

**CONCOURS OUVERTS LES 14, 15, 16 ET 17 JUIN 2022 POUR L'ADMISSION
AU CYCLE DE FORMATION DES ELEVES DIRECTEURS D'HÔPITAL**

**CONCOURS EXTERNE – EXTERNE SPECIAL dit « Talents » - INTERNE
ET TROISIEME CONCOURS**

MERCREDI 15 JUIN 2022

2^{ème} Épreuve écrite d'admissibilité

Durée : 5 heures – Coefficient : 5

Une note rédigée en cinq heures, à partir d'un dossier, permettant de vérifier l'aptitude du candidat à faire l'analyse et la synthèse d'un problème relatif à l'organisation et à la gestion dans le domaine sanitaire, social et médico-social.

IMPORTANT – Dès la remise du sujet, les candidats sont priés de vérifier le nombre de pages et la numérotation : 61 pages + 2 (sujet + sommaire).

SUJET

Le Directeur de l'établissement dans lequel vous exercez, vous demande à l'aide des documents joints, de lui préparer une note qui lui permettra de présenter au Conseil d'administration les évolutions de la prise en charge à domicile et l'impact pour l'établissement.

| <u>Sommaire</u> | <u>Pages</u> |
|---|---------------------|
| <u>Document n°1</u> | |
| DRESS, Etudes & Résultats : « perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108000 seniors de plus seraient attendues en EHPAD d'ici à 2030 | 1 à 4 |
| <u>Document n°2</u> | |
| L'EHPAD du futur commence aujourd'hui – Propositions pour un changement radical de modèle. Les études de Matière Grises (Chapitre 3 – Rendre possible L'EHPAD plateforme) | 5 à 23 |
| <u>Document n°3</u> | |
| Grand âge : le Gouvernement engagé en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement. Site du Ministère de la santé – mars 2022 (extrait) | 24 à 29 |
| <u>Document n°4</u> | |
| Fiches techniques de l'ANAP – Transformation de l'EHPAD – S'adapter aux nouveaux besoins des personnes âgées (juillet 2020) (extrait) | 30 à 41 |
| <u>Document n°5</u> | |
| CNSA – Communiqué de presse - 6es Rencontres recherche & innovation de la CNSA : l'éclairage des chercheurs et des experts sur le virage domiciliaire. (6 juillet 2021) | 42 et 43 |
| <u>Document n°6</u> | |
| La France s'inspire des Pays Bas pour repenser l'aide et les soins à domicile. Hospimedia (16/02/2018) | 44 et 45 |
| <u>Document n°7</u> | |
| Article 47 – Loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale | 46 |
| <u>Document n°8</u> | |
| Rapport d'information du Sénat – la prise en charge médicale des personnes en EHPAD : Un nouveau modèle à construire. | 47 à 50 |
| <u>Document n°9</u> | |
| L'Ehpad centre de ressources se dessine dans un projet de cahier des charges Hospimedia (14/03/2022) | 51 et 52 |
| <u>Document n°10</u> | |
| Comment les pays d'Europe prennent en charge les personnes âgées dépendantes ? Le Monde du 20/02/2022 | 53 à 60 |
| <u>Document n°11</u> | |
| Comparaison des coûts à domicile et en Ehpad et du partage des coûts, GIR 4 | 61 |

Décembre
2020
numéro
1172

Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030

Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA)

En 2030, 21 millions de seniors de 60 ans ou plus vivront en France, soit 3 millions de plus qu'en 2019. Selon le modèle de projection Lieux de vie et autonomie (LIVIA) de la DREES, conserver les pratiques actuelles d'entrée en institution des personnes âgées en perte d'autonomie supposerait de doubler dans la durée le rythme d'ouverture de places observé depuis 2012, afin d'accueillir 108 000 résidents supplémentaires en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) entre 2019 et 2030, puis encore 211 000 entre 2030 et 2050, qui viendraient s'ajouter aux 611 000 résidents sur les places existantes.

Cependant, favoriser le maintien à domicile et limiter les places en Ehpad, comme le plébiscitent les politiques actuelles, pourrait entraîner le report d'une partie des seniors vers des formes d'habitat intermédiaire entre les logements ordinaires et les Ehpad, comme les résidences autonomie. Le nombre de personnes en résidence autonomie, qui s'élève actuellement à un peu plus de 100 000, devrait alors être multiplié par 1,5 à 2,5 en 2030 par rapport à aujourd'hui, selon les scénarios d'évolution du nombre de places en Ehpad retenus. Les Ehpad se concentreraient alors sur l'accueil des seniors les plus dépendants.

Dans une hypothèse plus optimiste, où l'espérance de vie sans perte d'autonomie augmenterait d'autant d'années que l'espérance de vie globale, le maintien du rythme d'ouverture de nouvelles places en Ehpad observé depuis 2012 suffirait pour conserver les pratiques actuelles d'entrée en institution des seniors en perte d'autonomie entre 2020 et 2050.

En 2030, 21 millions de seniors de 60 ans ou plus vivront en France, dont 3 millions en situation de perte d'autonomie, selon les dernières projections de la DREES et de l'Insee (Larbi et Roy, 2019) s'appuyant sur une définition large de la perte d'autonomie (encadré 1). En 2050, les plus de 60 ans seront 25 millions, dont 4 millions en perte d'autonomie. La population âgée de 60 ans ou plus réside majoritairement dans trois types de lieux de vie : des logements personnels (population dite « en ménages ordinaires »), des habitats intermédiaires tels que les résidences autonomie¹ et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et assimilés (Ehpad, unités de soins de longue durée, établissement d'hébergement pour personnes âgées non Ehpad?) [encadré 2]. Le choix du lieu de vie dépend grandement du niveau d'autonomie du senior, mais aussi des places disponibles dans les établissements d'accueil.

Face au vieillissement de la population, le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA) de la DREES (encadré 3) permet de faire des projections des nombres attendus de seniors dans les trois principaux lieux de vie, sous certaines hypothèses relatives aux lieux d'accompagnement – à domicile, en résidence autonomie ou en Ehpad – des seniors en perte d'autonomie². Ce modèle de projection tient compte également d'hypothèses sur l'évolution de la dépendance (optimiste, intermédiaire, pessimiste).

