étude relative aux évolutions possibles de la démarche qualité des EHPAD. Mme Annie VIDAL a été désignée rapporteuse de cette étude par la MECSS le 14 décembre.

Proposition n° 11 Réformer la procédure d'évaluation externe des EHPAD, en prévoyant la mise en place d'une véritable certification, et la publication d'indicateurs de qualité pour chaque établissement.

2. Un droit au beau et au bon pour nos aînés

Loin de l'image de l'EHPAD « mouiroir », ressemblant à un hôpital, les rapporteuses ont eu l'occasion de visiter de nombreux EHPAD offrant un cadre de vie agréable, recréant véritablement la sensation d'être au domicile, et orientés

vers le respect de la citoyenneté du résident. Ces expériences doivent être généralisées.

Pour cela, le projet architectural des EHPAD doit être une priorité. Pour les rapporteuses, il est primordial que ces projets soient, dès la définition du cahier des charges, conçus en collaboration avec les équipes des EHPAD et les associations représentant les personnes âgées et leurs familles.

Le choix de l'emplacement est primordial. Trop souvent, les EHPAD sont installés en périphérie. Or, il faut privilégier les EHPAD ancrés dans un territoire, si possible au cœur des bourgs, intégrés à un projet de quartier, développer les projets avec les crèches, les médiathèques, les cinémas, etc.

Dans les EHPAD visités à **Maromme** et à **Albi**, les rapporteuses ont pu apprécier le bénéfice apporté par une implantation en cœur de ville. Des projets architecturaux peuvent aussi favoriser la cohabitation intergénérationnelle et l'ouverture vers l'extérieur : à **l'EHPAD de l'Abbaye de Saint-Maur-des-Fossés**, l'établissement accueille une crèche et un théâtre, qui contribuent grandement à l'ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur. L'établissement traversé par un « couloir-rue » bordé de commerces (coiffeur, magasin de vêtements, etc.) reproduit le cadre familial et accueillant d'un petit village.

Surtout, l'architecture des EHPAD doit chercher à créer le sentiment d'être au domicile et préserver l'intimité du résident : il ne faut pas voir la chambre du résident comme une chambre, mais bien comme un logement.

Au Danemark, les rapporteuses ont pu observer l'importance donnée à l'architecture des EHPAD, qui cherche à recréer cette sensation d'intimité et donne une grande place à l'esthétique. C'est le cas de l'établissement Fremtidens Plejehjem d'Aalborg, qui privilégie la « sensorialité », l'inclusion au sein du quartier mais également l'espace – avec des chambres d'en moyenne 55 m².

Les projets de médiation artistique (notamment musicaux) que les rapporteuses ont pu observer dans certains EHPAD contribuent également à ce « droit au beau ».

L'EHPAD « Le village des Aubépins » (Maromme, Seine-Maritime)

Le projet architectural de l'EHPAD des Aubépins a particulièrement convaincu les rapporteuses.

Cet EHPAD, entièrement reconstruit en 2013, a été conçu avec le personnel de l'ancien EHPAD (menacé de fermeture pour de graves non-conformités réglementaires) : il a été pensé non seulement pour faciliter le travail des professionnels, mais surtout dans l'objectif de proposer une qualité de services et une qualité de vie à l'ensemble des résidents.

Le projet architectural de cet EHPAD se caractérise par :

1/ Un **emplacement idéal**, en plein cœur de la commune de Maromme, bien relié par les transports en commun, en face de l'église et de l'espace culturel, à côté de la médiathèque et d'une école primaire.

2/ Des « **logements** » (terme préféré à celui de chambre) qui **recréent l'impression d'être à domicile** (parquet au sol, kitchenettes, heurtoirs sur les portes, boîte aux lettres devant chaque chambre), et une architecture qui recrée l'atmosphère d'un village, autour de « rues » et de « places ». Le PASA est appelé « club ».

3/ Un **EHPAD totalement ouvert sur la ville**. Au rez-de-chaussée, une rue commerçante héberge un salon d'esthétique, un salon de coiffure, une boutique de couture, une brasserie, le Centre Local d'Information et de Coordination et une salle d'exposition. Ces commerces sont ouverts à la fois sur la ville et sur l'EHPAD : on peut y accéder depuis l'intérieur de l'établissement et directement depuis la rue. Une chambre d'hôtes a été installée à l'intérieur de l'EHPAD, destinée à la fois aux visiteurs des résidents mais aussi aux personnes extérieures à l'EHPAD.

La présence de ces commerces contribue au dynamisme économique de la ville, mais permet surtout de changer le regard porté sur les EHPAD et de favoriser le lien intergénérationnel.

L'EHPAD « La résidence du Palais » (Albi, Tarn)

Dans un style très différent, l'EHPAD « La Maison de l'amitié » est installé en plein cœur historique d'Albi, dans un très beau bâtiment ancien, organisé autour d'une grande cour extérieure, dans lequel sont réunis, en plus de l'EHPAD, un accueil de jour, une résidence autonomie, un foyer-restaurant fonctionnant en self-service et un pôle d'activités.

Dans la cour se trouvent également une cafétéria ouverte à tous, un magasin vendant les produits fabriqués par les résidents de l'EHPAD et les autres usagers de la maison de l'amitié, ainsi qu'une petite ferme.

Du fait de son implantation, les résidents peuvent facilement aller et venir seuls en dehors de l'établissement.

Au-delà de la seule architecture, c'est tout le projet de l'EHPAD qui est orienté autour des besoins et de l'autonomie des résidents, et en premier lieu le projet de soins, qui s'organise autour du principe de la verticalisation et du respect des rythmes de vie des résidents (avec, par exemple, des heures de repas très larges grâce au self-service, pas d'heure de coucher ni de lever, contentions bannies, usage des fauteuils roulants limités).

- Les rapporteuses considèrent également que le plaisir de nos aînés doit être une priorité absolue.

La qualité de l'**alimentation** doit notamment être au cœur des projets d'établissement. De nombreux EHPAD portent une attention particulière à cette question et font le choix de ne pas externaliser la restauration. Le groupe SOS organise même un concours de cuisine dédié aux chefs des EHPAD, afin de mettre cette fonction en valeur.

La question de la qualité de l'alimentation invite rapidement à une réflexion plus générale autour du poids des normes en EHPAD : de nombreux établissements ont évoqué le poids des normes très strictes sur le plan de la sécurité sanitaire, souvent inadaptées aux besoins et aux envies des résidents. « *En EHPAD, on ne peut plus mourir de rien, sauf d'ennui* » a confié une directrice d'EHPAD aux rapporteuses.

Proposition n° 12 **Créer un comité de simplification des normes en EHPAD (normes architecturales, hygiène, sécurité, risques climatiques et sanitaires notamment) associant les usagers et les établissements.**

3. Favoriser l'innovation technique et organisationnelle

a. Mieux intégrer les technologies

Les EHPAD doivent également être accompagnés dans leur équipement en nouvelles technologies, avec pour objectif d'améliorer le confort des résidents.

Ces technologies peuvent également améliorer les conditions de travail des salariés, en leur évitant notamment au maximum le port de charges : ainsi, l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail, auditionné par les rapporteuses, recommande une nouvelle approche avec la suppression du port de charge dans les « manutentions » en intégrant les aides techniques (dispositifs d'aide au transfert en particulier) dans l'activité de soins. Sur le terrain, les EHPAD peuvent être accompagnés par les CARSAT (caisses régionales d'assurance retraite et de la santé au travail) dans la mise en œuvre d'une stratégie de prévention des risques professionnels incluant ces aides techniques.

Sans faire de la technologie l'alpha et l'oméga de la prise en charge, ni se laisser abuser par le côté « gadget » de certains produits, il faut encourager l'acquisition de certaines technologies dont l'utilité est reconnue.

Lors de leurs déplacements, les rapporteuses ont notamment pu observer les progrès qui ont pu être faits en matière de domotique dans certains EHPAD, comme l'installation de chemins lumineux déclenchés grâce à

des détecteurs de mouvement, des sols intelligents détectant les chutes ou des rails de portage au-dessus des lits des résidents.

À l'EHPAD des Magnolias (Balainvilliers), un « patch antichute » a par exemple été mis en place. Les rapporteuses ont aussi pu rencontrer, à l'EHPAD de Bellissen (Foix), les entrepreneurs participant à la pépinière d'entreprises hébergée au sein de l'EHPAD et développant *in situ*, en collaboration avec l'équipe médicale, des nouvelles technologies destinées aux personnes âgées dépendantes.

Les rapporteuses ont donc pu observer comment de nombreuses actions positives en termes d'organisation ou de technologie sont imaginées sur tout le territoire pour améliorer la vie dans les EHPAD. Elles regrettent d'autant plus le fait que ces innovations ne soient pas suffisamment portées par le système institutionnel, en raison d'un cloisonnement excessif, alors qu'il devrait au contraire en être le principal soutien.

En cela, l'exemple danois est éclairant : la mairie de Copenhague a expliqué aux rapporteuses que l'innovation en EHPAD était une de ses priorités en matière de vieillissement. Elle promeut un ensemble de technologies, allant des technologies destinées à faciliter le transport du lit (à la fois pour les personnes mais aussi pour les personnels) aux capteurs de chutes ou à des machines d'entraînement des épaules.

En France, la CNSA a apporté son soutien de 2011 à 2014 à la création de centres d'expertise nationaux sur les aides techniques (CEN-AT), mais ce soutien ne semble pas avoir porté ses fruits et les EHPAD sont aujourd'hui insuffisamment accompagnés et informés dans leurs démarches d'acquisition d'innovations.

La mairie de Copenhague a mis en place de longue date un tel centre, et des établissements de la commune ont pu témoigner que ce type de structures apportait une véritable valeur ajoutée dans la diffusion des dispositifs techniques.

Proposition n° 13 **Créer un centre national chargé d'évaluer et de labelliser les nouvelles technologies utilisables à domicile et dans les EHPAD et mettre en place une plate-forme de location de ces nouvelles technologies à destination des établissements.**

b. Mieux organiser l'innovation et les expérimentations

Les rapporteuses ont pu constater sur le terrain qu'un grand nombre d'expérimentations était mené sur le territoire, sur des sujets très différents et parfois bien balisés (la présence d'infirmières de nuit, la télémédecine). Ces expérimentations durent parfois depuis des années sans qu'à aucun moment un dispositif de pérennisation n'ait été prévu. Elles prennent parfois fin brutalement

lorsque les financements sont interrompus, laissant les gestionnaires et les professionnels exaspérés de l'inutilité de leurs efforts.

La multiplicité des acteurs et des financements (CNSA, fonds d'intervention régional géré par l'ARS ou département) rend l'ensemble illisible sans qu'aucun acteur national ne soit en mesure de recenser tous les dispositifs et d'en faire le bilan.

Les rapporteuses s'interrogent également sur les éventuels effets négatifs des mécanismes de fléchage des financements vers l'expérimentation, notamment au sein des sections budgétaires « étanches » de la CNSA. En effet, certains établissements ou services semblent proposer sous forme de réponse à un appel à projet des expérimentations qui devraient, au regard de leur contenu, relever d'un financement pérenne.

Les rapporteuses estiment donc qu'il faut revoir en profondeur le cadre des expérimentations et des appels à projets. Il est en effet très surprenant que la CNSA ou les ARS laissent courir des expérimentations pendant cinq ans sans qu'à aucun moment ne soit engagé le processus administratif et financier de leur éventuelle pérennisation – voire de leur généralisation lorsque les résultats sont particulièrement concluants.

Cela révèle une double lacune :

– les mécanismes d'évaluation pourtant associés aux expérimentations ne sont pas suffisamment performants et certaines expérimentations tournent « à vide » ; si elles sont utiles dans les établissements où elles sont mises en place, leur vocation est qu'on en tire des leçons au plan régional ou national ;

– les expérimentations, parfois très structurantes dans le domaine du vieillissement, sont menées sans que ne soit pensé très en amont le cadre financier nécessaire à leur généralisation ; or, ce système crée des impasses puisque les établissements expérimentateurs prolongent au maximum le cadre provisoire financé sur des fonds dédiés et disponibles, de peur qu'aucune solution pérenne ne puisse être mise en œuvre.

Les rapporteuses proposent que la CNSA se dote, avant de la diffuser aux ARS, d'une doctrine plus « cadrée » des expérimentations, assortie d'une programmation particulièrement rigoureuse de l'évaluation et de la construction d'un projet de généralisation en vue de fluidifier le passage du stade expérimental à des dispositifs plus pérennes.

La CNSA est à cet égard l'acteur le plus approprié compte tenu de son approche globale et de ses bonnes relations avec l'ensemble des interlocuteurs. C'est aussi l'organisme dont les financements sont les plus cloisonnés : elle a donc intérêt à anticiper cette transition au plus tôt pour pouvoir proposer des pistes de financement, qui lui incomberont bien souvent en définitive.

Proposition n° 14 Construire sous l'égide de la CNSA un cadre relatif aux expérimentations permettant de définir très tôt la phase d'évaluation et un éventuel projet de généralisation.

La nouvelle gouvernance devrait en permanence veiller à promouvoir les nouvelles technologies et à simplifier les normes en vue de favoriser l'innovation.

En rencontrant de nombreux entrepreneurs qui proposaient de nouvelles technologies en faveur du « bien vieillir », les rapporteuses ont cependant constaté qu'ils rencontrent de nombreux obstacles sans lien avec l'intérêt relatif de leur offre technique, par exemple en matière de télé-médecine.

Il faudrait donc ouvrir plus largement les possibilités de faire évoluer le cadre réglementaire – qui peut se révéler volontairement ou involontairement « protectionniste » à l'égard de nouvelles solutions – mais aussi le cadre technique, car les limites se situent parfois au niveau des systèmes d'information.

Cette tâche relève plutôt de la DGCS, à la fois en raison de sa compétence générale en matière de définition du cadre juridique mais aussi de sa dimension interministérielle, notamment en lien avec la direction de la sécurité sociale, la direction générale de la santé et la direction générale de l'offre de soins.

Proposition n° 15 Piloter au niveau de l'administration centrale une stratégie pragmatique de simplification technique et réglementaire en faveur des nouvelles technologies.

II. À MOYEN TERME, CHANGER DE MODÈLE D'ÉTABLISSEMENT

Les rapporteuses considèrent que l'EHPAD tel qu'il existe aujourd'hui n'est plus adapté aux défis qu'il rencontre, et qu'**il faut, à terme, changer de modèle** et non pas continuer à construire de nouveaux établissements ne correspondant plus aux besoins :

– en recentrant l'hébergement permanent sur l'accueil des personnes atteintes de troubles démentiels ;

– en faisant de l'EHPAD une plate-forme diversifiée de services à la personne âgée, bien au-delà de ce seul hébergement.

A. VERS UN HÉBERGEMENT PERMANENT SPÉCIFIQUEMENT DÉDIÉ À L'ACCUEIL DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES DÉMENTIELS

Pour mémoire, on estime aujourd'hui à 860 000 le nombre de personnes souffrant de démences de type Alzheimer chez les sujets de 65 ans et plus. En fonction des projections démographiques, ce nombre pourrait atteindre deux millions dans les vingt à trente années à venir. Dans une très grande majorité de

cas, **les syndromes démentiels sont aujourd’hui le déclencheur de l’entrée en EHPAD**, lorsqu’ils deviennent trop importants pour permettre un maintien à domicile en toute sécurité.

Après leurs déplacements en France et à l’étranger, les rapporteuses sont intimement convaincues que **l’EHPAD de demain sera un établissement entièrement dédié à l’accueil des malades d’Alzheimer et, plus généralement, de démences.**

Ces établissements devraient être entièrement conçus autour des besoins des personnes atteintes de démence, que ce soit en termes d’architecture (larges espaces pour déambuler, repères reconstitués), de sécurité (alarmes) et d’organisation : des activités devraient par exemple être organisées sur des horaires atypiques dans ces EHPAD, puisque ces troubles s’accompagnent bien souvent d’épisodes d’anxiété à la tombée de la nuit et de déambulation nocturnes.