1. Les résidences autonomie sont des logements pour personnes âgées autonomes ou modérément dépendantes ne souhaitant plus vivre en domicile ordinaire (encadré 2). Situées à mi-chemin entre l'Ehpad et le ménage ordinaire, les résidences autonomie pourraient, face au nombre de places limité en Ehpad, accueillir les seniors modérément dépendants qui n'y auraient pas de place.

2. Dans toute cette étude, le terme « Ehpad » sera utilisé, par simplification, pour désigner l'ensemble de ces établissements.

3. Le modèle LIVIA projette des nombres de résidents en établissements. Dans cette étude, l'expression « nombre de places » est donc, par simplification, utilisée comme synonyme du nombre de personnes résidentes. En réalité, ces deux nombres sont proches, mais pas rigoureusement égaux.

Albane Miron de l'Espina y et Delphine Roy (DREES)

Des pratiques d'entrée en institution inchangées entraîneraient un besoin massif de places en Ehpad

Le premier scénario de projection de la répartition des seniors dans les trois lieux de vie est fondé sur l'hypothèse que le taux d'institutionnalisation, c'est-à-dire la proportion de personnes résidant en Ehpad dans la population, resterait identique à son niveau de 2015⁴, à niveau de dépendance (dépendance sévère, dépendance modérée ou totale autonomie), sexe et tranche d'âge (plus ou moins de 75 ans) donnés. Ce scénario permet ainsi de rendre compte de l'évolution du besoin entre 2019 et 2050 si les conditions d'institutionnalisation restaient les mêmes. Une hypothèse similaire de stabilité du taux de personnes habitant en résidence autonomie au sein de chaque sous-groupe de la population est retenue dans toute la suite.

À pratiques d'entrée en institution inchangées, le besoin d'ouverture de places en Ehpad et en résidence autonomie serait massif. En retenant l'hypothèse intermédiaire en matière d'évolution de la dépendance (encadré 1), il faudrait ouvrir 108 000 places en Ehpad et assimilés d'ici à 2030, puis 211 000 places d'ici à 2050, en plus des 611 000 déjà existantes, (tableau 1). Cela revient à un peu plus que doubler, dans la durée, le rythme d'ouverture de places observé depuis 2012⁵. Ce scénario prévoit aussi un passage de 104 000 à 137 000 personnes en résidence autonomie de 2019 à 2030, puis à 181 000 en 2050. Ce dernier résultat est assez stable quelle que soit l'hypothèse d'évolution de la dépendance, car les résidences autonomie accueillent majoritairement des seniors autonomes.

Les seniors modérément dépendants pourraient être orientés vers les résidences autonomie plutôt qu'en Ehpad

Les politiques actuelles affichent une préférence pour le maintien à domicile des seniors. Deux scénarios supplémentaires d'évolution du nombre de places en Ehpad sont donc considérés dans les projections, afin d'estimer l'impact de ces politiques. Le scénario 2 dans cette étude prévoit que le nombre de résidents en Ehpad reste constant, égal au niveau de fin 2019 (soit 611 000 personnes). Le scénario 3 correspond, quant à lui, à une configuration de maintien de la croissance du nombre de places en Ehpad à peu près égale à celle observée entre 2012 et 2018,



TABLEAU 1

Projection du nombre de seniors entre les trois lieux de vie entre 2019 et 2050, à politique publique de maintien à domicile inchangée (scénario 1)

| Hypothèses d'évolution de la dépendance | Nombre de seniors en 2019 | Nombre de seniors en 2030 | Nombre de seniors en 2050 | Différence 2019-2030 | Différence 2019-2050 |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|
| Seniors en Ehpad et assimilés | | | | | |
| Optimiste | 611 000 | 664 000 | 782 000 | 53 000 | 171 000 |
| Intermédiaire | 611 000 | 719 000 | 930 000 | 108 000 | 319 000 |
| Pessimiste | 611 000 | 752 000 | 1 034 000 | 141 000 | 423 000 |
| Seniors en résidence autonomie | | | | | |
| Optimiste | 104 000 | 137 000 | 180 000 | 33 000 | 77 000 |
| Intermédiaire | 104 000 | 137 000 | 181 000 | 33 000 | 77 000 |
| Pessimiste | 104 000 | 137 000 | 181 000 | 34 000 | 78 000 |
| Seniors en ménage ordinaire | | | | | |
| Optimiste | 16 723 000 | 19 976 000 | 23 313 000 | 3 253 000 | 6 590 000 |
| Intermédiaire | 16 723 000 | 19 920 000 | 23 164 000 | 3 197 000 | 6 441 000 |
| Pessimiste | 16 723 000 | 19 887 000 | 23 059 000 | 3 164 000 | 6 336 000 |

Note • Hypothèses d'évolution de la dépendance : optimiste : tous les gains d'espérance de vie se font en situation de vie autonome (GIR 5-6). Pessimiste : tous les gains d'espérance de vie se font en situation de dépendance modérée (GIR 3-4). Intermédiaire : la part de l'espérance de vie en perte d'autonomie modérée dans l'espérance de vie totale reste constante. Dans les trois hypothèses, la durée de vie moyenne en situation de dépendance sévère (GIR 1-2) reste constante au cours du temps.

Lecture • En 2030, selon une hypothèse optimiste d'évolution de la dépendance et à politique de maintien à domicile inchangée, 664 000 seniors vivront en Ehpad et assimilés.

Champ • France, hors Mayotte.

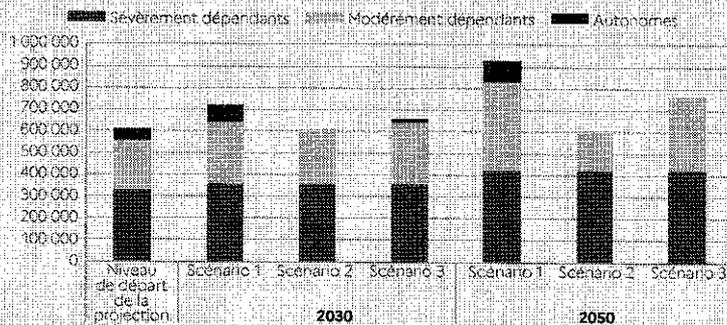
Source • DREES, modèle LIVIA.



GRAPHIQUE 1

Nombre projeté de résidents en Ehpad par niveau de dépendance en 2019, 2030 et 2050 selon la politique de favorisation du maintien à domicile

Hypothèse intermédiaire de l'évolution de la dépendance



Note • Scénario 1 : pratiques d'entrées en institution inchangées. Scénario 2 : nombre de places en Ehpaid constant, au niveau de fin 2019. Scénario 3 : ouverture de nouvelles places en Ehpaid au même rythme annuel que celui observé sur la période 2012-2018. L'hypothèse intermédiaire d'évolution de la dépendance correspond à une part de l'espérance de vie en perte d'autonomie modérée (GIR 3-4) dans l'espérance de vie totale restant constante à l'avenir.

Lecture • En 2050, si le taux d'ouverture de nouvelles places en Ehpaid reste égal à celui observé entre 2012 et 2018, 760 000 seniors vivront en Ehpaid et assimilés. Parmi eux, 426 000 seront en situation de dépendance sévère et 335 000 en situation de dépendance modérée, selon une hypothèse intermédiaire d'évolution de la dépendance.

Champ • France, hors Mayotte.

Sources • DREES, modèle LIVIA.

ce qui conduirait à 660 000 résidents en Ehpaid en 2030 (graphique 1). Dans ces deux scénarios, une partie des seniors en perte d'autonomie se reportent sur

les autres lieux de vie, résidences autonomie ou logements ordinaires, selon des hypothèses propres au modèle de projection (encadré 4).

4. L'année de départ du modèle LIVIA est 2015, les résultats présentés dans cette publication ont été recalés sur les derniers effectifs disponibles, à savoir ceux de l'année 2019.

5. Selon STATISS 2013 et le Panorama Jeunesse, Sport et Cohésion sociale 2019, en moyenne, 4 300 places en hébergement permanent en Ehpaid et assimilés sont ouvertes chaque année entre fin 2012 et fin 2018.

Même selon le scénario le plus restrictif en nombre de places en Ehpad (scénario 2), les seniors les plus sévèrement dépendants (seniors en GIR 1 et 2) pourront toujours être accueillis si la mécanique d'affectation prioritaire des plus dépendants est maintenue (encadré 4). En revanche, les Ehpad n'accueilleraient plus de seniors autonomes dès 2030 selon le scénario 2, et dès 2035 selon le scénario 3. Dans ces scénarios, une partie des seniors autonomes et modérément dépendants devront être orientés vers d'autres types d'habitat. Sous l'hypothèse intermédiaire d'évolution de la perte d'autonomie et selon le scénario d'un nombre constant de places en Ehpad (scénario 2), un besoin d'ouverture de plus de 140 000 places en résidences autonomie d'ici à 2030, soit une multiplication de près de 2,5 du nombre de places existantes fin 2019, serait nécessaire pour maintenir les pratiques actuelles d'entrée en résidence autonomie et pour y accueillir en plus les seniors autonomes et modérément dépendants qui n'auraient pas de place en Ehpad (graphique 2). 250 000 places supplémentaires seraient ensuite à créer entre 2030 et 2050. Le scénario 3 (prolongement de la croissance du nombre de places en Ehpad observée sur le passé récent) nécessiterait, quant à lui, l'ouverture de 90 000 places en résidences autonomie d'ici à 2030, puis de 150 000 entre 2030 et 2050. Néanmoins, dans ce dernier scénario, le besoin de places s'infléchirait à partir de 2045. Une logique alternative de report des seniors qui n'auraient pas de place en Ehpad consisterait à orienter vers les résidences autonomie uniquement ceux d'entre eux qui sont modérément dépendants et à supposer que ceux qui sont autonomes se reportent vers des logements individuels ordinaires. Dans ce cas, le besoin de places en résidences autonomie resterait conséquent mais moindre (tableau complémentaire A)⁶. Avec un nombre de places constant en Ehpad (scénario 2), il faudrait 65 000 places de plus en résidence autonomie en 2030 puis 229 000 de plus entre 2030 et 2050, pour atteindre au total près de 400 000 places. Selon le

scénario 3, aucun senior dépendant ne devrait être redirigé vers une résidence autonomie faute de places disponibles d'ici à 2030, si bien que le besoin en nouvelles places en résidence autonomie pour 2030 serait de 32 000, proche du scénario 1. En revanche, à partir



ENCADRÉ 4

Scénarios de répartition entre les différents lieux de vie

Le premier scénario de projection considéré dans cette étude suppose que le nombre de places en Ehpad suit la demande liée au maintien des taux d'entrée en institution observé en 2015 dans chaque sous-groupe de la population (par niveau de dépendance, sexe et tranche d'âge).

Dans les deux autres scénarios de projection, on considère que l'évolution du nombre de places en Ehpad est indépendante des pratiques d'entrée en institution observées actuellement. Ainsi, ces scénarios 2 et 3 peuvent conduire à un excédent ou à un déficit de places en Ehpad face à la demande projetée à comportements d'entrée en institution inchangés, et il est donc nécessaire, dans la modélisation, de formuler des hypothèses sur la façon dont ces écarts se reportent sur les autres lieux de vie.

Le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA) affecte les places disponibles de la manière suivante : les places en Ehpad sont attribuées en priorité aux seniors les plus dépendants qui seraient allés en Ehpad selon le scénario de référence (scénario 1). Ainsi, si le scénario alternatif (scénario 2 ou scénario 3) prévoit qu'il n'y a pas assez de places pour y accueillir tous ceux qui devraient y être à taux d'institutionnalisation constant, on commence par « sortir » les seniors non dépendants, puis ceux modérément dépendants et enfin ceux sévèrement dépendants. Les seniors sortis d'Ehpad sont dirigés vers d'autres lieux de vie selon deux logiques de ventilation. La première logique prévoit que tous sont accueillis en résidence autonomie. La seconde dirige uniquement les seniors dépendants (sévérement ou modérément) vers les résidences autonomie, les seniors non dépendants allant en ménage ordinaire.

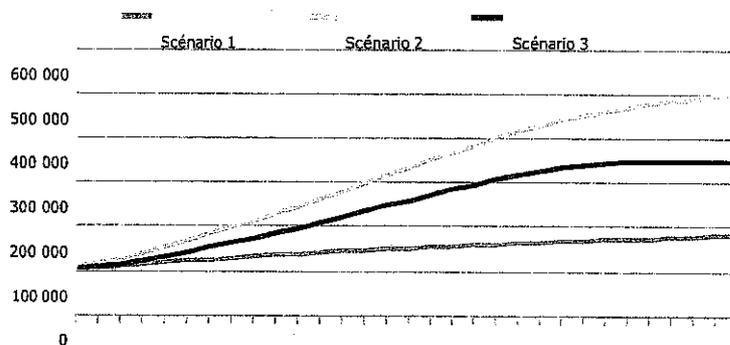
S'il y a, à l'inverse, un excédent de places en Ehpad, elles seront d'abord accordées aux personnes sévèrement dépendantes en ménage ordinaire, puis à celles modérément dépendantes et enfin celles non dépendantes.