Dans la pratique, une grande partie des EHPAD accueillent déjà une large majorité de résidents atteints de troubles démentiels, mais **seule une petite minorité d’établissements sont pour le moment entièrement dédiés à la prise en charge de ces personnes.** Selon la fondation Médéric Alzheimer, en 2015, seuls 121 EHPAD étaient dédiés à la prise en charge de ces personnes, dont seulement 19 % dans le secteur public, contre 37 % dans le privé non lucratif et 44 % dans le secteur privé commercial.

Lors de leurs déplacements en France, les rapporteuses ont eu l’occasion de visiter deux EHPAD entièrement dédiés à l’accueil de malades d’Alzheimer ou atteints de maladies apparentées : l’EHPAD « Le jardin des Alouettes » à Pessac et l’EHPAD « Les Mirabelliers » à Metz. Les personnels de ces EHPAD se sont dits très convaincus par ce modèle, tout en insistant sur la charge de travail mais aussi sur la charge psychologique induite par cette spécialisation.

Proposition n° 16 Encourager la création d’établissements entièrement dédiés à la prise en charge de la maladie d’Alzheimer.

Les expériences que les rapporteuses ont pu observer aux Pays-Bas et au Danemark s’inscrivent pleinement dans cette perspective, mais vont beaucoup plus loin en repensant totalement l’organisation de la prise en charge de ces personnes atteintes de démences.

**Deux expériences intéressantes de prise en charge de la démence :
le « village Alzheimer » d'Hogeweyk, à Weesp (Pays-Bas),
et le « Dementia Center Pilehuset », à Copenhague (Danemark)**

Lors de leur déplacement à l'étranger, les rapporteuses ont pu visiter plusieurs établissements spécifiquement dédiés à la prise en charge des démences.

1/ Le village Alzheimer d'Hogeweyk

Ce centre existe depuis vingt ans, et accueille aujourd'hui 152 résidents.

Il a été reconstruit sur le site d'un ancien établissement plus « classique » dans l'idée de créer un véritable « quartier » permettant de recréer l'impression du domicile, sans pour autant que les résidents puissent librement entrer et sortir de l'établissement.

Le village comprend vingt-trois logements (« maisons ») dans lesquels résident six à sept personnes autour d'une cuisine qui leur est propre ainsi que des infrastructures communes, et notamment un restaurant et un théâtre. Ces maisons sont organisées de manière différente en fonction des « styles de vie » des résidents, afin que le logement ressemble le plus possible à ce qu'ils ont connu toute leur vie.

Le supermarché du « village » est ouvert à la fois aux soignants qui gèrent les maisons, aux résidents et aux personnes extérieures. Il favorise la participation des résidents au choix des menus et peut constituer une activité à part entière.

Cette démarche s'inscrit dans un contexte de sensibilisation bien plus large à la question du vieillissement qui passe par des campagnes d'information et l'éducation du grand public en vue de créer une société qui accueille mieux les personnes âgées dépendantes.

L'équipe de chaque maison est composée de deux infirmières qui se relayent de 7 heures à 23 heures. L'infirmière du matin est accompagnée d'un aide-soignant jusqu'au déjeuner inclus. Ce sont donc en principe deux professionnels pour 6 à 7 résidents qui assurent le lever le matin ainsi que la cuisine du petit-déjeuner et du déjeuner. La nuit, un infirmier ayant assuré la surveillance pour quatre maisons.

Une « agence de sorties et activités » et 35 « clubs » payants permettent aux résidents de diversifier leurs activités dans le village.

Comme tous les établissements néerlandais, l'établissement est financé par un budget global versé par l'État en fonction du nombre de résidents. Ce budget n'inclut pas les prestations annexes. Le coût de la prise en charge est de 70 000 euros par an et par personne, et les résidents versent directement une participation à l'État assise sur leurs revenus qui peut aller de 0 à 2 400 euros par mois.

Un projet similaire devrait voir le jour à Dax (Landes) en 2019.

2/ Le « Dementia Center Pilehuset » de Copenhague

L'établissement accueille 124 résidents qui souffrent tous de démence. Il n'est pas destiné exclusivement aux personnes âgées mais dispose également de quinze places réservées à des personnes plus jeunes souffrant de maladies neurodégénératives génétiques.

Une rue avec des commerces a été créée au sein de l'établissement et les résidents doivent tous les jours aller y chercher ce dont ils ont besoin, afin de maintenir leur autonomie.

L'établissement compte 150 employés dont cinq en permanence la nuit.

Des méthodes alternatives non-médicamenteuses (ateliers mémoire, médiation animale, stimulation sensorielle, balnéothérapie, cuisine thérapeutique, etc.) devraient constituer le cœur de la prise en charge dans ces EHPAD et les personnels devraient être spécifiquement formés à la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à ces méthodes non-médicamenteuses. Des EHPAD s'inscrivent déjà dans ce type de démarche : c'est notamment le cas de **l'EHPAD « La Résidence du Palais », à Albi**, et de **l'EHPAD Les Magnolias, à Balainvilliers**, dans lesquels tout le personnel est formé à ce type de prises en charge alternatives, qui font pleinement partie du projet de l'établissement.

B. UN NOUVEAU MODÈLE D'EHPAD : UNE PLATE-FORME DE SERVICES AU CŒUR DU TERRITOIRE

Pour changer le regard sur les EHPAD, ceux-ci doivent devenir des acteurs majeurs de la prise en charge des personnes âgées, au cœur du territoire.

Pour les rapporteuses, **l'EHPAD de demain devra être un établissement ouvert sur l'extérieur, proposant une multiplicité de services** organisés autour d'une logique de parcours de vie et de soins de la personne âgée et de décroisement entre le sanitaire, le social, et le médico-social. Il devra à la fois accueillir un public extérieur dans ses murs et exporter ses prestations au-delà de ses murs.

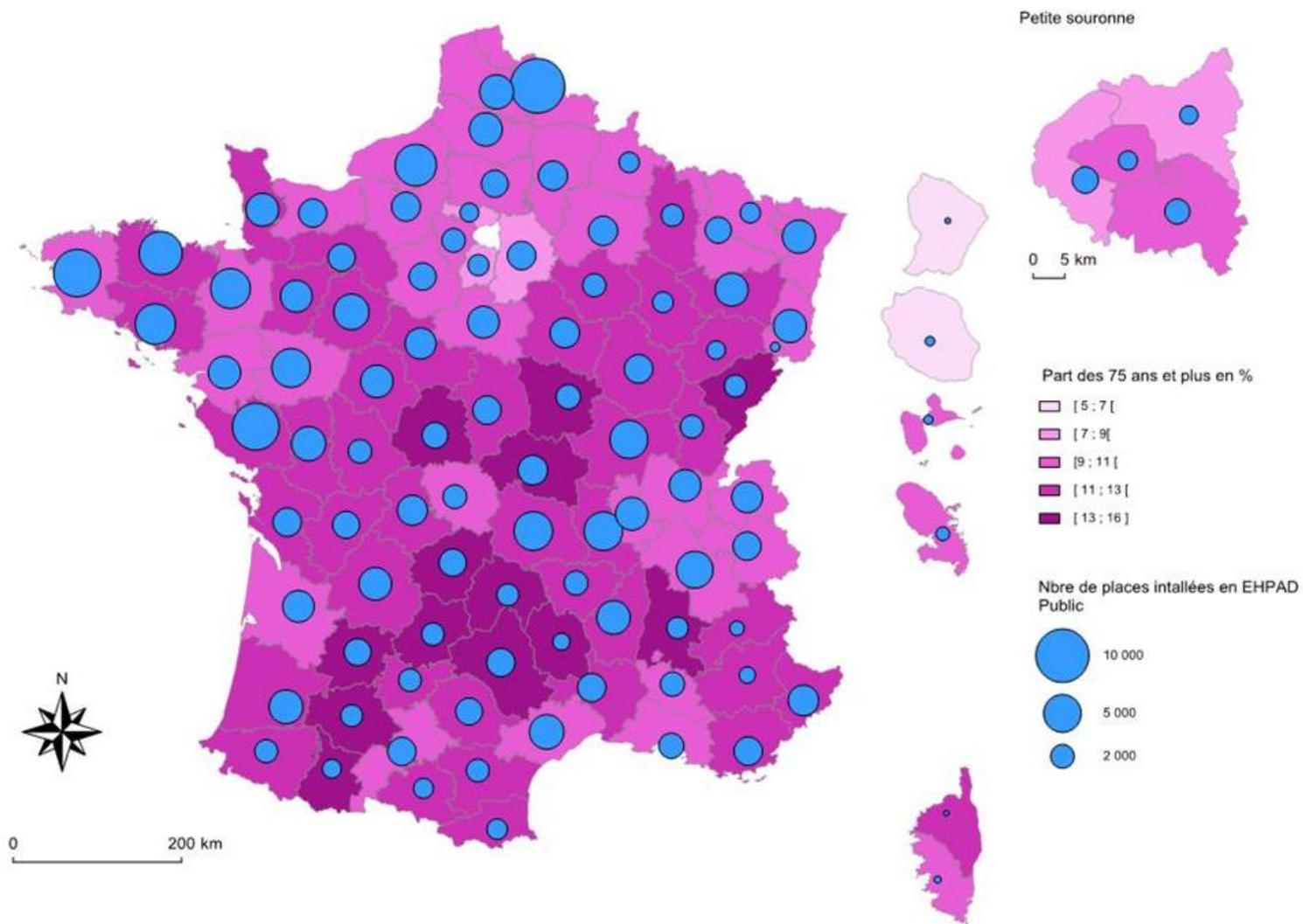
1. Les atouts de l'EHPAD, acteur de proximité

Ces établissements disposent de deux atouts majeurs :

– **un maillage dense et homogène** sur tout le territoire.

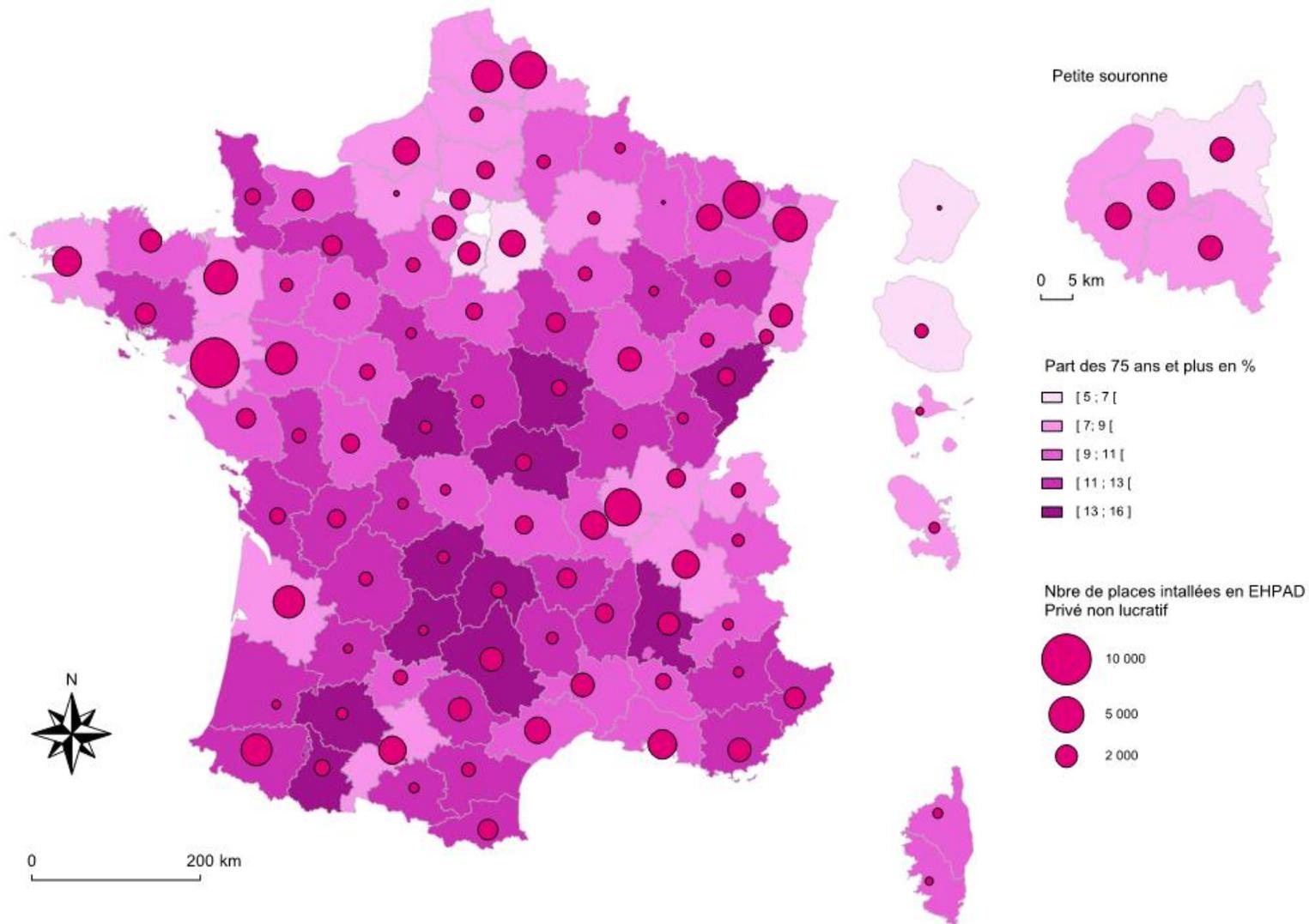
6 900 EHPAD couvrent aujourd'hui le territoire français. Les EHPAD publics, en particulier, sont présents de façon homogène dans tous les départements. Ce maillage dense est un atout très précieux, qui peut contribuer à faire de l'EHPAD une plate-forme de proximité à destination de nos aînés.

Part de la population de 75 ans et plus et répartition des EHPAD
 selon le nombre de places installées pour le statut public
 par département en 2016
 Source : INSEE et CNSA HAPI 2016

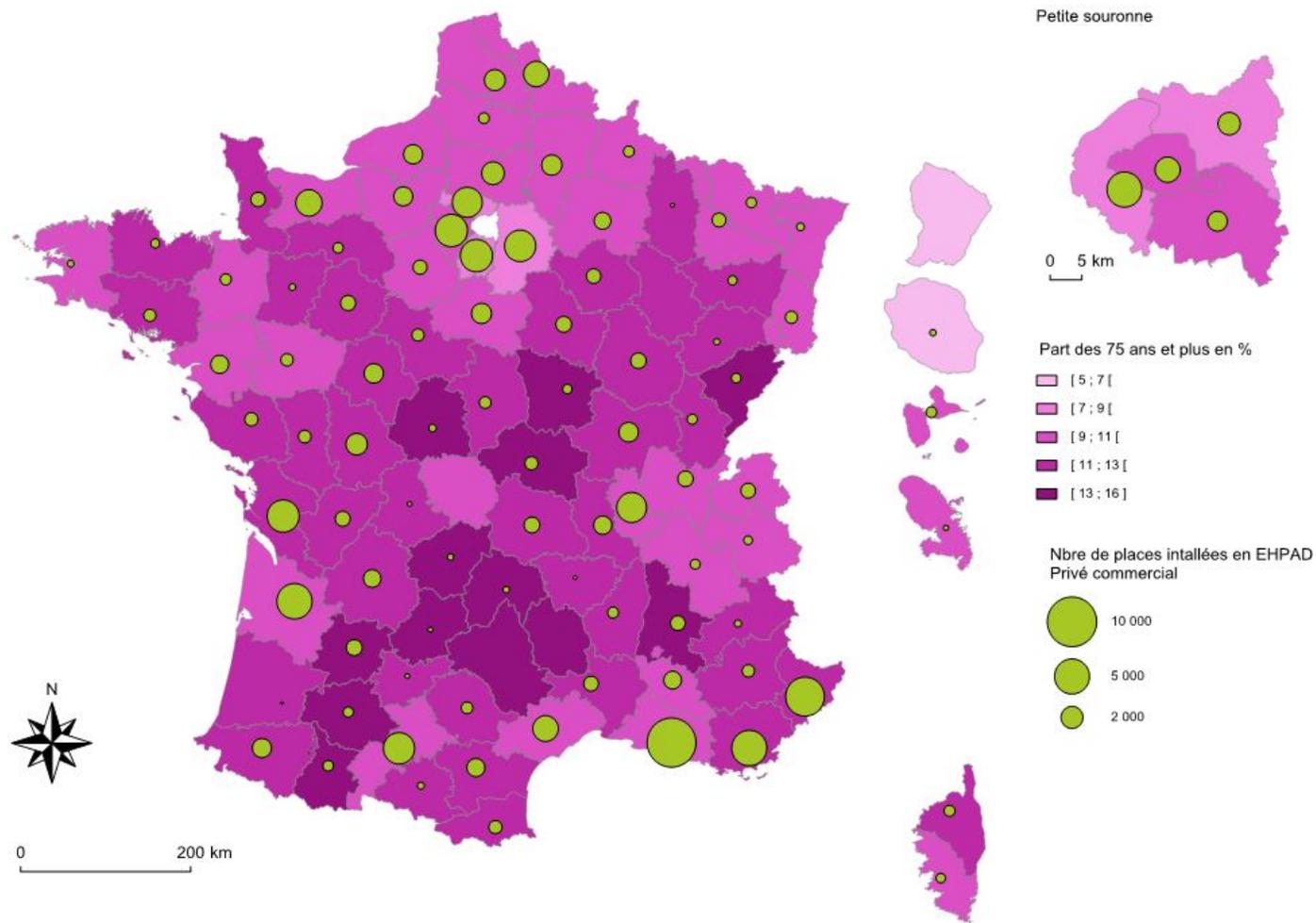


Part de la population de 75 ans et plus et répartition des EHPAD
selon le nombre de places installées pour le statut privé non lucratif
par département en 2016

Source : INSEE et CNSA HAPI 2016



Part de la population de 75 ans et plus et répartition des EHPAD
selon le nombre de places installées pour le statut privé commercial
par département en 2016
Source : INSEE et CNSA HAPI 2016



Source : CNSA.

– une **pluralité de compétences** dans la prise en charge de la personne âgée.

Les EHPAD disposent d'un savoir-faire unique en matière de prise en charge des personnes âgées sur tous les plans : prise en charge soignante, sociale, activité et animation, etc. Ils concentrent à la fois le personnel et le matériel nécessaires à une prise en charge globale et de qualité.

2. Promouvoir des établissements offrant une offre diversifiée, centrés sur le parcours de vie de la personne âgée

Les EHPAD ne doivent plus être uniquement des établissements d'hébergement permanent et définitif, mais devenir **des plateformes qui accompagnent les personnes âgées à chaque étape de leur perte d'autonomie**, en fonction de leurs besoins et de ceux de leurs aidants.

Une diversification des services est déjà perceptible sur le terrain. Elle doit permettre de **limiter les ruptures de parcours**.

De plus en plus d'établissements disposent notamment de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, un effort important ayant été fait par les pouvoirs publics en ce sens.

LES CAPACITÉS EN ACCUEIL DE JOUR ET EN HÉBERGEMENT TEMPORAIRE ÉVOLUTION RÉCENTE

	Nombre de places installées au 31 décembre 2016	Places prévues entre 2017 et 2021
Accueil de jour	7 071	1 032
Hébergement temporaire	4 439	881

Les rapporteuses ont pu visiter des EHPAD mettant en place des dispositifs innovants comme les « EHPAD relais » créés dans le cadre du PAERPA à Bordeaux dans cinq EHPAD, dont l'**EHPAD Le Platane du Grand Parc** et l'**EHPAD Korian Clos Serena** où elles se sont rendues.

Ces EHPAD accueillent en urgence (en sortie d'hospitalisation ou en sortie d'accueil des urgences) des personnes âgées dont le retour à domicile est différé du fait de la nécessité d'adapter celui-ci, du délai nécessaire à la mise en place d'aides, ou d'un retour à domicile impossible nécessitant de rechercher une solution adaptée. La durée de séjour ne peut excéder sept jours, éventuellement renouvelables une fois. Les frais d'hébergement sont pris en charge par l'ARS, et le reste à charge du résident recouvre les frais relatifs aux soins de ville et un forfait journalier correspondant au montant du forfait hospitalier en cours.

Proposition n° 17 Augmenter le nombre des places d'hébergement temporaire, programmé ou d'urgence, et d'accueil de jour.

Les rapporteuses ont également visité à **Saint-Nazaire** un établissement mixte, mêlant des chambres d'EHPAD et de résidence autonomie. Les personnels soignants sont affectés uniquement aux chambres d'EHPAD, mais une partie des personnels sont mutualisés et les résidents peuvent passer de la résidence autonomie à l'EHPAD sans changer de chambre.

Cette possibilité est toutefois compliquée par une disposition du décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées, qui prévoit que lorsqu'un EHPAD et une résidence autonomie se situent dans le même immeuble, « *la capacité d'accueil de l'un doit être installée dans un bâtiment distinct ou dans un corps de bâtiment de l'immeuble distinct ou dans des locaux constitués en unités de vie autonomes distincts de la capacité d'accueil de l'autre* ». Les rapporteuses proposent de supprimer cette disposition.

Proposition n° 18 Faciliter la mixité entre résidences autonomie et EHPAD en supprimant l'article D. 313-24-3 du code de l'action sociale et des familles.

Enfin, de nombreux EHPAD visités par les rapporteuses proposent des ateliers de soutien aux aidants : cette pratique devrait être systématisée.

Proposition n° 19 Prévoir dans tous les EHPAD des ateliers de soutien aux aidants.

3. L'EHPAD de demain, un lieu ouvert sur son environnement

Les EHPAD doivent devenir le **lieu du décroisement des parcours de santé et de soins** et assumer leur rôle de carrefour entre l'offre médicale, médico-sociale et sociale.

Les établissements pourraient en effet proposer des services ouverts aux personnes extérieures, centrés à la fois sur l'accès aux soins *via* l'ouverture de consultations gériatriques spécialisées et sur la lutte contre l'isolement des personnes âgées grâce à l'organisation d'activités sociales ouvertes aux personnes extérieures à l'EHPAD. Pour que cette ouverture vers l'extérieur fonctionne, il est impératif d'équiper tous les EHPAD de véhicules adaptés : de nombreux EHPAD souhaitant s'ouvrir vers l'extérieur ont évoqué cet obstacle très concret lors des visites de terrain effectuées par les rapporteuses.

On peut également imaginer que **l'offre de soins fournie par ces centres ne soit pas dédiée aux personnes âgées mais que, dans certains territoires caractérisés par une faible densité médicale, elle puisse être ouverte à une population plus large**. Les rapporteuses ont pu visiter à Massat, en Ariège, une maison de santé composée d'un cabinet médical, d'un cabinet de kinésithérapeutes et d'un cabinet d'infirmiers ayant la particularité d'être directement reliée à

l'EHPAD, tout en étant ouverte aux patients venus de l'extérieur. De telles solutions, qui permettent d'améliorer la prise en soins des résidents tout en luttant contre la désertification médicale, doivent être encouragées.

Dans le cadre du développement de la télémédecine, les EHPAD pourraient également servir de relais et faire bénéficier de leurs équipements de télémédecine une patientèle beaucoup plus large.

Proposition n° 20 Équiper chaque EHPAD d'un véhicule adapté.

Proposition n° 21 Favoriser le développement de maisons médicales au sein des EHPAD, notamment en milieu rural.

Proposition n° 22 Faire des EHPAD des « points relais » dans le cadre du développement de la télémédecine.

4. L'EHPAD, acteur pivot du maintien à domicile : « l'EHPAD à domicile » ou « hors les murs »

L'EHPAD dispose également des ressources nécessaires pour coordonner et compléter la prise en charge des personnes âgées à domicile.

L'idée d'un « EHPAD hors les murs » s'inscrit en ce sens : elle doit permettre **un niveau de prise en charge à domicile similaire à celui d'une prise en charge en établissement, en transposant les prestations traditionnellement fournies en EHPAD au domicile de la personne**, tout en s'assurant de la pleine coordination des prestations fournies, ainsi que du contrôle de leur qualité.

Plusieurs expérimentations d'EHPAD « hors les murs » sont aujourd'hui en cours, et les rapporteuses ont pu en observer deux sur le terrain, au fonctionnement très différent, en milieu rural (le dispositif M@do en Corrèze) et en Ile-de-France (à Sartrouville).

Pour les rapporteuses, l'EHPAD « hors les murs » est une solution très prometteuse, qui doit si possible s'appuyer sur des structures préexistantes.

Le dispositif « M@do » en Corrèze

Depuis 2013, la Fondation Partage et Vie a mis en place un établissement expérimental autorisé conjointement par le Conseil général de Corrèze et l'ARS.

Quarante personnes âgées bénéficient actuellement de ce dispositif, qui s'adresse principalement à des personnes assez dépendantes, sur un territoire circonscrit autour de Naves, dans le bassin de Tulle (distance maximum de 20 minutes en voiture).

Le projet consiste à transposer l'équipement médico-social de l'EHPAD dans le contexte du domicile, en garantissant notamment la continuité des soins et des services. Il doit proposer une alternative au placement en institution tout en allant plus loin dans l'accompagnement à domicile que ce qui est prévu aujourd'hui.

La coordination des différentes interventions au domicile est assurée par un binôme composé d'un **gestionnaire de cas** et d'un **médecin coordonnateur**. Le gestionnaire de cas planifie et organise les interventions des salariés de M@do selon le plan d'accompagnement défini avec la personne âgée, en assure la traçabilité et l'effectivité et évalue et adapte les réponses apportées en fonction de la situation.

M@do transpose au domicile les services présents en EHPAD :

Prestations hôtelières : entretien du domicile, approvisionnement et prise de repas, entretien du linge, mise à disposition d'aides techniques et d'un lit médicalisé si nécessaire et possible ;

Accompagnement à la vie citoyenne : programme d'animation et ateliers thérapeutiques (rémunérés par un forfait) ;

Soins : les prestations de soins et d'aide à la vie quotidienne sont assurées à la fois par des salariés du service (aide-soignants, aide médico-psychologique) et des infirmiers libéraux. Les soins sont encadrés par un médecin coordonnateur et la continuité des soins est assurée par une garde de nuit itinérante.

Le dispositif s'appuie sur les services d'une **plateforme de téléassistance** qui fournit une large gamme de services complémentaires : adaptation du logement, matériel connecté permettant déclencher un appel d'assistance, appels de convivialité tous les mois.

Parallèlement, une **chambre est louée à l'année dans un EHPAD**, en permanence, pour accueillir une personne qui, momentanément, ne pourrait rester à son domicile.

Cette expérimentation est financée par l'ARS sur la base d'un forfait soins, comme en EHPAD traditionnel, et par les départements grâce à l'APA à domicile. Le reste à charge moyen est de 1 586 € avant et 800 € après déduction de l'APA.

L'expérimentation menée par l'EHPAD *Stéphanie* à Sartrouville

La Croix-Rouge Française mène également un projet d'« EHPAD à domicile » à Sartrouville, qui vise à prendre en charge 24 personnes âgées.

Ce projet est co-porté par l'EHPAD *Stéphanie*, les services à domicile de la Croix-Rouge Française à Sartrouville (SSIAD et SAAD), en partenariat avec un prestataire de téléassistance et des équipes de recherche. Son originalité est donc de s'appuyer sur des structures existantes et non sur la création d'une équipe *ad hoc* comme dans le cas de M@do.

Les personnes âgées disposent d'une aide à la vie quotidienne et de soins quotidiens, et la continuité des soins est assurée par une astreinte infirmière de nuit et par une plateforme de téléassistance. L'offre comprend également un service de « petits travaux et de réaménagement du logement », à hauteur d'une heure par mois.

Le dispositif offre surtout une véritable coordination entre les différents intervenants à domicile et une aide aux démarches administratives.

Contrairement au programme M@do, le programme s'appuie sur un EHPAD, et le bénéficiaire peut profiter d'une partie des services et activités proposés dans les locaux de l'EHPAD : hébergement d'urgence pour soixante-douze heures dans une chambre mise à disposition, restaurant, salon de coiffure, animations et ateliers de prévention, halte répit Alzheimer notamment.

Un service de transport est prévu entre le domicile et l'EHPAD.

Comme le dispositif M@do, ce dispositif est pour le moment financé par une dotation de l'ARS pour les soins ainsi que par l'APA à domicile. Une partie des prestations est également financée par des fonds privés, ce qui permet un reste à charge de moins de 200 euros par mois.

Proposition n° 23 Étendre les expérimentations d'« EHPAD hors les murs » en identifiant à cette fin un soutien financier dédié dans le budget de la CNSA.

TROISIÈME PARTIE

— UNE GOUVERNANCE ET UN FINANCEMENT PROFONDÉMENT RENOUVELÉS POUR ACCOMPAGNER CE CHANGEMENT DE MODÈLE

Les rapporteuses sont convaincues que construire un nouveau modèle d'EHPAD centré sur la réponse au besoin de la personne nécessitera de revoir les cadres juridique et financier. La complexité et l'ampleur des enjeux obligent à envisager des changements à au moins deux horizons temporels distincts.

I. À COURT TERME : ASSURER DÈS AUJOURD'HUI UN FINANCEMENT PLUS ÉGALITAIRE

La fragilité financière des EHPAD est inacceptable car elle remet en cause la qualité des soins dans des établissements qui ne parviennent plus à se projeter dans l'avenir tant les difficultés du quotidien sont importantes. Facteur d'inégalité et d'insuffisance des soins, cette paupérisation des EHPAD est aussi un sérieux problème pour tous les résidents, qui participent très largement à leur financement à travers les forfaits dépendance et hébergement, et accentue les problèmes structurels de l'aide sociale.

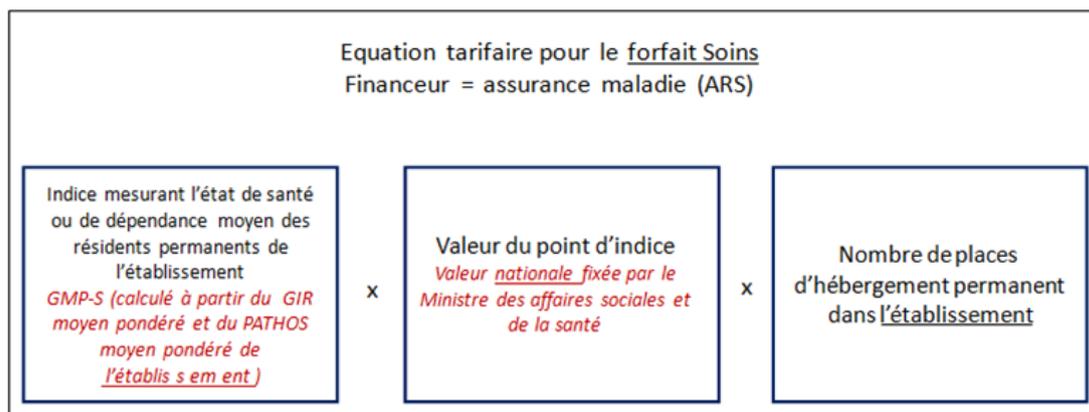
Comment sont financés les EHPAD ?

Le financement des EHPAD se distingue par sa complexité, historiquement liée à sa triple fonction de soins, de prise en charge médico-sociale et de logement de la personne. Chacune de ces fonctions fait ainsi l'objet d'un financeur et d'un calcul différent.

- Le **forfait soins** existait historiquement avant la tarification ternaire pour financer les dépenses médicales réelles (personnels, actes médicaux, etc.). Il couvre aujourd'hui 25 % des charges totales de l'EHPAD.