GRAPHIQUE 2

Nombre projeté de seniors en résidence autonomie selon le scénario d'ouverture de places en Ehpad

Report de tous les seniors, quel que soit le niveau d'autonomie



Note • Scénario 1 : pratiques d'entrées en institution inchangées. Scénario 2 : nombre de places en Ehpad constant, au niveau de fin 2019. Scénario 3 : ouverture de nouvelles places en Ehpad au même rythme annuel que celui observé sur la période 2012-2018.

L'hypothèse intermédiaire d'évolution de la dépendance correspond à une part de l'espérance de vie en perte d'autonomie modérée (GIR 3-4) dans l'espérance de vie totale restant constante à l'avenir.

Lecture • En 2030, si les seniors autonomes et dépendants sont accueillis en résidence autonomie, selon le scénario 1 d'ouverture de places en Ehpad, 140 000 vivront en résidence autonomie. Selon le scénario 2, ils seraient 250 000, et 200 000 selon le scénario 3.

Champ • France, hors Mayotte.
Sources • DREES, modèle LIVIA.

de 2030, des seniors modérément dépendants ne pourraient pas être accueillis en Ehpad. Le besoin en nombre de places en résidence autonomie au-dessus du besoin dans le scénario 1. La demande atteindrait un pic en 2046 (251 000 places au total,

soit 114 000 places supplémentaires de plus entre 2030 et 2046) avant de diminuer (à partir de 2046 et jusqu'à 2050). La proportion de seniors dépendants en résidence autonomie serait mécaniquement plus importante qu'aujourd'hui (pour le

6. Les tableaux complémentaires sont disponibles sur le site internet de la DREES.

scénario 2, passage de 23 % de seniors dépendants en 2019 à 37 % en 2030). Cela demanderait donc une redéfinition importante des missions de ces structures et une adaptation, notamment en termes de personnel.

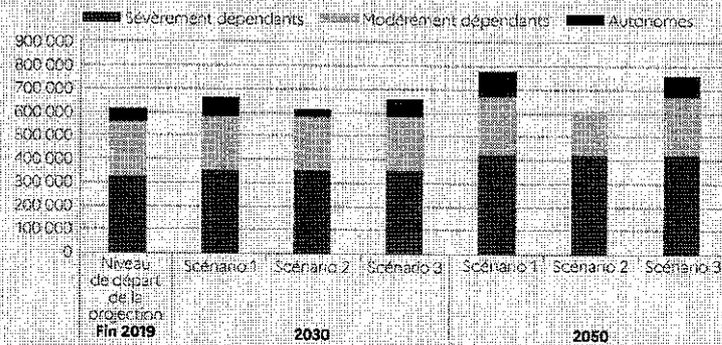
Une évolution plus optimiste de la perte d'autonomie diminuerait le besoin de places en résidences autonomie

Si la dépendance évolue de façon plus optimiste (c'est-à-dire si tous les gains d'espérance de vie permettent de rester pleinement autonome [encadré 1]), le besoin de places en Ehpad et assimilés deviendrait moins important. Il faudrait ouvrir 56 000 places en Ehpad entre 2019 et 2030 à politique de maintien à domicile inchangée (scénario 1) [graphique 3]. Si on ouvre des places en Ehpad suivant un rythme conforme à celui des nouvelles ouvertures observées entre 2012 et 2018 (scénario 3), seulement 2 300 seniors autonomes ne seraient pas accueillis en Ehpad mais vivraient plutôt en ménage ordinaire ou en résidence autonomie en 2030.

Au contraire, si la dépendance évolue de façon plus pessimiste (c'est-à-dire si tous les gains d'espérance de vie sont passés dans un état de perte d'autonomie modérée), le maintien du

GRAPHIQUE 3

Nombre projeté de résidents en Ehpad par niveau de dépendance en 2019, 2030, 2050 selon la politique de maintien à domicile
 Hypothèse optimiste de l'évolution de la dépendance



Note - Scénario 1 : pratiques d'entrées en institution inchangées. Scénario 2 : nombre de places en Ehpad constant, au niveau de fin 2019. Scénario 3 : ouverture de nouvelles places en Ehpad au même rythme annuel que celui observé sur la période 2012-2018.

Lecture - En 2050, si le taux d'ouverture de places en Ehpad reste au niveau actuel, près de 760 000 seniors vivront en Ehpad et assimilés. Parmi eux, 430 000 seront en situation de dépendance sévère, 240 000 en situation de dépendance modérée et 90 000 seront autonomes selon une hypothèse optimiste d'évolution de la dépendance.

Champ - France, hors Mayotte.

Sources - DREES, modèle LIVIA.

rythme actuel d'ouverture de places en Ehpad (scénario 3) conduira à orienter, d'ici à 2030, 20 000 seniors modérément dépendants et 73 000 seniors autonomes vers d'autres formes d'habitat [tableau complémentaire B].

Si ces seniors modérément dépendants (mais pas les seniors autonomes) étaient reportés vers les résidences autonomie, la capacité d'accueil de ce mode d'hébergement devrait atteindre 160 000 places. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- L'intégralité des résultats du modèle LIVIA est disponible sur l'application interactive Dataviz <https://drees.shinyapps.io/projection-pa>
- L'enquête EHPA : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-apres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa>
- Brunel, M., Carrère, A. (2017, septembre). Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages ». DREES, *Études et Résultats*, 1029.
- Diallo, C. T., Leroux, I. (dir.) (2020, novembre). Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (fiche 17). Dans *L'aide et l'action sociales en France - Édition 2020* (p. 109-115). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.
- DREES (2019). *Panorama statistique, Jeunesse, Sports, Cohésion Sociale 2019*.
- DREES (2013). *STATISS 2013. Statistiques et indicateurs de la santé et du social*.
- Larbi, K., Roy, D. (2019, juillet). 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. Insee, *Insee Première*, 1767.
- Muller, M. (2017, septembre). L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. Résultats de l'enquête EHPA 2015. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 20.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication :

Fabrice Lengart

Responsable d'édition :

Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique :

Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction :

Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages :

Stéphane Jeandet

Conception graphique :

Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information :

drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve

de la mention des sources • ISSN

électronique 1146-9129 • AIP 0001384



La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee.