Il est versé par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation globale calculée sur la base d'une équation tarifaire nationale qui tient compte de la charge en soins des résidents. Cette charge repose sur deux indicateurs : le GIR moyen pondéré soins, ou GMPS, calculé sur la base d'une grille dépendance AGGIR qui correspond au niveau d'autonomie et une grille soins PATHOS qui correspond aux besoins de soins médicotéchniques. Elle est calculée depuis la réforme tarifaire de 2016⁽¹⁾ par une équation tarifaire :

(1) Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

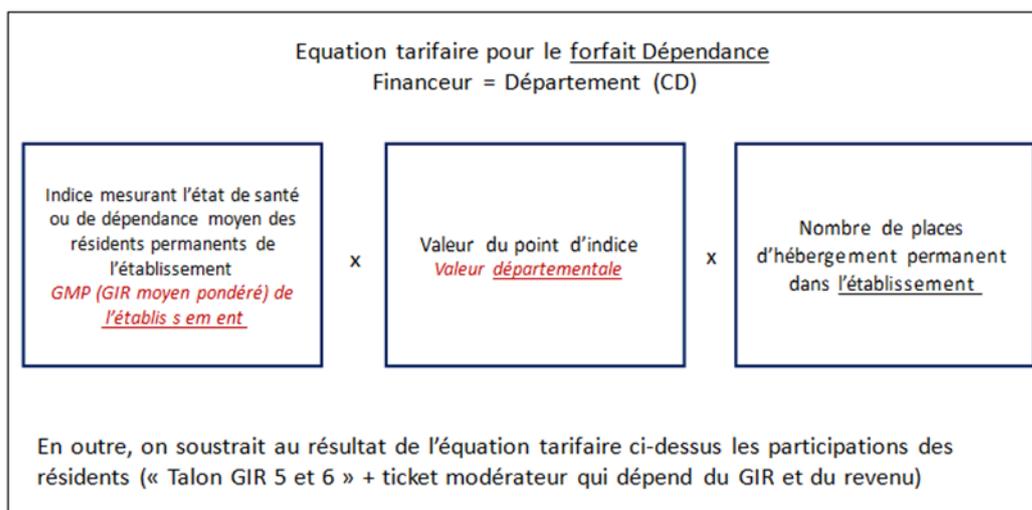


● Le forfait **dépendance** est directement né de la création de prestations départementales spécifiques. Il a vocation à financer l'aide et la surveillance des personnes âgées en perte d'autonomie. Le tarif dépendance couvre en moyenne 15 % des charges de l'EHPAD correspondant aux prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante.

Il est généralement financé par l'APA pour les personnes très dépendantes (GIR 1 à 4) et par le patient ou l'aide sociale départementale, pour ce qui relève du ticket modérateur. Les personnes peu dépendantes doivent entièrement financer le forfait (GIR 5 à 6).

Il demeure un ticket modérateur à la charge des résidents à partir de 2,21 fois le montant de la majoration pour tierce personne (MTP), ce qui explique que le forfait dépendance engendre du reste à charge, y compris pour les GIR 1 à 4. Pour les titulaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), ce « talon dépendance » est parfois pris en charge par le département.

Il a fait l'objet comme le forfait soins d'une réforme importante qui a conduit au versement d'une dotation annuelle sur la base d'une équation tarifaire (voir ci-dessous).



● Le **forfait hébergement** couvre 60 % des charges totales des EHPAD et comprend les prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation. Il est normalement à la charge du patient mais peut être acquitté de façon totale ou partielle par les aides disponibles.

Les prix de journée sont mieux connus depuis que l'article 60 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement ⁽¹⁾ a prévu leur publication par l'établissement ou par le département lorsque l'établissement est habilité à l'aide sociale. Il en ressort que le coût de l'hébergement dans un EHPAD est variable :

– entre établissements dans l'absolu : les tarifs mensuels des EHPAD varient du simple au double entre le premier (1 653 euros) et le dernier décile (2 798 euros).

– en fonction de critères géographiques : **1 949 euros en moyenne** avec un maximum de 3 154 euros à Paris et dans les Hauts-de-Seine et un minimum de 1 616 euros dans la Meuse, 1 642 euros dans les Vosges et 1 658 euros en Vendée ⁽²⁾ ; le prix est évidemment fortement dépendant de l'emplacement et fortement corrélé au prix moyen du m².

– en fonction du statut : les établissements publics sont évidemment les moins chers (1 801 euros médian) ; suivent les EHPAD non lucratifs (1 964 euros, donc quasiment la moyenne) et les structures commerciales (2 620 euros) ⁽³⁾.

En regard, l'INSEE estime que le niveau de vie annuel médian des plus de 75 ans est de 20 470 euros soit 1 705 euros par mois, qui doivent être comparés aux 1 949 euros que représente le coût moyen mensuel d'hébergement. L'effort représente donc 114 % du revenu médian avant aides sociales, ce qui pose évidemment la question du reste à charge pour les familles.

Plusieurs initiatives relèvent donc dans ce contexte de l'urgence : suspendre la réforme du forfait dépendance, favoriser enfin le tarif global pour le forfait soins, ouvrir sans tarder un débat sur de nouvelles ressources plus pérennes, assurer enfin aux plus démunis un soutien financier suffisant.

A. SUSPENDRE LA TARIFICATION DÉPENDANCE, QUI A CRÉÉ DE NOUVEAUX DÉSÉQUILIBRES

La réforme de la tarification dépendance est le principal obstacle à une évolution du modèle des EHPAD, ce qui justifie qu'elle soit suspendue.

1. Les origines de la réforme

Avant la réforme, les tarifs liés aux soins et à la dépendance étaient négociés par les ARS et les départements avec les établissements dans des conventions dites « tripartites ». Concrètement, les financeurs déterminaient des tarifs en fonction d'un budget prévisionnel transmis par l'établissement en tenant compte des caractéristiques de l'établissement, notamment de son niveau d'activité et de ses charges.

(1) L. 312-9 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Ces montants sont issus de CNSA, La situation des EHPAD en 2016 : analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD, novembre 2017.

(3) Pour interpréter ces montants, il faut prendre en compte le fait que les EHPAD commerciaux sont en moyenne plus récents et situés dans des secteurs plus urbains.

Ce mode de fixation a été remis en cause, car il favoriserait la reconduction de dotations historiques, parfois sans lien avec l'activité réelle des établissements. Le législateur a donc prévu une réforme assez profonde du financement des EHPAD à l'article 99 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, en vue d'objectiver la fixation de ces dotations. Mise en œuvre par le décret du 21 décembre 2016⁽¹⁾, la réforme prévoit une convergence tarifaire entre les établissements, fondée sur un nouveau mode de calcul des dotations « soins » et « dépendance ».

Les rapporteuses souhaitent insister sur le fait que si la convergence des forfaits « soins » avait été discutée de manière approfondie, il n'en a pas été de même de celle des forfaits « dépendance ». En l'absence de débats et d'évaluation préalable détaillée, le Parlement n'était donc pas en mesure de prévoir les conséquences de cette réforme de la tarification dépendance, dont les modalités précises ont été prévues par voie réglementaire.

2. Que fait la réforme ?

S'agissant du forfait « soins », la convergence conduite sur quatre ans (de 2017 à 2021) s'appuie sur une nouvelle équation tarifaire prenant en compte le niveau moyen de dépendance des résidents, la capacité de l'EHPAD et la valeur d'un point défini au niveau national. Assorti d'un soutien financier important (430 millions d'euros sur la période) pour les établissements « perdants », ce volet de la réforme n'est pas de nature à mettre en difficulté financière les établissements aujourd'hui.

La réforme du forfait « dépendance » poursuit le même objectif de convergence, mais à raison d'un septième par an sur sept ans (de 2017 à 2024). Le forfait « dépendance » relevant des départements, l'équation tarifaire tient compte du niveau moyen de dépendance au niveau national, de la capacité de l'établissement et du « point GIR » fixé par le président du conseil départemental.

3. Les nouveaux déséquilibres créés par la réforme

Les rapporteuses insistent sur le fait qu'en voulant faire converger les forfaits « dépendance » sur une base prévisible et objective, **la réforme a surtout créé de nouveaux déséquilibres**. Certains semblent avoir été relevés dans un rapport sévère de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances, que les rapporteuses n'ont pu se procurer malgré leurs demandes répétées.

Les reproches que les rapporteuses adressent à la réforme sont les suivants :

(1) Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

– elle a fait de nombreux perdants, sans que cela ait été suffisamment anticipé en **l’absence d’évaluation préalable de son impact** ; ces perdants sont principalement les EHPAD publics hospitaliers, les USLD partitionnées et les EHPAD de petite capacité, tandis que les EHPAD privés lucratifs sont les grands gagnants de cette nouvelle tarification ; une étude exhaustive des conséquences financières de la réforme sur un échantillon représentatif d’établissements manque d’ailleurs toujours aujourd’hui ; la ministre de la Santé a nommé un médiateur qui rendra ses conclusions fin mars 2018.

– elle **manque son objectif de rendre les budgets prévisibles** : la convergence par septième ne garantit pas la prévisibilité des budgets, car de nombreuses autres évolutions ont vocation à intervenir entretemps, notamment la révision du référentiel PATHOS prévue pour 2018 ;

– le **critère « objectif » retenu**, à savoir le niveau de dépendance des résidents calculé par le GIR, est à la fois **insatisfaisant**, parce que la grille fait l’objet de critiques et que sa réforme n’est pas terminée, et **insuffisant** car de nombreux autres éléments devraient être pris en compte. Par exemple, le niveau des salaires conventionnels dépend des statuts juridiques (un aide-soignant coûte plus cher dans le secteur public que dans le privé, ce qui ne saurait être répercuté sur le service public) ; de même, les établissements publics accueillent souvent les publics les plus en difficulté financière.

Une réforme s’appuyant un instrument de mesure critiqué

Le principal critère de l’objectivité retenu par la réforme est le groupement iso-ressources auquel appartiennent les résidents.

Or, comme tout instrument de mesure, la grille AGGIR ne restitue qu’imparfaitement la réalité de la perte d’autonomie chez les personnes âgées, ce qui appelle à un travail constant de révision du dispositif.

Bien qu’il constitue une référence pour les pouvoirs publics ⁽¹⁾, de nombreuses critiques visent cet outil depuis longtemps.

Il est ainsi reproché à la grille AGGIR une application hétérogène (en fonction des territoires et des évaluateurs) et le fait qu’elle ne tient pas suffisamment compte de l’environnement de la personne. Les frontières entre les groupes iso-ressources sont souvent difficiles à tracer, notamment sur le GIR 4 ⁽²⁾, et la grille ne permet pas de prendre utilement en compte les troubles cognitifs.

(1) *Le principe d’une grille pour la distribution de l’APA est fixé par voie législative (art. L. 232-2 du code de l’action sociale et des familles) tandis que ses modalités sont prévues au niveau réglementaire (art. R. 232-3 et suivants du même code).*

(2) *Selon le groupe de travail du débat national sur la dépendance de 2011, « des doutes subsistent sur la précision du classement en GIR 4 (...) il relève en effet qu’il existe de fortes disparités entre départements en matière d’attribution du GIR 4 ».*

La mise en place d'un guide de remplissage de la grille en 2008 a permis de limiter les défauts de cet outil mais des difficultés demeurent, comme le rappelait la synthèse du débat national sur la dépendance de 2011 : « *La grille AGGIR ne décrit pas les éléments de l'environnement matériel et humain de la personne qui, pourtant, influencent sa capacité à effectuer ou non les activités de la vie quotidienne. En outre, l'utilisation de la grille à la seule fin du "girage" documente insuffisamment l'évaluation des besoins de la personne.* »

Les rapporteuses se félicitent donc des annonces de révision de la grille qui ont été annoncées et seront particulièrement vigilantes quant à ses conséquences financières.

– enfin, si la réforme entend remédier aux inégalités historiques entre établissements en faisant reposer le financement sur le niveau effectif de dépendance des résidents, elle ne réduit en rien les **inégalités entre départements** qui résultent de ce que l'un des paramètres tarifaires est déterminé par décision du département.

En effet, d'après les données communiquées par la CNSA au comité de suivi de la réforme de la tarification, la valeur du point GIR départemental qui sert de fondement à la réforme, calculée sur une base de 95 départements, s'élève en moyenne à 7,00 euros, avec des extrêmes allant de 5,68 euros (Alpes Maritimes) à 9,47 euros (Corse du Sud). Ces écarts révèlent l'inégal investissement des départements, qui peut aller du simple au double dans ce domaine.

S'il faut bien sûr intégrer à la réflexion la situation financière des départements, il convient de se demander si des écarts aussi importants, parfois entre deux départements limitrophes, peuvent se justifier sur le plan de l'égalité entre les citoyens, la réforme ayant été annoncée et justifiée par une plus grande égalité de la prise en charge de la personne, objectivée par le niveau de dépendance.

4. La nécessité d'une suspension de la réforme

La réforme a cristallisé sur elle l'ensemble des difficultés de gestion des établissements alors qu'elle ne présentait pourtant aucun caractère d'urgence, comme en témoigne le maintien provisoire du mécanisme de convention tripartite pour les unités de soins de longue durée (USLD). Par ailleurs, les réformes à venir des ordonnances PATHOS et de grille AGGIR risquent de provoquer un nouveau « choc tarifaire ». Or, en l'absence de financements supplémentaires, ces réformes successives créent de nouvelles incertitudes sur l'évolution des dotations.

Les rapporteuses souhaitent par conséquent qu'il soit mis fin au processus de convergence en attendant une réforme plus complète, mieux évaluée, et synchronisée avec les changements paramétriques à venir. Il ne devrait pas être difficile de rétablir provisoirement le mécanisme de négociation tenant compte de critères multiples, d'autant que certains départements ont déclaré ne pas appliquer la nouvelle tarification ⁽¹⁾.

Proposition n° 24 Suspendre la réforme de la tarification « dépendance ».

B. OFFRIR UN VÉRITABLE DROIT D'OPTION EN FAVEUR DU TARIF GLOBAL EN MATIÈRE DE « FORFAITS SOINS »

Si la réforme du forfait soins, concomitante de celle du forfait dépendance, ne pose aucune difficulté puisqu'elle permet à l'ensemble des établissements de monter en niveau de qualité de soins, les conditions du choix entre les différentes modalités de calcul de ce forfait méritent d'être réexaminées.

Apparemment, en matière de soins, les établissements peuvent librement choisir entre le tarif partiel et le tarif global. En réalité les ARS dispensent l'autorisation de recourir au second de façon fort parcimonieuse, phénomène confirmé par la direction de la CNSA lors de son audition.

Le tarif global donne pourtant des moyens importants aux établissements, sous une contrainte accrue de responsabilisation de la dépense de soins dès lors que l'enveloppe est forfaitaire, pour gérer de manière plus fluide leur personnel, internaliser les compétences et offrir à leurs résidents une meilleure qualité de service.

L'obstacle lié au coût de ce dispositif, souvent avancé, a été démenti par le rapport très documenté de l'inspection générale des affaires sociales d'octobre 2013, qui confortait des conclusions déjà favorables au tarif global d'un précédent rapport de 2011. L'étude de coût complet, appuyée par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), montrait que le passage au tarif global

(1) C'est ce qu'ont constaté les rapporteuses de la mission sur l'application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement qui a remis son rapport en décembre 2017.

entraînait un surcoût « *modeste eu égard aux artefacts statistiques* » (+174 millions d'euros sur le budget du régime général de l'assurance maladie).

Compte tenu des incertitudes relatives qui demeurent et des changements d'organisation importants que suppose l'application du tarif global, il est probablement trop tôt pour envisager sa généralisation immédiate. Le choix devrait donc rester celui des directeurs d'établissement qui sont les mieux à même d'identifier le moment le plus adéquat de cette internalisation des dépenses de soins ; un droit d'option opposable à l'ARS semble donc préférable pour l'heure.

Proposition n° 25 Établir un véritable droit d'option des établissements entre tarif partiel et tarif global sur le forfait « soins ».

C. SOUTENIR LES PLUS FRAGILES : LA RÉFORME NECESSAIRE DE L'AIDE SOCIALE

L'effort en faveur d'un meilleur financement des établissements n'est pas incompatible avec un soutien renforcé à l'endroit des plus démunis. L'aide sociale à l'hébergement (ASH), plus généreuse que les aides au logement, doit être privilégiée pour parvenir à ce résultat.