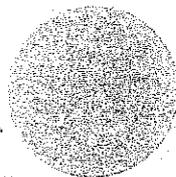
L'EHPAD DU FUTUR COMMENCE AUJOURD'HUI PROPOSITIONS POUR UN CHANGEMENT RADICAL DE MODÈLE

Auteurs

Luc BROUSSY, Jérôme GUEDJ, Anna KUHN-LAFONT

avec la collaboration de

Patrick HADDAD et Manon LACHERAY



Chantier 3

RENDRE POSSIBLE L'EHPAD PLATEFORME

Ehpad plate-forme, Ehpad hors-les-murs, Ehpad à domicile, pôle de ressources gériatriques, pôle de services gérontologiques, plateforme ressources... les innovations sémantiques ont fleuri ces dernières années pour décrire ces formules de dépassement de l'Ehpad classique et de la dichotomie établissement-domicile. Et les innovations n'ont pas été que sémantiques puisqu'une série de dispositifs correspondant à ces concepts ont vu le jour, mais de façon dispersée, hétérogène et encore relativement marginale. Des dispositifs qui ont éclos sous des régimes juridiques et financiers dérogatoires, notamment celui de l'article 51 de la LFSS 2018. Mais bien au-delà de ces timides expérimentations, **Matières Grises** en appelle à un bouleversement radical en plaidant pour un Ehpad plateforme qui dépasse établissement et domicile.

POURQUOI VOULOIR RÉORIENTER L'OFFRE ACTUELLE ?

Ce chantier n°3 a pour objectif d'expliquer l'intérêt de l'Ehpad plateforme et d'en déterminer les conditions de développement. Il faut à cet effet partir des limites de l'offre actuelle au regard de l'évolution des besoins.

Ne pas « cornériser » l'Ehpad

Depuis 20 ans, le public accueilli en Ehpad est de plus en plus fragile. Il suffit, pour s'en convaincre, d'étudier l'évolution des GIR moyens pondérés (GMP) des établissements depuis 20 ans. A peine supérieur à 600 au début des années 2000, le GMP des Ehpad s'élevait à 680 en 2010 et à 726 en 2017. Quant aux résidents en GIR 1 à 4, ils représentent plus de 83% des personnes hébergées en Ehpad aujourd'hui, contre 57% en 1998.

Le GMP devrait continuer d'augmenter mécaniquement dans les prochaines années, au risque de transformer les Ehpad en unités de soins de longue durée hyper-médicalisées pour les personnes en toute fin de vie. Même s'il va de soi que les Ehpad

auront évidemment à assumer cette mission, ils craignent parallèlement d'être « cornérisés » alors qu'ils souhaitent en réalité s'ouvrir à un public plus large, en allant de la prévention à la fin de vie, puis de l'établissement au domicile. Ce positionnement suppose une capacité à accompagner les personnes âgées tout au long de leur parcours.

Utiliser l'Ehpad comme centre de ressources

Car l'Ehpad possède de nombreux atouts pour devenir un véritable centre de ressources territorial pour un public bien plus vaste que la centaine de résidents qu'il héberge en moyenne.

Un Ehpad, c'est d'abord un espace. Un espace qui peut accueillir des activités provenant de l'extérieur, qu'il s'agisse d'associations ou de partenaires de tous ordres qui ont besoin de se réunir ou d'activités en recherche de lieu de réalisation. **Un Ehpad, c'est aussi de la restauration,** des repas, des cuisiniers. Un Ehpad, c'est souvent de l'animation : des spectacles, des musiciens, de l'activité physique à visée préventive. Autant d'activités qui peuvent être ouvertes à une pluralité d'habitants au-delà même des personnes âgées ou en perte d'autonomie, même



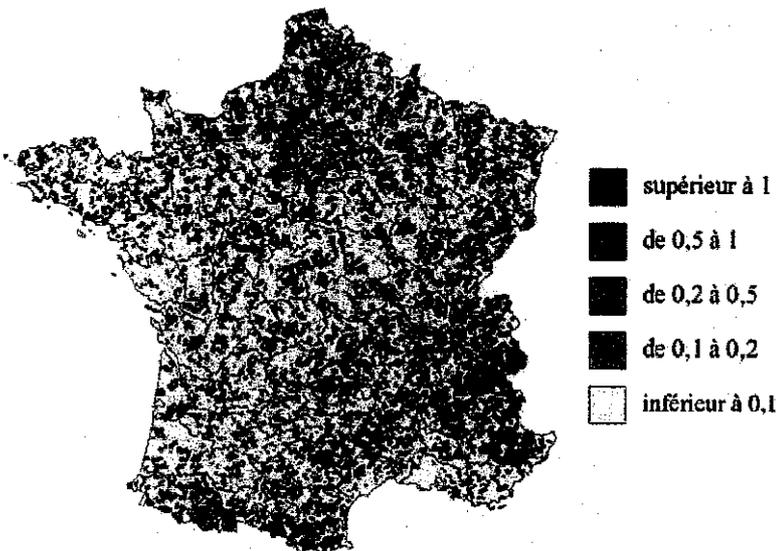
si nous nous concentrons volontairement dans ce rapport sur le public âgé. Un Ehpad enfin, ce sont des soins prodigués par des médecins gériatres, des infirmières, des aides-soignantes voire des kinésithérapeutes, psychologues, psychomotriciens, en somme tout un ensemble de professionnels médicaux et paramédicaux mobilisés pour répondre aux besoins des personnes vieillissantes.

Comment, dans un contexte de tension sur l'offre sanitaire et médico-sociale, sur les ressources humaines et sur le foncier disponible, ne pas vouloir optimiser ce que possède et propose un Ehpad en direction des personnes qui en auraient localement besoin, et qui vivent, chez elles, à proximité géographique de l'Ehpad?

L'Ehpad : l'atout territorial

L'Ehpad possède un autre atout, celui d'être présent partout sur le territoire. **7.500 établissements maillent en effet le territoire national de manière plutôt harmonieuse** : si bien que 69% des Français vivent à moins de 5 km d'un Ehpad et 31% à moins de 2km.