1. Des dispositifs sociaux trop limités face à l'important reste à charge

Les ressources de beaucoup de résidents (1 200 euros de pension en moyenne, 1 700 euros de revenus) demeurent très faibles en comparaison du coût de l'hébergement en établissement (1 900 euros dont 700 euros de « gîte et couvert »). Les rapporteuses constatent que l'aide sociale mise en place pour couvrir ce reste à charge des personnes les plus démunies est aujourd'hui trop limitée.

L'**aide sociale à l'hébergement** financée par le département peut prendre en charge le « talon dépendance » de 165 euros, si le département le souhaite, et doit couvrir le tarif hébergement. Elle est toutefois soumise à des conditions drastiques liées au fait qu'elle a été conçue comme un soutien subsidiaire :

- le bénéficiaire doit justifier de ressources insuffisantes ;
- le versement de l'ASH peut être conditionné à la mise en jeu préalable de l'obligation alimentaire des enfants ou des petits-enfants ; l'obligation alimentaire reste en vigueur pour la seule ASH parmi les prestations d'aide sociale, elle suscite conflits et contentieux dans les familles, et est vraisemblablement à l'origine de non demandes de ceux qui pourraient en bénéficier, les assignant à résidence au domicile même si leur état de santé nécessiterait une prise en charge en EHPAD ;
- l'ASH est sujette à récupération sur succession ;

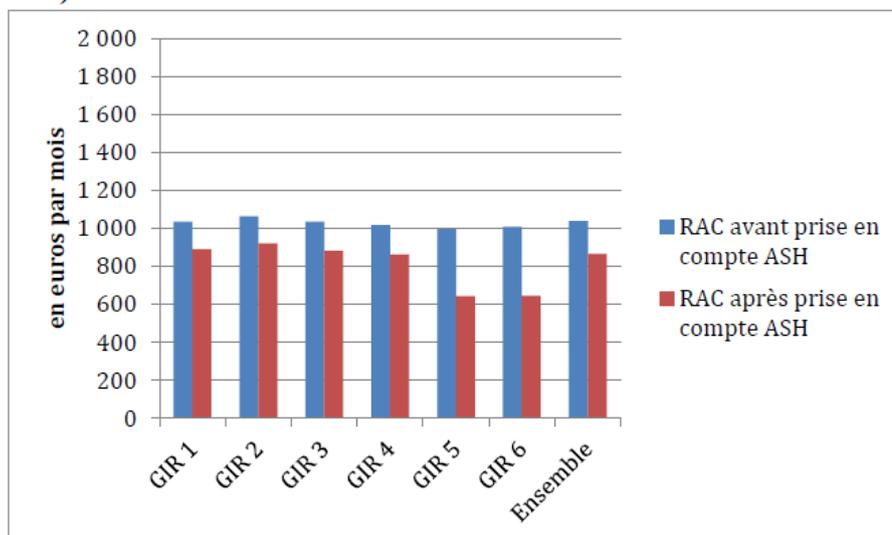
– enfin, l’ASH est une allocation différentielle qui laisse un très faible « reste à vivre » au bénéficiaire et à son éventuel conjoint.

Ainsi, le département assure la couverture intégrale des frais d’hébergement mais il peut prélever jusque 90 % des ressources du résident et les aides au logement auxquelles il aurait droit. Il doit en revanche laisser 96 euros (par mois...) au résident et l’allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) (800 euros) à son conjoint.

Ainsi, l’ASH ne supprime pas le reste à charge mais finance la différence entre un minimum vital objectivement dérisoire pour le bénéficiaire et son conjoint et les charges d’hébergement qu’il doit payer.

Il en résulte une diminution limitée du reste à charge dont témoigne l’histogramme suivant :

RAC moyen par GIR, avant et après prise en compte de l’ASH (données tirées de Fizzala, 2016)



RAC : reste à charge

Source : rapport du HCFEA- chapitre « Établissement » - décembre 2017.

Ces règles réduisent quasiment à néant les ressources librement utilisables du bénéficiaire tout l’obligeant à se reposer sur la solidarité familiale de manière directe (obligation alimentaire) et indirecte (au moment de la succession). On ne peut donc pas s’étonner du fait que, **si trois résidents sur quatre sont éligibles à l’aide sociale, seul un bénéficiaire potentiel sur deux la demande effectivement.**

2. Réformer l’aide sociale pour la rendre enfin accessible et efficace

Les rapporteuses souhaitent en conséquence renforcer substantiellement le droit à l’aide sociale à l’hébergement afin qu’elle constitue une protection effective des personnes les plus fragiles.

a. « Déverrouiller » l'aide sociale à l'hébergement : aujourd'hui une procédure complexe, coûteuse et injuste

Comme indiqué précédemment, l'aide sociale à l'hébergement oppose à ses bénéficiaires potentiels des critères dissuasifs. À l'instar de ce qui avait été fait pour la prestation sociale dépendance, il faut assouplir ses conditions pour qu'elle devienne enfin la grande prestation de solidarité qu'elle a vocation à être.

Dans cette perspective, la recherche de l'obligation alimentaire doit être supprimée de même que la récupération sur succession réinterrogée.

S'agissant de ce second point, Mme Monique Iborra, co-rapporteuse, souhaiterait que le seuil de récupération, actuellement fixé par l'article R. 132-12 du code de l'action sociale et des familles à 46 000 euros d'actif net, soit significativement relevé. Il s'agit en effet d'un élément dissuasif pour des personnes qui auraient besoin de l'aide sociale mais qui disposent de patrimoines modestes. Le principe de la récupération serait en revanche maintenu pour les cas – rares *a priori* – où les bénéficiaires de l'ASH disposeraient de patrimoines importants.

Mme Caroline Fiat, co-rapporteuse, souhaiterait voir la récupération sur succession supprimée afin d'assurer l'universalité de l'aide, comme cela existe pour de nombreuses autres prestations sociales, dont l'allocation personnelle d'autonomie (APA).

Par ailleurs, pour les rapporteuses, les règles tendant à la mobilisation par le département de la quasi-totalité des revenus de la personne prise en charge doivent être revues pour garantir à la personne une meilleure protection de ses ressources personnelles. Le Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) avait ainsi construit un scénario dans lequel la personne pourrait conserver de quoi payer sa cotisation complémentaire santé et un « bouclier » d'un montant d'environ 15 % de ses ressources avec un plancher de 15 % de l'ASPA ⁽¹⁾ soit 162 euros par mois.

Consciente de l'effort financier important que suppose un tel assouplissement, les rapporteuses proposent dans le même temps de confier l'ASH à des caisses de sécurité sociale, par exemple les caisses de retraite, qui assurent déjà un accompagnement pour les retraités qui ne bénéficient pas de l'APA. Les départements se trouveraient ainsi dégagés des coûts importants liés à la gestion de cette prestation. Pour rappel, le coût de l'ASH pour les conseils départementaux a été estimé à 1,3 milliard d'euros en 2015 ⁽²⁾.

(1) On doit rappeler que la LFSS pour 2018 a prévu une revalorisation très significative de l'ASPA, qui aura pour effet de revaloriser d'autant le plancher.

(2) Rapport du HCFEA précité, reprenant un chiffre de la DREES (*L'aide et l'action sociales en France – Édition 2017*).

Proposition n° 26 Réformer l'aide sociale à l'hébergement en vue de la rendre plus accessible :

- en supprimant la mise en jeu de l'obligation alimentaire et en révisant les principes de la récupération ;
- en instaurant un « bouclier » sur les revenus plus généreux.

Proposition n° 27 Confier la gestion de l'aide sociale à l'hébergement aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)

Mme Caroline Fiat, co-rapporteuse, rappelle que le Haut Conseil à la Famille, à l'Enfance et à l'Âge (HCFEA) chiffrait son propre *scenario* de « déverrouillage » de l'ASH – dont le périmètre était légèrement différent de celui de la réforme proposée ici – à 2,8 milliards d'euros sur la base des données de la DREES ⁽¹⁾.

Elle insiste également sur l'importance d'indexer sur l'évolution des prix l'ensemble des aides disponibles, notamment l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées, afin que ces aides ne puissent être arbitrairement « gelées ».

b. Préserver et renforcer la portée de l'habilitation à l'aide sociale

L'éligibilité à l'aide sociale à l'hébergement doit être assortie d'un droit à une place à moindre coût. Aujourd'hui, le nombre de places habilitées (82 %) est bien supérieur au nombre de personnes éligibles (75 %) et au nombre de personnes qui l'obtiennent effectivement (20 %).

Cet effort est inégalement réparti en fonction du statut juridique de l'EHPAD : 98 % pour les établissements publics, 81 % des établissements privés associatifs et 12 % dans les établissements privés lucratifs.

En outre, **un mouvement de dés-habilitation à l'aide sociale est clairement observable depuis quelques années**, ce qui suscite l'inquiétude des rapporteuses : la tentation de la dés-habilitation saisit à la fois certains départements – qui entendent limiter leurs engagements financiers – et certains établissements – qui souhaitent retrouver de la liberté tarifaire.

Le risque est d'autant plus fort que la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pourrait favoriser ce mouvement : puisque ces conventions sont considérées comme de nouvelles conventions

(1) Cette évaluation intégrait une ouverture de l'ASH à tous les résidents (hors habilitation), la suppression de l'obligation alimentaire et la récupération sur succession. La réforme proposée ici vise à rapprocher population éligible (75%) et population bénéficiaire (20%), ce qui reviendrait à tripler les montants actuels et pourrait avoir des impacts financiers d'un même ordre de grandeur.

d'habilitation à l'aide sociale ⁽¹⁾, elles pourraient donner lieu à une remise à plat de grande ampleur.

Les rapporteuses souhaitent que soit maintenue une offre importante de places habilitées afin de garantir les droits des personnes les moins favorisées. Elles estiment que l'effort financier que représente l'habilitation pour les établissements doit être mieux partagé par l'ensemble du secteur : public, privé non lucratif et privé commercial.

Elles proposent donc de fixer un niveau d'habilitation minimal, révisable régulièrement en fonction de l'évolution de la demande. Celui-ci pourrait être fixé à 50 %, ce qui augmenterait la moyenne nationale jusqu'à obtenir effectivement une place par personne éligible.

Proposition n° 28 Garantir une place habilitée à toutes les personnes éligibles à l'aide sociale en imposant un niveau minimum de places habilitées dans l'ensemble des établissements.

D. OUVRIR UN DÉBAT NATIONAL POUR UN FINANCEMENT PÉRENNE

La priorité politique pour répondre au défi du vieillissement et à la montée en qualité de la prise en charge que les deux rapporteuses appellent de leurs vœux est de rouvrir le débat refermé en 2011 sur le financement d'un risque aux enjeux financiers considérables.

Si tout n'est pas qu'une question de moyens, la visite de la mission aux Pays-Bas et au Danemark a montré que les pays qui consacrent des budgets supérieurs au nôtre à la politique de la perte d'autonomie obtiennent une meilleure qualité de prise en charge et de meilleurs résultats en termes de santé et de maintien de l'autonomie.

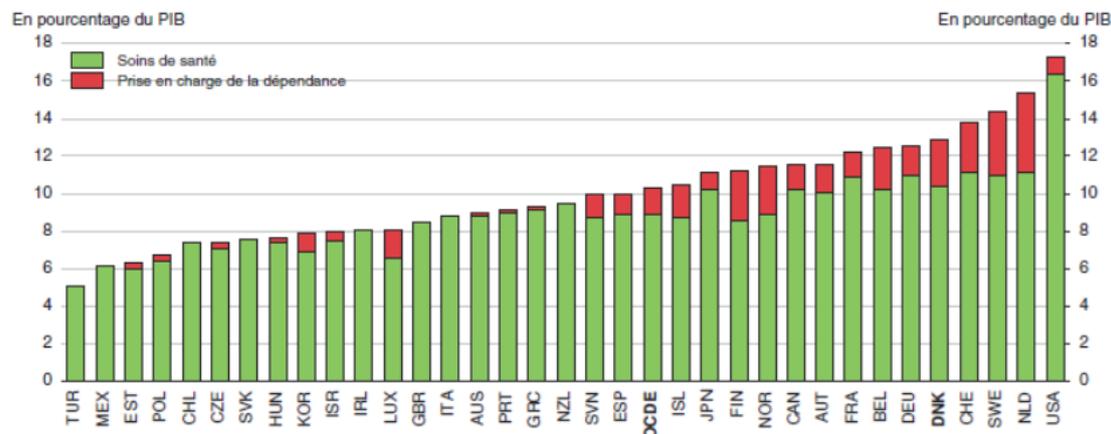
Ce choix relève bien évidemment d'un débat public global qui dépasse le cadre d'un rapport d'information relatif aux EHPAD, mais les rapporteuses soulignent l'importance et l'urgence de reprendre le débat autour de ces questions en vue d'aboutir, dans un horizon temporel raisonnable, à des solutions susceptibles de soutenir le changement de modèle qu'elles préconisent.

Sans mésestimer les progrès importants accomplis depuis dix ans, la France ne peut prétendre être au bout de l'effort en matière de prise en charge de la perte d'autonomie. Les deux pays visités par la mission sont nettement plus ambitieux : ils y consacraient, en 2013, **4 points de PIB pour les Pays-Bas et près de 3 points de PIB pour le Danemark, contre environ 1 point de PIB pour la France**, soit tout juste la moyenne de l'OCDE alors que les efforts sont très dispersés.

(1) C'est ce que prévoit l'arrêté du 3 mars 2017 portant cahier des charges et modèles des CPOM.

Graphique 2.14. Les dépenses au titre de la santé et de la prise en charge de la dépendance sont élevées

2013 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé.

Ce sous-financement structurel met sous une tension commune des priorités également légitimes : renforcer l'encadrement en personnel, moderniser nos équipements, réduire le reste à charge.

Pour les deux rapporteuses, il est donc indispensable d'identifier de nouveaux modes de financement.

Mme Caroline Fiat, co-rapporteuse, souligne l'ampleur de l'effort qu'à ses yeux il faudrait consentir. Sans aller jusqu'à rejoindre le niveau des pays les plus ambitieux, elle estime qu'un véritable changement de modèle appellerait à mobiliser au moins un point de PIB supplémentaire (soit 20 milliards d'euros environ), dans le prolongement des propositions du rapport, portant notamment sur le taux d'encadrement (entre 8 et 10 milliards d'euros) et le déverrouillage de l'aide sociale à l'hébergement.

Mme Monique Iborra, co-rapporteuse, indique qu'en tout état de cause ce sera aux Français qu'il reviendra de trancher cette question fondamentale pour financer une dimension nouvelle de notre système de protection sociale.

Proposition n° 29 Ouvrir un débat national sur les nouvelles ressources du financement de la politique de l'autonomie des personnes âgées, en vue d'aboutir d'ici 5 ans.

II. À MOYEN TERME : LES EHPAD DE L'AVENIR DEVRONT POUVOIR COMPTER SUR DES PILOTES BIEN IDENTIFIÉS ET DES FINANCEMENTS RENFORCÉS

Compte tenu de son ampleur, une réflexion sur la gouvernance et sur un meilleur financement public des établissements ne peut être envisagée qu'à moyen terme.

A. INTERROGER LES RESPONSABILITÉS LOCALES ET NATIONALES

L'absence de choix sur le modèle de gouvernance le plus pertinent a permis que se superposent les acteurs, les instances, les financements. L'organisation qui en résulte est difficile à comprendre pour le citoyen et difficile à vivre pour les établissements, sans que l'on puisse affirmer qu'elle répond à une nécessité absolue. Les rapporteuses souhaitent donc ouvrir le chantier d'une redéfinition des compétences des différents acteurs.

1. Une gouvernance multipliant les acteurs

Qui pilote la politique de la perte d'autonomie des personnes âgées ? La réponse à cette question est éminemment complexe, bien plus que pour d'autres domaines des politiques sociales. Tous les rapports publiés depuis dix ans ont souligné que la gouvernance de la perte d'autonomie est construite sur un « double dédoublement » au niveau national et local. La situation actuelle se caractérise donc par deux lignes de clivage : déconcentration et décentralisation d'une part, fiscalité propre, budget départemental et financement ONDAM, d'autre part, pour un résultat perfectible en termes d'efficacité, de clarté des responsabilités et de simplicité pour le bénéficiaire et le citoyen de manière générale.

a. Un pilotage dual au niveau national

- La **direction générale de la cohésion sociale (DGCS)** est chargée de concevoir et de rédiger le cadre légal, réglementaire et administratif dans lequel s'inscrivent les politiques publiques en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie. Elle est donc avec la CNSA l'un des deux pilotes nationaux de cette organisation.

- La **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**, mise en place en mai 2005, gère depuis le 1^{er} janvier 2006 de nombreuses missions en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Son rôle principal tient évidemment à la gestion d'un financement dédié aux questions du handicap et de la perte d'autonomie, même si le législateur lui a progressivement confié de nouvelles missions d'appui technique, ce qui en fait également une agence d'expertise, et non un simple opérateur financier.

Comme organisme financier, la CNSA est soumise à la tutelle de la direction du budget et de la direction de la sécurité sociale. Au regard de son objet même, elle est surtout soumise à celle de la DGCS. Or, comme l'indiquait récemment la Cour des comptes, « *leurs champs d'intervention respectifs sont étroitement imbriqués, ce qui nécessite une concertation soutenue* »⁽¹⁾, ce que la DGCS conteste⁽²⁾.

(1) Cour des comptes, Rapport public annuel 2018, p. 106. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/04-Caisse-nationale-solidarite-pour-autonomie-Tome-2.pdf>.

(2) Voir sa réponse dans le rapport de la Cour des comptes précité.

Spécifiquement dédiée aux deux grandes politiques d'autonomie, la caisse est une agence centrale qui ne dispose pas de son propre réseau territorial. Elle agit donc sur le terrain grâce au concours de deux catégories d'opérateurs, notamment au plan financier :

– les agences régionales de santé, à qui elle notifie une dotation chaque année et à qui elle délègue les dotations d'aide à l'investissement ; la caisse doit également animer le réseau en faisant partager les bonnes expériences et les bonnes pratiques ;

– les départements, qui assurent le versement effectif de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour leur compte sur le fondement d'une convention pluriannuelle.

La CNSA a également un rôle important dans l'organisation et le financement des expérimentations, en partenariat avec les agences régionales de santé.

b. Un pilotage dual au niveau local

Une autre dualité existe au niveau local entre les agences régionales de santé, exécutrices des politiques nationales, et les départements, qui conservent leur autonomie de décision.

- Les **agences régionales de santé** mettent en œuvre la politique nationale du champ médico-social dans leur ressort territorial. Elles participent ainsi à la création, à la transformation ou à l'extension des établissements et services médico-sociaux sur le territoire en lançant des appels à projets comme peuvent le faire également le département et le préfet de région, dans le respect de ses schémas de planification et de ceux du département. Ce sont également des acteurs de la contractualisation devenue obligatoire pour les EHPAD, les accueils de jour autonomes et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Ces contrats prévoient pour 5 ans des objectifs et garantissent des moyens pour les atteindre. Enfin, elles assurent la répartition des crédits de la CNSA et le contrôle des établissements.

- Les **départements** exercent une compétence centrale en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes, et aucune réforme récente n'a démenti ce principe. Le département assure à bien des égards des fonctions complémentaires, parfois en doublon, de celles qui sont assurées par les agences régionales de santé dans leur ressort, puisqu'il est lui aussi planificateur et autorisateur des établissements.

C'est également un important financeur puisqu'il verse l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) soit à la personne lorsqu'elle est prise en charge au domicile, soit à l'établissement lorsque la personne fait l'objet d'une prise en charge institutionnalisée (forfait dépendance). Il a également la charge de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) attribuable sous conditions de ressources aux

administrés qui sont pris en charge en établissement en vue de financer la partie « hébergement ».

2. Ouvrir le chantier d'une véritable simplification de la gouvernance

L'organisation complexe précitée ne répondant à aucune nécessité absolue, les rapporteuses souhaitent ouvrir le chantier d'une redéfinition des compétences des différents acteurs.

a. Une gouvernance proactive au niveau national

Aucun des deux grands acteurs nationaux que sont la CNSA et la DGCS n'a évidemment vocation à s'effacer devant l'autre dès lors que la tutelle du ministère est incontournable et que la CNSA s'est affirmée comme un acteur central et structurant de la politique du vieillissement ⁽¹⁾.

Cependant, une meilleure articulation des deux acteurs est encore possible comme le montre l'exemple de la réforme de la tarification : la DGCS a porté cette initiative alors que la CNSA n'a pas été mise en mesure d'établir une évaluation en amont.

Si les compétences de conception des textes d'une part, de financement et d'animation d'autre part, sont bien identifiées, **la définition de stratégies par le ministère doit désormais s'appuyer plus fortement sur le très haut niveau d'expertise de la CNSA et sa capacité à recueillir des informations.**

C'est dans cette perspective que les rapporteuses conçoivent la gouvernance nouvelle qui doit se préparer à des réformes importantes déjà évoquées : nouveaux financements, meilleure transition entre expérimentation et dispositifs pérennes, etc. La DGCS devra préparer les ajustements légaux et réglementaires nécessités par les efforts précités en matière de simplification, avec l'appui des services scientifiques et techniques de la CNSA pour identifier les technologies les plus intéressantes pour l'avenir.

Il ne fait nul doute pour les rapporteuses que cette coopération est menée le plus souvent en parfaite intelligence par les deux pilotes nationaux, mais il leur semble évident que l'avenir sera à **une répartition des tâches plus claire encore** qu'elle ne l'est aujourd'hui entre le pilote juridique, d'une part, et le pilote financier et technique, d'autre part.

b. Privilégier un acteur unique au niveau local

Les rapporteuses souhaitent au préalable souligner que la gouvernance française s'éloigne très nettement de ce qu'elles ont pu observer à la fois aux Pays-Bas et au Danemark.

(1) C'est ce que rappelle la Cour des comptes dans son rapport public annuel publié en janvier 2018.

Aux **Pays-Bas**, le gouvernement national, qui était compétent sur l'ensemble de la politique de la perte d'autonomie, a souhaité décentraliser vers les communes la prise en charge à domicile, en cohérence avec le développement d'un outil permettant d'évaluer très précisément les besoins d'adaptation des logements ⁽¹⁾. Pour sa part, la politique des établissements est relayée au niveau local par des agences déconcentrées qui assurent la négociation des financements et les décisions de placement dans les établissements.

Au **Danemark**, la politique de la perte d'autonomie est décentralisée depuis longtemps au profit des communes, qui exercent des compétences très étendues en matière sociale. Chaque maire est donc assisté d'un maire adjoint chargé d'évaluer et d'améliorer l'offre, qui fait par ailleurs l'objet d'un débat public intense lors des élections municipales. Cette compétence va de pair avec un pouvoir fiscal réel, bien que limité par le plafond constitutionnel applicable aux impôts nationaux et locaux.

La France a fait le choix de confier la supervision des établissements au plan local à deux acteurs distincts : les agences régionales de santé et les départements.

Cette combinaison de déconcentration et de décentralisation a conduit à disperser certaines fonctions entre les départements et les ARS, chacun exerçant de manière juxtaposée ou concurrente des compétences de planification et d'autorisation des établissements et services médico-sociaux. Les rapporteuses s'interrogent sur l'opportunité de conserver autant de compétences redondantes et concurrentes.

Sur le plan financier, les responsabilités sont objectivement difficiles à dégager : tandis que les départements, qui s'estiment au bout de leurs limites financières, tendent à renvoyer au niveau national la responsabilité du sous-financement global, force est de constater qu'existent des disparités territoriales très importantes, témoignant de choix budgétaires différents.

Une remise à plat amènerait à intégrer à la réflexion le rôle possible d'autres échelons, comme l'**intercommunalité**, plus proche du modèle danois et véritable organe de proximité. L'exemple de l'exercice de compétences départementales par certaines métropoles dans le domaine médico-social montre que la transition est accessible, au terme d'une réforme bien concertée et bien préparée.

Proposition n° 30 Engager une réflexion pour identifier l'acteur le plus pertinent pour conduire effectivement la politique de la perte d'autonomie au niveau local.

(1) Cet outil informatique permet d'identifier pour chaque habitations des Pays-Bas la nature et le montant des travaux nécessaires pour le rendre adapté à une personne âgée.

B. DIMINUER LE RESTE À CHARGE POUR L'ENSEMBLE DES RÉSIDENTS

Comme l'ont relevé de nombreux rapports, la distinction entre les trois sections budgétaires (hébergement, dépendance, soins) relève assez largement de l'arbitraire ⁽¹⁾ comme le montre le tableau ci-dessous.

Panier « Hébergement »	Panier « Dépendance »	Panier « Soins »
Financement par le résident	Financement essentiellement par le département	Financement par l'assurance maladie
Les charges d'exploitation à caractère hôtelier et l'administration générale Les fournitures hôtelières, d'entretien, de blanchissage, de nettoyage ainsi que les personnels affectés à ces missions Les personnels d'accueil, d'animation de la vie sociale, de restauration et d'administration générale Les amortissements des biens meubles non médicaux et immeubles	Les fournitures pour l'incontinence Les fournitures hôtelières, d'entretien, de blanchissage, de nettoyage ainsi que les personnels affectés à ces missions Les aides-soignants, aides médico-psychologiques et accompagnateurs éducatifs et sociaux Les psychologues Les amortissements du matériel et du mobilier	Les prestations, le matériel et les fournitures médicales Le médecin coordonnateur et le personnel médical Les aides soignant, aides médico-psychologiques et accompagnateurs éducatifs et sociaux Les médicaments Les honoraires infirmiers libéraux de l'établissement Les honoraires des médecins et auxiliaires médicaux ainsi que les examens de biologie et de radiologie (si tarif global)

Il apparaît en effet qu'au regard du droit en vigueur :

– de **nombreux postes sont financés sur deux sections** : les aides-soignantes sur la section « dépendance » et la section « soins », certaines fournitures sur la section « hébergement » et la section « dépendance », etc.

– **certains postes sont affectés à une section que les rapporteurs estiment manifestement non pertinente** comme les dépenses d'animation de la vie sociale, qui sont une partie essentielle de la prise en charge de la perte d'autonomie des résidents ;

– enfin, la question de la pertinence se pose également sur de nombreux autres postes de la section « hébergement », comme les personnels d'administration générale ou encore l'amortissement des immeubles, qui incombent actuellement intégralement aux résidents.

Pour les rapporteurs, la base d'une réforme de ce mode de fonctionnement doit être la **distinction entre ce qui reste à la charge du résident et ce que les différents financeurs publics prennent en charge**. Au terme de cette réflexion, il conviendra sans doute de revenir sur l'idée même d'une

(1) La création de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) dans le cadre de la réforme tarifaire a permis une certaine fongibilité des sections entre les dotations autonomie et dépendance. Toutefois, celle-ci reste limitée aux postes cofinancés et ne concerne évidemment pas le prix de journée « hébergement » qui relève d'une autre logique.

architecture en trois forfaits. Ne sous-estimant pas l'ampleur d'un tel chantier, les rapporteuses souhaitent dans un premier temps, à structure constante, que soient apportées des améliorations notables en termes de reste à charge pour l'ensemble des résidents.

Une telle évolution nécessite **de transférer certains postes aujourd'hui financés par le résident sur la section « hébergement » vers les sections qui bénéficient de financements publics**. Il pourrait s'agir par exemple des dépenses d'animation et d'une partie des dépenses d'administration générale et d'amortissement de l'immobilier.

Si ces transferts entraînent des déséquilibres entre financeurs publics, il sera tout à fait possible d'ajuster également ce que financent les sections « dépendance » et « soins » en transférant des postes actuellement cofinancés.

Proposition n° 31 Organiser un transfert de charges depuis le forfait hébergement vers les deux autres forfaits socialisés en vue de diminuer le reste à charge.

CONCLUSION DE MME MONIQUE IBORRA, CO-RAPPORTEURE

On ne réglera pas en quelques mois une situation qui n'a pas été traitée suffisamment dans sa globalité ces dernières années, en ce que les personnes âgées et certains des plus âgés, ont besoin d'un accompagnement spécifique vers la fin de leur parcours de vie, qui va bien au-delà du décor d'un hôtel 3 étoiles...

Le monde politique, les parlementaires notamment, doivent s'emparer du problème qui repose à la fois sur des choix stratégiques, financiers, mais aussi sociétaux où l'humain doit avoir une place prépondérante.

La sphère politique dans son ensemble ne saurait à aucun moment se retirer du débat, qui laisserait la place à des intérêts particuliers, et se contenter de mesures à efficacité limitée.

Le législateur, le gouvernement et les citoyens associés ont une obligation sociétale de résultat. C'est ce que cette mission a tenté d'initier et c'est ce qui devra être poursuivi.

CONCLUSION DE MME CAROLINE FIAT, CO-RAPPORTEURE

Face à l'urgence sanitaire et sociale dans laquelle se trouvent les EHPAD, il faut revenir aux fondamentaux d'une véritable politique de solidarité pour le vieillissement.

Ainsi, rien ne sera possible sans une détermination largement partagée de remettre la personne, qu'elle réside ou qu'elle travaille en EHPAD, au cœur de nos choix. Il faudra aussi, au-delà des très belles propositions que formule la mission, réfléchir à ce que nous voulons comme philosophie pour les établissements.

Les errements de la réforme de la tarification, les très dures conditions de travail des professionnels mais aussi les réussites observées par la mission, notamment dans le secteur public et associatif, les exemples étrangers, nous montrent tous que l'accompagnement de nos aînés ne saurait reposer sur la recherche du profit, que certains poursuivent encore malheureusement.

Au contraire, il nous revient à présent de ne plus compter que sur les sentiments nobles que nous avons pour les plus fragiles en nous en donnant les moyens.

ANNEXE 1 : LISTE DES PROPOSITIONS

Proposition n° 1	Rendre opposable une norme minimale d'encadrement en personnel « au chevet » (aides-soignants et infirmiers) de 60 ETP pour 100 résidents, dans un délai de quatre ans maximum, ce qui revient à doubler le taux d'encadrement actuel.
Proposition n° 2	Orienter prioritairement vers les EHPAD l'attribution des nouveaux contrats « parcours emploi compétences » et encourager le recours aux jeunes en service civique par les EHPAD.
Proposition n° 3	Actualiser les compétences des aides-soignants et réfléchir à une revalorisation de leur statut.
Proposition n° 4	Mettre en place un grand plan national de communication sur les métiers de la filière gérontologie.
Proposition n° 5	Donner un véritable droit de prescription au médecin coordonnateur, tout en augmentant son temps de présence en EHPAD.
Proposition n° 6	Prévoir le financement du temps de coordination indispensable à la télémédecine en EHPAD.
Proposition n° 7	Accompagner les EHPAD dans leurs efforts de prévention, par le biais de financements dédiés.
Proposition n° 8	Mettre en place une consultation à domicile gratuite prise en charge par l'Assurance maladie, à 65 ans puis à 70 ans, destinée à évaluer l'état de santé et la dépendance et à informer le bénéficiaire des aides disponibles.
Proposition n° 9	Mettre en œuvre un plan de rénovation permettant de mettre en conformité les établissements qui ne répondent pas aux standards de confort minimum.