Cet atout territorial a été jusqu'ici insuffisamment pris en compte, notamment dans la bataille contre les déserts médicaux. **Si la France doit se**



Source : Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine, présentée par Méline RAMOS-GORAND

doter de maisons de santé pluridisciplinaires, elle doit aussi pouvoir s'appuyer sur ce vaste réseau d'Ehpad qui peut, en milieu rural en particulier, servir d'appui à la dispensation de soins aux plus âgés, voire au-delà.

Domicile, Ehpad : des métiers largement identiques

Enfin, il serait temps, en préparant l'objectif 2030, de mettre fin à l'étanchéité absurde qui persiste depuis des décennies entre l'aide à domicile et les Ehpad. Conventions collectives dédiées, formations différentes, OPCO éclatés, modalités de tarification hétérogènes, fédérations professionnelles distinctes, le constat est sans appel : les acteurs professionnels eux-mêmes, par habitude, par conservatisme, voire par corporatisme, cultivent leurs logiques chacun de leur côté. Tous ont pourtant un objectif commun : prendre en charge des personnes âgées devenues fragiles, objectif commun qui doit passer après la distinction, somme toute secondaire, du lieu de vie.

Heureusement, certaines frontières commencent à se dissoudre progressivement. Des gestionnaires d'Ehpad publics, associatifs ou commerciaux ont désormais dans leur escarcelle une activité d'aide et/ou de soins à domicile. Une évolution particulièrement marquante ces dernières années : DomusVi a investi en propre dans l'aide et le soin à domicile, Colisée a développé sa branche domicile Onela via le rachat de réseaux existants, Orpea est présent sur le secteur du domicile à travers Adhap et Domidom rachetés en 2016, Korian est devenu l'actionnaire majoritaire du réseau Petits-fils. Enfin, Arpavie vient de reprendre l'association francilienne Familia. Plusieurs fédérations professionnelles (FHF, Fehap, Synerpa) traitent également des deux sujets. Toutefois, les deux secteurs demeurent toujours trop cloisonnés.

Domicile, Ehpad : un jeu gagnant-gagnant

L'Ehpad plateforme a justement pour objet de sortir de cette offre binaire et polarisée entre d'un côté un Ehpad trop autocentré et de l'autre un secteur de l'aide à domicile qui n'offre pas l'ensemble des prestations, ni le même niveau de sécurisation que l'établissement. Il a aussi pour principe de rompre

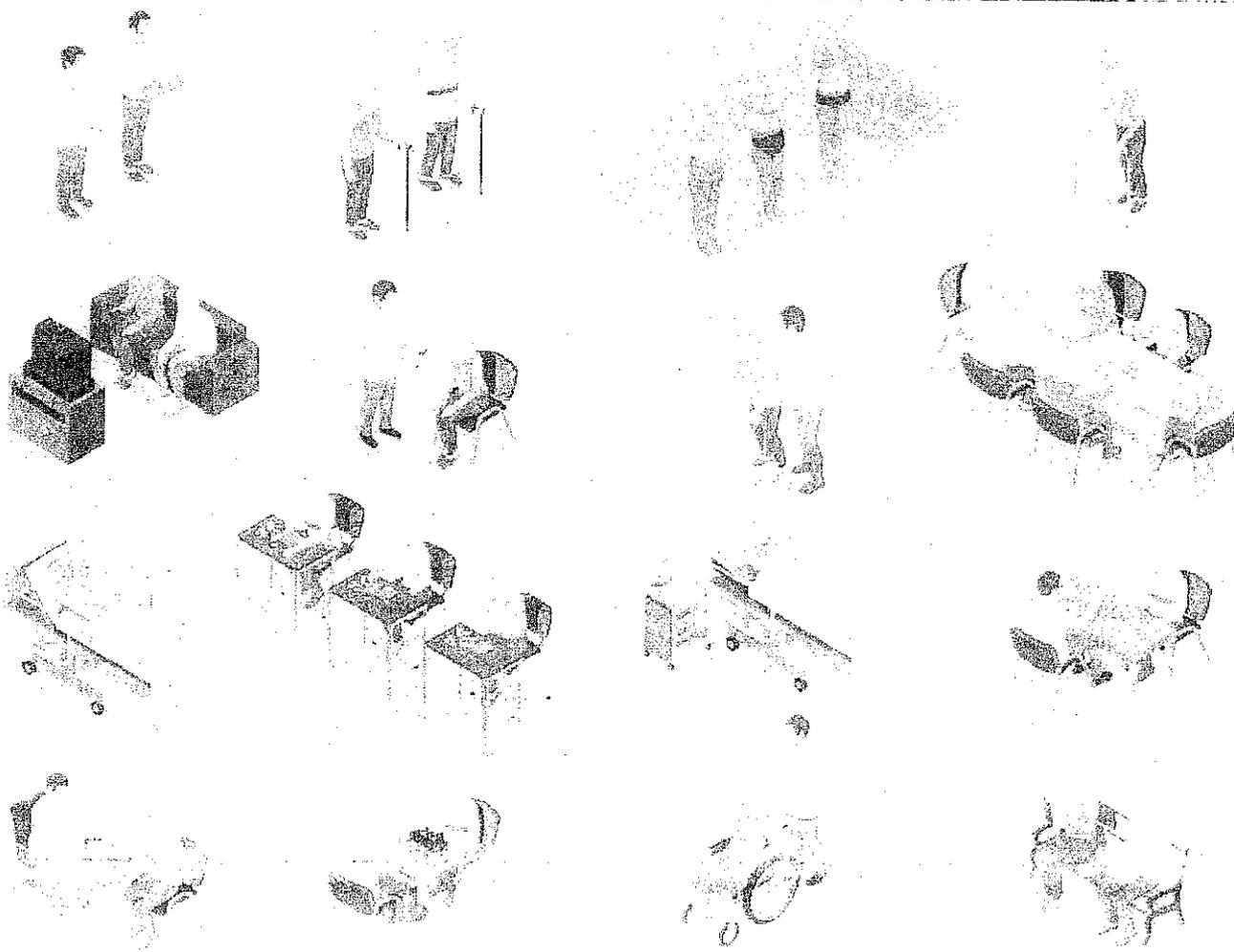
avec une offre médico-sociale composée d'une série d'établissements et de services fonctionnant en autant de tuyaux d'orgues : Ehpad, accueil de jour, hébergement temporaire, PASA, UHR, Saad, Ssiad, Had.

Pour corriger cela, deux pistes sont possibles :

- la coordination de services qui permet à des entités de travailler ensemble et de s'articuler de façon complémentaire, cohérente et innovante
- l'intégration de services où une personne morale propose et réalise directement toute une palette de services.