Proposition n° 10	Réviser l'arrêté du 26 avril 1999⁽¹⁾ afin de donner aux résidents des EHPAD une qualité de vie adaptée à notre temps.
Proposition n° 11	Réformer la procédure d'évaluation externe des EHPAD, en prévoyant la mise en place d'une véritable certification, et la publication d'indicateurs de qualité pour chaque établissement.
Proposition n° 12	Créer un comité de simplification des normes en EHPAD (normes architecturales, hygiène, sécurité, risques climatiques et sanitaires notamment) associant les usagers et les établissements.
Proposition n° 13	Créer un centre national chargé d'évaluer et de labelliser les nouvelles technologies utilisables à domicile et dans les EHPAD et mettre en place une plate-forme de location de ces nouvelles technologies à destination des établissements.
Proposition n° 14	Construire sous l'égide de la CNSA un cadre relatif aux expérimentations permettant de définir très tôt la phase d'évaluation et un éventuel projet de généralisation.
Proposition n° 15	Piloter au niveau de l'administration centrale une stratégie pragmatique de simplification technique et réglementaire en faveur des nouvelles technologies.
Proposition n° 16	Encourager la création d'établissements entièrement dédiés à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.
Proposition n° 17	Augmenter le nombre des places d'hébergement temporaire, programmé ou d'urgence, et d'accueil de jour.
Proposition n° 18	Faciliter la mixité entre résidences autonomie et EHPAD en supprimant l'article D. 313-24-3 du code de l'action sociale et des familles.
Proposition n° 19	Prévoir dans tous les EHPAD des ateliers de soutien aux aidants.
Proposition n° 20	Équiper chaque EHPAD d'un véhicule adapté.

(1) Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Proposition n° 21	Favoriser le développement de maisons médicales au sein des EHPAD, notamment en milieu rural.
Proposition n° 22	Faire des EHPAD des « points relais » dans le cadre du développement de la télémédecine.
Proposition n° 23	Étendre les expérimentations d'« EHPAD hors les murs » en identifiant à cette fin un soutien financier dédié dans le budget de la CNSA.
Proposition n° 24	Suspendre la réforme de la tarification « dépendance ».
Proposition n° 25	Établir un véritable droit d'option des établissements entre tarif partiel et tarif global.
Proposition n° 26	Réformer l'aide sociale à l'hébergement en vue de la rendre plus accessible : – en supprimant la mise en jeu de l'obligation alimentaire et en révisant les principes de la récupération ; – en instaurant un « bouclier » sur les revenus plus généreux.
Proposition n° 27	Confier la gestion de l'aide sociale à l'hébergement aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)
Proposition n° 28	Garantir une place habilitée à toutes les personnes éligibles à l'aide sociale en imposant un niveau minimum de places habilitées dans l'ensemble des établissements.
Proposition n° 29	Ouvrir un débat national sur les nouvelles ressources du financement de la politique de l'autonomie des personnes âgées, en vue d'aboutir d'ici 5 ans.
Proposition n° 30	Engager une réflexion pour identifier l'acteur le plus pertinent pour conduire effectivement la politique de la perte d'autonomie au niveau local.
Proposition n° 31	Organiser un transfert de charges depuis le forfait hébergement vers les deux autres forfaits socialisés en vue de diminuer le reste à charge.

ANNEXE 2 :
COMMUNICATION DE MME IBORRA À L'ISSUE DE LA MISSION
« FLASH » (13 SEPTEMBRE 2017)

Madame la Présidente,

Mes chers Collègues,

Le 3 août, vous m'avez confié une mission dite « flash » sur la situation et la problématique des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD), devant faire l'objet d'un rendu le 13 septembre aux membres de la commission des Affaires sociales.

Dès le 4 septembre, nous avons organisé des auditions auxquelles tous les députés de notre commission étaient conviés. La liste de ces auditions est jointe à mon intervention. Au nombre de 26, elles ont concerné l'ensemble des acteurs intervenant sur ce champ : institutionnels, représentants des associations des usagers et de leurs proches, personnels soignants qu'ils soient médecins, aides-soignants, infirmiers, associations des directeurs d'établissement, des collectivités (notamment l'Association des départements de France), l'ensemble des organisations syndicales santé-sociaux, et les représentants des secteurs public et privé. Ces auditions ont eu lieu du 4 au 8 septembre, et se sont déroulées de 9h à 20h.

Certains se sont posé la question du caractère « flash » de la mission qui ne peut être qu'une première étape, tant les problèmes soulevés, les attentes et le champ d'investigation demeurent aujourd'hui un enjeu sociétal qui nous concerne tous, et que l'on peut explorer en poussant différentes portes : celle de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées, celle du financement des établissements qui les accueillent, celle de l'organisation des soins, du statut et de la formation des acteurs, enfin celle du modèle de société dans lequel nous évoluons depuis la naissance jusqu'à la fin de vie.

I. POURQUOI UNE « MISSION FLASH » ? UNE DÉMARCHE PRIVILÉGIANT L'OPÉRATIONNALITÉ

Dans un temps très court, il s'est agi d'appréhender globalement les défis du secteur – nous pouvons le dire, en souffrance – qui nécessitent non seulement une prise de conscience des législateurs que nous sommes, mais aussi des décisions rapides à court et à moyen terme.

Nous avons donc établi un diagnostic généraliste partagé par tous les acteurs entendus, proposé un certain nombre de mesures à prendre rapidement, ainsi que des pistes d'action pour la poursuite de cette mission qui ne devrait pas se prolonger au-delà de la fin de l'année – de notre point de vue.

C'est ce travail prospectif qui a manqué ces dernières années. Nous avons négligé de nous poser les questions de la place et du rôle des EHPAD dans le parcours et la filière d'accompagnement des personnes âgées, **la question du financement venant obérer les autres aspects du problème.**

II. LES CONSTATS DE LA MISSION

A. UNE ÉVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a exploré et encouragé le maintien à domicile mais n'a pas traité de la place des EHPAD dans le parcours de la personne âgée. Si le maintien à domicile est en effet l'une des solutions envisagées, il n'en reste pas moins que dans l'état actuel des choses, certaines personnes se trouvent dans l'obligation d'avoir recours à l'EHPAD.

Le profil des personnes accueillies par les EHPAD est différent de celui qu'il était il y a quelques années. Les personnes entrant ont en moyenne plus de 85 ans, et leur temps de séjour est en moyenne de deux ans et demi. Elles présentent des pathologies multiples, des complications de maladies chroniques, et souffrent pour certaines d'entre elles de troubles du comportement, notamment liés à la maladie d'Alzheimer.

Si l'on doit faire en sorte que l'EHPAD soit un « lieu de vie dans lequel on soigne », il devient en réalité de plus en plus un « lieu de soin dans lequel on vit ». Cependant, les usagers et les familles attendent qu'un équilibre soit maintenu entre l'accompagnement et le soin. Un nouveau modèle de prise en charge des soins doit pouvoir s'opérer, médicalisation ne signifiant pas déshumanisation.

Cette évolution a été traduite par les pouvoirs publics en un encadrement plus technocratique qu'efficace et un foisonnement des normes qui pèsent aujourd'hui sur les établissements, sans cependant leur donner les moyens de l'évolution nécessaire pour répondre aux besoins des personnes accueillies.

B. DES SOUS-EFFECTIFS EN PERSONNEL UNANIMEMENT RECONNUS ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL DIFFICILES

L'augmentation du niveau moyen de dépendance des résidents en EHPAD alourdit la charge de travail des personnels soignants rendant les conditions de travail, notamment pour les aides-soignants, particulièrement préoccupantes, tant

du point de vue physique que psychologique. Le taux d'absentéisme est en moyenne de 10 %, les accidents du travail en EHPAD seraient aujourd'hui deux fois supérieurs à la moyenne nationale, et supérieurs à ceux dans le secteur du BTP.

Une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé (DREES) de 2015 montre en effet des conditions de travail difficiles pour des personnels cependant très engagés et dont il faut absolument reconnaître l'investissement. **L'organisation du travail est en tension et peut être la source de dégradation importante des conditions d'exercice des métiers de soignants. Dans certains EHPAD, on parle de « maltraitance institutionnelle ».**

Une médicalisation des établissements nécessaire qui reste insuffisante. Des recrutements difficiles à opérer.

Le médecin coordonnateur, dont la présence est rendue obligatoire dans les EHPAD, est de plus en plus difficile à recruter et à fidéliser. Un tiers des établissements en seraient dépourvus, ne respectant pas ainsi la réglementation en vigueur. Son statut est peu clair, sa présence souvent à temps partiel, et il n'a le droit de prescription qu'en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux, ainsi que lors de la survenance de risques exceptionnels ou collectifs.

La présence médicale est aujourd'hui assurée par les médecins généralistes pouvant être aussi nombreux que les résidents, ce qui nécessite une coordination médicale. On constate aujourd'hui dans toutes les catégories de soignants un déficit de la formation initiale en gérontologie. Pour les médecins par exemple, ce n'est que cet automne que la gériatrie va devenir une spécialité sanctionnée par un diplôme d'études spécialisées pouvant être choisi dès la première année d'internat.

L'absence d'infirmiers de nuit dans la grande majorité des établissements est souvent la cause d'hospitalisations aux urgences, qui auraient pu être évitées dans un certain nombre de cas. Ces allées et venues entre les services d'hospitalisation et l'EHPAD peuvent avoir des effets déstabilisants sur les personnes, et représentent un coût élevé.

On constate des recrutements de personnels difficiles, notamment chez les aides-soignants. En Occitanie par exemple, on déplore une chute de 30 % des candidat.e.s à l'obtention du diplôme d'aide-soignant. Ce manque de personnel entraîne des recrutements de « faisant-fonction » dont la qualification est insuffisante au regard des personnes accueillies. On observe des glissements de tâches préjudiciables à la qualité des soins, et sources d'inquiétudes pour les soignants, conduits à exercer des tâches pour lesquels ils ne sont pas formés.

C. UNE TARIFICATION DE TYPE « KAFKAÏEN »

Le financement des EHPAD repose, depuis 1997, sur une tarification distinguant trois catégories de dépenses :

– **les dépenses de soins, financées par l’assurance maladie** et dont les dotations globales sont fixées par les agences régionales de santé (ARS) ;

– **les dépenses de dépendance, financées, via l’allocation personnalisée d’autonomie (APA), par les départements** ;

– **les dépenses d’hébergement** qui restent à la **charge des résidents**, sauf s’ils sont bénéficiaires de l’aide sociale départementale – dans quel cas le conseil départemental peut s’acquitter de tout ou partie des frais d’hébergement à la charge des personnes âgées éligibles à cette aide.

Le législateur est intervenu en 2015 pour imposer à l’ensemble des gestionnaires d’EHPAD l’obligation de conclure un Contrat Pluriannuel d’Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les présidents des conseils départementaux et les directeurs généraux des ARS, en lieu et place des anciennes conventions tripartites. Ce document mériterait d’être **simplifié pour être véritablement opérationnel**.

Une application du décret du 21 décembre 2016 contestée

Alors que la loi relative à l’adaptation de la société au vieillissement se voulait a priori équitable pour le citoyen en permettant de rapprocher tous les EHPAD d’une norme de financement et, indirectement, d’un taux d’encadrement cible à terme, et en mettant ainsi fin à des inégalités infradépartementales, le décret du 21 décembre 2016 a défini des **équations tarifaires extrêmement complexes** qui, malgré des mécanismes de convergence progressive, conduisent à **accentuer des inégalités territoriales d’un département à l’autre**. D’après certains acteurs comme la Fédération hospitalière de France (FHF), cette nouvelle tarification pénalisera particulièrement les EHPAD publics, et, dans une moindre mesure, les EHPAD associatifs. **Ce décret suscite aujourd’hui une levée de boucliers de l’ensemble des acteurs du secteur public auditionnés**.

En effet, il semble que cette nouvelle tarification ne tient compte ni de l’inflation ni de la structure des coûts réels résultant du statut des établissements – les EHPAD publics ayant des charges de personnel différentes de celles des EHPAD privés qui, de leur côté, bénéficient, contrairement aux premiers, du crédit d’impôt pour la compétitivité et l’emploi (CICE) et du crédit d’impôt de taxe sur les salaires (CITS) qui, au demeurant, est lui-même relativement méconnu.

D’après ce qui m’a été indiqué, certains départements (une dizaine, semble-t-il) ont purement et simplement décidé de ne pas appliquer la réforme tarifaire, tandis que d’autres ont choisi de l’appliquer moyennant d’importants

correctifs, étant précisé que l'Assemblée des départements de France, tout comme l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS), demandent que soit pris le temps nécessaire pour remédier aux difficultés identifiées.

D. UN RESTE À CHARGE IMPORTANT POUR CERTAINES CATÉGORIES DE LA POPULATION

Un mouvement de déshabilitation à l'aide sociale départementale provoque par insuffisance de dotations publiques un reste à charge que certaines personnes ne peuvent assumer, notamment les femmes qui sont majoritaires dans les EHPAD et dont les revenus ne peuvent couvrir un hébergement dont le coût peut avoisiner 2 000 euros en moyenne.

Malgré la participation financière obligatoire des obligés alimentaires (enfants et petits-enfants), la déshabilitation des places d'aide sociale, parfois demandée par les établissements pour rentrer dans un système classique permettant de libérer les tarifs, ou par les départements qui veulent limiter leur charge financière, doit faire l'objet d'une **vigilance particulière sur l'exercice plein et entier par les départements de leur compétence de l'action sociale, dont ils sont chefs de file.**

III. LES PROPOSITIONS SUITE À LA MISSION « FLASH »

Au terme de cette mission « flash », première étape des travaux sur les EHPAD, nous pouvons effectuer des propositions à court terme, et d'autres pour une seconde étape à moyen terme.

A. LES PROPOSITIONS À COURT TERME (1^{ÈRE} ÉTAPE)

• Pour les aides-soignants

Mettre en place au Ministère de la Santé un groupe de travail pour actualiser les compétences des aides-soignants en lien avec leurs associations représentatives, et réfléchir à une revalorisation de leur statut.

• Pour les infirmiers

Prévoir dans la budgétisation des établissements la présence d'un infirmier diplômé la nuit en astreinte ou en poste.

• Sur la tarification

Concernant la nouvelle tarification en vigueur en mai 2017, conséquence du décret du 21 décembre 2016 en application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, il est nécessaire de transformer le groupe de suivi de la

réforme de la tarification devant se réunir le 25 septembre à l'initiative de Madame la Ministre de la Santé en un groupe de travail sur l'évaluation de cette tarification par simulation du degré d'inégalités induites par la réforme telle que prévue, et accepter ainsi après vérifications, des amendements, modifications et ajustements du décret initial.

- **Sur les contrats aidés**

Décider de la **préservation des contrats aidés dans les EHPAD souffrant déjà de sous-effectifs patents en 2017.**

Le recours à ces contrats a été massif dans le secteur des EHPAD pour faire face à la situation reconnue de sous-effectifs très importants. **L'aide et le soin aux personnes âgées doivent être considérés par les préfets comme une priorité pour l'allocation de ces contrats en 2017**, au même titre que l'accompagnement des élèves en situation de handicap et les secteurs d'urgence en matière sociale et de santé.

- **Sur les rapports d'évaluation**

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) publie notamment des outils pratiques pour guider le choix de l'établissement. Un comparateur officiel des prix et le reste à charge sont aujourd'hui accessibles en ligne directement sur le site www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr. **Nous souhaitons que, de la même manière, une plus grande transparence soit garantie sur la qualité des prestations offertes par les EHPAD. Une réflexion devrait être engagée sur la publication en ligne des évaluations externes des EHPAD.**

B. PROPOSITION POUR UNE 2^{ÈME} ÉTAPE : UNE VÉRITABLE MISSION D'OBSERVATION DES RÉALITÉS DE TERRAIN

Mettre en place une mission d'information parlementaire avec des visites sur le terrain uniquement, tournées vers l'observation des conditions de travail et de l'organisation des établissements. Il s'agira de travailler avec les professionnels sur **l'adéquation des ressources humaines aux profils des résidents**, pour parvenir à la publication de normes de personnel, soignant notamment, minimales par établissements (publics et privés).

Une réflexion sur l'EHPAD de demain

Accompagner dignement la fin de vie est un souhait qui devrait faire l'unanimité dans la société.

Face à l'augmentation certaine de la proportion de personnes âgées, pour certaines dépendantes, dont la structure familiale est de plus en plus souvent éclatée, il est nécessaire d'anticiper l'évolution des besoins et des attentes qui ne

seront pas les mêmes que ceux des générations précédentes. Faut-il rester sur le modèle des EHPAD tel qu'il existe aujourd'hui ?

Peut-être faudra-t-il faire le choix de continuer à mettre l'accent sur le maintien à domicile et sur le développement de l'habitat inclusif, et, parallèlement, assumer de créer de nouvelles structures relevant réellement du sanitaire, plus proches des unités de soins longue durée.

L'EHPAD pourrait évoluer vers une plateforme de services et de soins à domicile structurant les territoires, et combinant prise en charge en établissement, prise en charge à domicile, courts séjours transitoires ou permettant le « répit » des aidants, et rompant avec la logique du « tout établissement » ou du « tout domicile ». Des expérimentations sont ainsi en cours, entre autres dans les Hauts-de-Seine, pour développer des « EHPAD à domicile » permettant de rester chez soi tout en fournissant le niveau de service de l'EHPAD : portage de repas, blanchisserie, continuité des soins même la nuit, prise en charge de la fin de vie si nécessaire... L'EHPAD de demain, c'est aussi un EHPAD à l'heure du numérique, développant le recours à la télémédecine, à la domotique, aux objets connectés. **Ces évolutions doivent être accompagnées par le législateur.**

Il s'agira de **prendre connaissance des expérimentations en cours et prévoir les évaluations nécessaires pour une modélisation et une généralisation des plus performantes.**

Toutes ces réflexions nous conduiront probablement à une réflexion plus large sur la prise en charge de la dépendance et de la fin de vie, et nécessiteront des choix politiques et sociétaux courageux.

ANNEXE 3 : LES AUTRES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

- *Les résidences autonomie*

Les résidences autonomie, qui étaient appelées **logements-foyers** avant la loi d'adaptation de la société au vieillissement, sont des ensembles de logement individuels dotés d'espaces communs en vue de favoriser la vie collective.

Contrairement aux EHPAD ou aux USLD, les résidences autonomie ne fournissent pas de soins médicaux ou courants, qui relèvent dès lors du même cadre qu'une prise en charge à domicile (médecin ou infirmier libéral, SSIAD, etc.). Il arrive néanmoins que du personnel médical soit présent dans la résidence.

Pour être admise, la personne âgée doit être légèrement dépendante (GIR 5 ou 6, voire 4 sous certaines conditions).

Le financement se rapproche d'un domicile puisque le résident est redevable d'un loyer, de charges locatives, d'éventuelles prestations de restauration, de blanchisserie, d'accès à internet, etc. Les prestations facultatives sont facturées en sus⁽¹⁾. Le loyer est généralement modéré et le résident peut bénéficier de l'allocation personnalisée à domicile, des aides au logement (APL et ASL) ainsi que de l'aide sociale à l'hébergement (ASH). Depuis la loi ASV, les résidences autonomie reçoivent des financements de la conférence des financeurs pour assurer des actions de prévention de la perte d'autonomie gratuites pour les résidents.

La distinction entre résidences autonomie et résidences services

Les résidences services se rapprochent des résidences autonomie dans leur configuration (des logements privés autour d'espaces de vie communs) mais elles se distinguent :

- par leur **gestion** puisqu'elles appartiennent au secteur privé commercial alors que les résidences autonomie, qui sont des établissements médico-sociaux, sont gérées principalement par le secteur public et privé non lucratif. Il est également possible d'être propriétaire de son logement dans une résidence services, ce qui n'est pas possible dans une résidence autonomie ;
- par leur **prix** puisque les résidences autonomie ont une vocation sociale en proposant un loyer modéré et peuvent faire l'objet de l'aide sociale à l'hébergement, contrairement aux résidences services.

(1) Comme pour le forfait hébergement des EHPAD, le décret du 27 mai 2016 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement définit un panier de prestations minimales qui sont compris dans les frais de base.

On comptait en 2017 on comptait 500 résidences services ⁽¹⁾.

- *Les acteurs du domicile : SSIAD, SAAD, SPASAD*

La prise en charge au domicile nécessite souvent des soins médicaux et un accompagnement quotidien qui sont apportés par deux services médico-sociaux : les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services d'aide et d'accompagnement au domicile (SAAD), tandis qu'une forme mixte (les services polyvalents d'aide et de soins à domicile ou SPASAD) permet d'associer les deux compétences. Ces trois entités étant des services médico-sociaux au sens de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, elles sont soumises à l'autorisation du conseil départemental financeur ou de l'ARS dans leur champ respectif, dans le respect de leurs schémas de planification.

- Les **SSIAD** interviennent au domicile sur prescription médicale à la fois pour les personnes âgées dépendantes et les personnes de moins de 60 ans en situation de handicap ou de maladie chronique.

Un tel service peut faire intervenir des aides-soignants et des infirmiers qui réalisent des soins de base et relationnels, parfois appelés « nursing » (hygiène, propreté corporelle), et des soins techniques (pansements, médicaments, injections, etc.). L'infirmier coordonnateur du service réalise également un travail de coordination des soins avec les différents professionnels médicaux et paramédicaux susceptibles d'être sollicités par la personne.

Autorisés par l'ARS, les SSIAD sont financés intégralement par dotation de l'assurance maladie.

- Les **SAAD** interviennent sur demande, au domicile, pour soulager la personne d'activités du quotidien qu'elle ne parvient plus à réaliser (ménage, course, repas, etc.). Le SAAD est financé sur tarif départemental dans les conditions précisées ci-dessous.

- Les **SPASAD** assurent à la fois les missions d'un SSIAD et d'un SAAD. Le service nouveau peut être créé à partir du service préexistant sur autorisation conjointe de l'ARS et du conseil départemental. La loi d'adaptation de la société au vieillissement a ouvert la possibilité d'expérimenter des SPASAD « intégrés » sous la forme d'une entité unique, là où il n'était possible que de coordonner deux entités jusqu'à présent.

(1) *Présentation à la presse du groupe Domitys qui représente 26 % du marché. Les résidences ne faisant pas l'objet d'autorisations ou de financement public, il n'existe aucune donnée publique fiable dans ce domaine.*

Le financement de la prise en charge à domicile

- *Une prise en charge départementale via l'APA*

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dite « à domicile » est une allocation à vocation universelle versée à des personnes de plus de 60 ans qui vivent à domicile, en résidence autonomie ou en accueil familial.

Son montant dépend de plusieurs critères fixés dans un référentiel élaboré par la CNSA. L'évaluation est dite « multidimensionnelle » car elle prend en compte l'état de dépendance (grille AGGIR) mais aussi l'environnement et les besoins de la personne âgée. Le montant est réévalué selon une périodicité déterminée par l'équipe médico-sociale qui a proposé la décision d'attribution de l'APA.

Elle est versée directement à l'intervenant au domicile (prestation en nature) selon un tarif fixé par le département notamment en fonction du volume horaire. Si ce tarif librement fixé par le département est inférieur au coût effectif de la prestation, le reste est à la charge de la personne. On parle de plan d'aide car la décision comprend, au-delà du montant de l'allocation, les autres éléments qui la justifient : la nature des différentes aides, le volume horaire, le taux et la participation financière du bénéficiaire.

L'APA « domicile » est universelle dans la mesure où tout le monde a vocation à en bénéficier, mais elle est modulée en fonction des revenus réels ⁽¹⁾. Elle couvre ainsi la totalité du plan notifié pour les personnes dont les ressources sont inférieures à 801 euros (c'est-à-dire le montant de l'ASPA) par mois, et ne peut dépasser 10 % lorsque les revenus de la personne dépassent 2 945 euros par mois. Les montants sont plafonnés de manière différenciée pour chaque GIR.

L'intervenant peut être employé directement par la personne mandatée par un service qui assure la gestion administrative ou relever d'un prestataire auprès duquel on paye un prix et non un salaire.

L'APA « domicile » ne peut pas donner lieu à une action du département sur le fondement de l'obligation alimentaire ni à une récupération sur succession.

- *Le financement par l'État via les dépenses fiscales*

Un dispositif fiscal favorise la prise en charge à domicile : le crédit d'impôt pour l'emploi à domicile (50 % de la dépense dans la limite de 12 000 euros pour les GIR 6 à 3 et 20 000 euros pour les GIR 1 à 2).

- *Le reste à charge*

Il est en nette diminution grâce à la réforme des plafonds APA d'une part et du crédit d'impôt prévu par la loi de finances pour 2017.

(1) Ces revenus comprennent à la fois le revenu imposable, le revenu soumis au prélèvement libératoire et le « patrimoine dormant ». Les revenus du couple sont également pris en compte à hauteur de 59 % pour chaque membre.

ANNEXE 4 : PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LES RAPPORTEURES

(par ordre chronologique)

- Comité consultatif national d'éthique (CCNE) – Pr Jean-François Delfraissy, président, M. Régis Aubry et Mme Cynthia Fleury, responsables du groupe de travail sur « Les enjeux éthiques du vieillissement et ses conséquences sur l'organisation de notre système de santé et notre société »
- Groupe Eneis (Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins) – Mme Marie Chenal, M. Thomas Straub et M. Cyrille Billaud
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – M. Laurent Vachey, inspecteur général des finances, ancien directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- Dr Stéphane Illouz, président fondateur tele-hospital, et Pr Pierre Simon
- Association Nationale des Médecins Coordonnateurs et du Secteur Médico-social (MCOOR) – Dr Martine Soudani
- Direction générale de la cohésion sociale – M. Jean-Philippe Vinquant, directeur général, M. Jean-Guillaume Bretenoux, sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, Mme Laurence Lavy, cheffe de bureau « Prévention de la perte d'autonomie et du parcours de la vie des personnes âgées », Mme Cécile Lambert, sous-directrice des affaires financières et de la modernisation, Mme Nelly Joussy-Antiphon, adjointe à la cheffe de bureau « emploi et politique salariale »
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) – Mme Anne Burstin, directrice, et M. Simon Kieffer, directeur des établissements et services médico-sociaux
- Mme Mélissa Petit, sociologue
- Groupe de travail sur la mise en place de normes minimales d'encadrement en personnel soignant dans les EHPAD :
 - Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (INRS) : Mme Carole Gayet, pilote de la thématique aide à la personne, département Expertise et Conseil Technique

- Fédération hospitalière de France (FHF) : Mme Annie Lelièvre, responsable du pôle autonomie de la Fédération Hospitalière de France (FHF), Mme Sévena Relland, déléguée régionale adjointe de la FHF région Bourgogne-Franche-Comté, et Mme Clarisse Molina, déléguée régionale adjointe de la FHF-Occitanie
- Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA) – Mme Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale, M. Jean-André Martini, conseiller affaires publiques et territoires, et M. Éric Fregona, responsable du pôle médico-social
- Fédération des établissements hospitaliers & d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) – Mme Faure Agathe, adjointe de direction social et médico-social de la FEHAP spécifiquement en charge des questionnements liés à l'avancée en âge et M. Prim Jean Bernard, directeur général de l'association « Chemins d'Espérance »
- Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS) – M. Michel Cabrit, administrateur, et M. Benoît Calmels, délégué général
- EHPAD Les balcons du Hautacam – Mme Sylvie Bénicourt, directrice
- Mutualité Française – Mme Maryse Bretin, directrice générale de Mutualité Retraite, Mme Guénaëlle Haumesser, directrice de Générations Mutualistes, et Mme Meriem Bouchefra, chargée d'affaires publiques à la Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF)

ANNEXE N° 5 : LISTE DES ÉTABLISSEMENTS VISITÉS PAR LES RAPPORTEURES

(par ordre chronologique)

1. Déplacements en France (19 établissements visités)

Mercredi 6 décembre 2017, déplacement dans les Yvelines

EHPAD Résidence Stéphanie - Croix-Rouge française – Sartrouville (privé non lucratif)

Mardi 12 décembre 2017, déplacement dans le Val-de-Marne

EHPAD Le Hasmeau de Mesly, Créteil (privé non lucratif)

EHPAD de l'Abbaye, Saint-Maur-des-Faussés (public)

Mercredi 13 décembre 2017, déplacement dans l'Essonne

EHPAD Repotel, Marcoussis (privé lucratif)

Hôpital Gériatrique Les Magnolias, Ballainvilliers (privé non lucratif)

Mercredi 11 janvier 2018, déplacement en Ariège

EHPAD de Bellissen, Foix (public)

Echosanté, Centre Hospitalier Ariège Couserans (public)

EHPAD - Résidence Servat, Massat (public)

Jeudi 12 janvier, déplacement en Gironde

EHPAD Les Jardins de L'Alouette, Pessac (public)

EHPAD Le Platane du Grand Parc, Bordeaux (privé lucratif)

EHPAD Korian Clos Serena, Bordeaux (privé lucratif)

Mardi 16 janvier 2018, déplacement en Seine-Maritime

EHPAD Le village des Aubépins, Maromme (public)

Mercredi 17 janvier 2018, déplacement en Loire-Atlantique

Résidences « Suzanne Flon », Saint-Nazaire (privé non lucratif)

Résidence « Louise Michel », Saint-Nazaire (privé non lucratif)

Lundi 22 janvier 2018, déplacement en Corrèze

Corrèze Téléassistance, Naves (privé non lucratif)

Jeudi 25 janvier, déplacement en Moselle

EHPAD Les Mirabelliers de Metz, Metz (privé non lucratif)

EHPAD Les Coquelicots, Talange (privé non lucratif)

EHPAD Saint Julien – Groupe Colisée, Metz (privé lucratif)

Lundi 29 janvier 2018, déplacement dans le Tarn et en Haute-Garonne

EHPAD Résidence du Palais - Maison de l'Amitié, Albi (privé non lucratif)

EHPAD Saint Vincent de Paul, Bruguères (public)

2. Déplacements à l'étranger (5 établissements visités)

Lundi 5 février 2018, Pays-Bas

Weesp

- Visite de l'établissement « De Hogeweyk »

La Haye

- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports

Mardi 6 – mercredi 7 février 2018, Danemark

Aalborg :

- Accueil à la mairie d'Aalborg par M. Jørgen Hein, maire adjoint, département des personnes âgées et des personnes handicapées
- Visite d'une maison de retraite (Skipper Klement) encadrant des personnes atteintes de maladies neurodégénératives avec la directrice de l'établissement, Mme Bente Helbo Jensen
- Visite du chantier de construction de Tornhøjhave, premier village totalement adapté aux personnes atteintes de maladies neurodégénératives ⁽¹⁾ avec M. Lars Nørh, chef de projet
- Présentation de la direction des personnes âgées et handicapées de la mairie d'Aalborg avec M. Jan Nielsen, directeur

(1) L'établissement comprend 75 appartements, une clinique médicale et dentaire, un centre de remise en forme plusieurs salles thématiques et un restaurant public. Un restaurant public à l'intérieur de la maison fournit un point focal pour l'interaction avec la communauté locale et les personnes âgées d'Aalborg ont un accès gratuit à l'aire de remise en forme et aux activités de l'établissement. Une machine de réadaptation physique et un système de surveillance de la mobilité permet de prévenir le développement des ulcères de pression chez les résidents. Vidéo disponible en ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=hglB444kpLA>.

- Présentation des initiatives pour la prise en charge des personnes handicapées ainsi que celle de leurs familles avec M. Kirsten Sværke, chef de projet, et Mme Gitte Østerlin

Copenhague :

- Transformation et défis dans le domaine de la santé danoise et des soins aux personnes âgées avec un accent sur le plan d'action national contre les maladies neurodégénératives par Mme Ann-Sofi Olsen, chef de section Soins aux personnes âgées au ministère de la Santé
- Entretien avec Mme Sisse Marie Welling, maire-adjointe à la santé de la commune de Copenhague, et Mme Nanna Skriver, chef du service innovation de la commune sur la politique de prise en charge des personnes handicapées et des maladies neurodégénératives
- Visite de la maison de retraite « Dementia Center Pilehuset » en présence de la directrice Mme Charlotte Agger
- Visite de la maison de retraite « Langgadehus Plejecenter » en présence de la directrice Mme Barbara Lisemose