L'Ehpad plateforme emprunte aux deux, en coordonnant des services existants mais aussi et surtout en portant un vaste bouquet de services relevant du soin, de l'aide, de l'accompagnement, de la nutrition, de la prévention et de la mobilité, et qui serait accessible aussi bien aux personnes âgées vivant en établissement qu'à celles demeurant à domicile.

"Il serait temps, en préparant l'objectif 2030, de mettre fin à l'étanchéité absurde qui persiste depuis des décennies entre l'aide à domicile et les Ehpad."





LES 5 PRINCIPES À SUIVRE

PRINCIPE n°1

PERMETTRE À UNE PLURALITÉ D'ACTEURS D'INTERVENIR À DOMICILE

Qui est légitime pour fournir des services à domicile ? Le scénario où l'Ehpad déploie ses propres services vers le domicile ne fait pas nécessairement consensus chez les fédérations professionnelles de l'aide à domicile. Vincent Vincentelli, responsable réglementation à l'UNA expliquait ainsi dans nos groupes de travail : « *je ne suis pas nécessairement d'accord avec l'idée selon laquelle ce serait à l'Ehpad de se projeter vers le domicile ; qu'il soit un appui, un soutien, qu'il permette de faire le lien via le médecin coordonnateur, oui, mais qu'il fasse à la place des 7000 Saad, ce ne va pas de soi* ».

Les expérimentations nous apprennent que le système d'Ehpad à domicile fonctionne systématiquement avec des partenariats avec des Saad ou Ssiad existants, parfois portés par le même opérateur que l'Ehpad, ce qui est un avantage

(La Croix Rouge, Fondation Aulagnier en partie), parfois portés par d'autres (HSTV avec le Ccasde Rennes et la fédération ADMR d'Ille-et-Vilaine notamment). Dans la construction de l'Ehpad plateforme, il est donc pertinent de s'appuyer sur les expertises, au demeurant conséquentes, des services d'aide et de soins à domicile existants et de travailler en partenariat avec eux. **Toutefois, au moment où on appelle les Ehpad à se déployer au-delà de leurs murs, leur interdire de réaliser directement leurs services au domicile des particuliers serait particulièrement contradictoire.** Alors comment faire ? Probablement en ouvrant les deux options : celle des partenariats avec des Saad/Ssiad existants, mais celle aussi d'une intervention directe des Ehpad au domicile, car elle est, ou sera à un moment ou un autre, facilitatrice du déploiement de l'Ehpad à domicile. D'où l'idée, sur laquelle nous reviendrons dans les préconisations de ce rapport, d'accorder une autorisation globale à un établissement pour qu'il puisse intervenir non seulement à l'intérieur de ses murs mais aussi au domicile des particuliers.

PRINCIPE n°2 :

LA TECHNOLOGIE COMME CLÉ DE VOUTE

Tous les Ehpad plateformes comportent une dimension technologique. Bluelinea est partenaire d'Ehpadadom et de la Fondation Aulagnier depuis le démarrage des projets. M@Do s'appuie sur la plateforme de téléassistance de Corrèze et son système de géolocalisation. L'Ehpad hors les murs HSTV propose une sécurisation 24h/24h grâce aux objets connectés.

La technologie est indispensable au système à deux niveaux. D'abord pour permettre le déploie-

ment des services de la plateforme sur l'ensemble du territoire concerné, car la digitalisation amène de la proximité en rendant possible la réalisation des services à distance. Un constat particulièrement vrai sur les questions de sécurisation du domicile, fondamentales puisque nombre de personnes âgées rentrent en Ehpad justement parce qu'elles ne peuvent plus vivre en sécurité chez elles. **La mise en connexion du domicile est donc une des conditions du développement de l'Ehpad plateforme.** Elle concerne aussi bien le suivi de la santé (surveillance de la prise de médicaments, détection de chutes, géolocalisation, télémedecine, connexion avec des intervenants de l'Ehpad) que le renforcement des liens sociaux (communication avec la famille et les aidants).



Le numérique est également essentiel en termes de coordination des équipes de la plateforme, fonction d'autant plus importante que ces équipes sont pluridisciplinaires et souvent issues de plusieurs entités différentes. L'intégration de services abordée plus haut nécessite la construction de liens opérationnels entre les différents services et une circulation de l'information fluide et sécurisée sur les données relatives à la personne âgée. A cet égard, la mise en place d'un véritable dossier médical partagé numérique est un outil indispensable.

Or, le retard français en la matière est patent. Le

rapport publié par Matières Grises et Cap Gémini Invent¹ l'explique clairement : les progrès à réaliser sont considérables tant en matière de système d'information, de numérique dédié à la coordination territoriale ou de nouveaux services digitaux. Si cette problématique dépasse à l'évidence le sujet de l'Ehpad plateforme, elle s'y pose de façon plus importante. La montée en régime d'un tel dispositif innovant et sa généralisation sur l'ensemble du territoire national ne pourront se faire sans être soutenus par une nouvelle donne numérique.

1. « Grand âge et numérique : objectif 2030, rattraper le retard français », Matières Grises et Cap Gémini Invent, Les études de Matières Grises, #3, septembre 2019

Unités de soins de longue durée et EHPAD.

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

Dans un rapport de 2009 remis à Nora Berra, Secrétaire d'Etat aux aînés intitulé 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en Ehpad, Claude Jeandel concluait en ces termes : « Ainsi, l'évolution de la typologie des résidents pourrait se caractériser dans un avenir proche par une co morbidité et une dépendance, aussi bien psychique que physique, encore accrues. Dans cette hypothèse hautement probable, il n'est pas certain que le modèle actuel de fonctionnement de l'EHPAD demeure compatible avec les exigences de qualité des soins, de bonne gestion des risques, de continuité et de permanence des soins ». Il s'interrogeait enfin en ces termes : « Ne peut-on envisager que l'EHPAD ne soit plus le substitut du domicile, sans pour autant devenir un établissement sanitaire mais rester un établissement médico social ? » Cette interrogation posée en 2009 prend d'autant plus de relief tandis que nous venons d'affronter une pandémie et une crise sanitaires inédites.

Plus de 10 ans plus tard, dans le rapport qu'il doit remettre en juin 2021 au Ministre Claude Jeandel émet, avec son collègue Olivier Guérin, 25 recommandations pour permettre à l'EHPAD de demeurer un lieu de vie tout en disposant des conditions et moyens indispensables devant être réunies pour prodiguer le bon et juste soin aux résidents. Ces recommandations s'appuient sur l'analyse précise des besoins des résidents tenant compte à la fois de leurs états pathologiques et de leurs profils de soins requis. Cette étude rend compte d'une évolution très significative au cours des 10 dernières années de la typologie des résidents, ces derniers se

caractérisant par des profils médicaux plus nombreux et plus sévères, et corrélativement par une perte d'indépendance plus marquée. L'enjeu assorti à ces recommandations est de procéder aux adaptations nécessaires afin que tout résident puisse bénéficier, en lieu et place ou non, des réponses médicales et soignantes à la fois les plus personnalisées, les plus efficaces et les plus complètes : suivi et l'équilibration des pathologies chroniques stabilisées, suivi rapproché des défaillances d'organe, gestion des situations d'urgence et prise en charge des affections aiguës prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie et gestion des risques, soins palliatifs et de fin de vie.

Pour Claude Jeandel, la déclinaison de ces recommandations en mesures et actions concrètes effectives dans les délais les plus proches est la condition première à remplir pour assurer la pérennité d'un modèle d'hébergement collectif offrant les garanties d'un accueil, d'un accompagnement et d'un soin de qualité auxquels à droit tout citoyen et auxquels devront avoir droit les « boomers » qui, à moins d'un traitement efficace des maladies neuro-évolutives accessible à ces échéances, ne pourront tous bénéficier des mesures déployées pour promouvoir le virage domiciliaire. Claude Jeandel propose de relever ce défi par l'application rapide de ces 25 recommandations.

Claude Jeandel

PRINCIPE n°3 :

LE « PLUS » Sanitaire

Associer l'hôpital est nécessairement une plus-value, comme c'est le cas en particulier dans l'initiative M@do avec le centre hospitalier de Tulle. Et, la dimension sanitaire est plus généralement présente dans les différentes expérimentations. Séniors connect propose une mise en relation avec un ensemble de professionnels, y compris de santé. Dans toutes les autres initiatives, le fait de s'appuyer sur les ressources de l'Ehpad porteur a aussi pour objectif de faire bénéficier les personnes accompagnées des interventions

des professionnels médicaux et paramédicaux de l'Ehpad. L'accès à la télémedecine fait également partie des services proposés en distanciel par plusieurs Ehpad plateformes.

La double évolution de l'Ehpad vers davantage de médicalisation et vers une plus grande ouverture sur son territoire le place comme un acteur clé du décloisonnement entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Et c'est précisément sa transformation en plateforme qui doit être l'occasion de concrétiser ce nouveau positionnement. La dimension sanitaire est donc à intégrer dans l'Ehpad plateforme.

PRINCIPE n°4 :

LES LIMITES DE L'EXPÉRIMENTAL

Les différentes expérimentations ont des résultats positifs. A titre d'exemple, une étude de mesure d'impact social menée sur Séniors connect en mars 2020 conclut que le dispositif « *réduit significativement le sentiment d'isolement des seniors à domicile, renforce leur autonomie, leur connaissance des aides et services activables et leur capacité à mener à bien des démarches administratives* ». Aucun dispositif n'a périclité et le succès de certains les amènent à essaimer sur de nouveaux territoires, La Croix Rouge et HSTV notamment. Plusieurs limites apparaissent toutefois. Deux principalement, soulignées en outre par l'étude confiée fin 2018 par La Mutualité Française aux cabinets Generacio et Mixing generations concernant les Ehpad hors les murs et le domicile connecté².

1) Le nombre de bénéficiaires est limité. 40 maximum par dispositif, souvent aux alentours de 30. Ce qui signifie qu'en France quelques centaines de personnes, un millier tout au plus, bénéficient de ce type de plateformes. Du qualitatif donc, mais pas du quantitatif après 7-8 ans d'expérimentations. La non existence de ce type de dispositif dans le droit

commun et par conséquent l'absence de financements qui y sont associés sont de puissants freins au développement. Mais d'autres complexités existent.

2) Les temps d'ingénierie et de montage sont conséquents. Il faut concevoir, former, spécialiser, définir l'organisation *ad hoc* et les outils associés, notamment digitaux dont l'interopérabilité reste très largement à construire. Il faut coordonner des acteurs qui n'ont pas nécessairement l'habitude de travailler ensemble de façon opérationnelle et qui peuvent de surcroît avoir des intérêts divergents. Il faut également, en amont, monter des dossiers conséquents pour aller chercher des financements et en aval, faire connaître le dispositif. Des complexités comparables à celles des Spasad qui, au bout de 10 ans d'existence juridique, étaient moins de 100 en comparaison des 2300 Ssiad que compte le territoire national. Une faible montée en puissance très partiellement comblée par la loi ASV et ses Spasad intégrés au succès mitigé.

Ces deux limites ne sont pas insurmontables mais elles démontrent d'une part le besoin de modéliser l'Ehpad plateforme pour en faciliter le déploiement plutôt que de reprendre l'ingénierie à zéro à chaque nouvelle initiative, et d'autre part l'indispensable impulsion que doivent donner les pouvoirs publics en créant un cadre juridique national à ces plateformes avec un financement dédié.

2. Les enjeux du vieillissement de la population, Ehpad hors les murs et domicile connecté, La Mutualité Française, Generacio-Mixing generations, novembre 2018



PRINCIPE N°5 :
PÉRÉNNISER LES FINANCEMENTS :
DE L'EXCEPTION AU DROIT COMMUN

A dispositif expérimental, financement expérimental. La Croix Rouge a investi sur ses fonds propres, comme la fondation Ildys pour le Village santé autonomie. Trois autres plateformes ont répondu à des appels à projets émanant de l'ARS ou conjointement de l'ARS et du Conseil départemental, comme ce fut le cas pour Diapason 92 dans les Hauts-de-Seine. Puis certaines expérimentations ont trouvé comme relais de financement l'article 51 de la LFSS 2018.

C'est le cas notable de La Croix Rouge et HSTV qui, forts chacun de leurs expériences réciproques et rejoints par la Mutualité Française, ont décidé d'unir leurs compétences et ont obtenu en septembre 2020, un financement de 20 millions d'euros sur 3 ans pour conduire dans 10 régions, 23 projets concernant 580 bénéficiaires. Ce « *dispositif de soutien renforcé à domicile des personnes âgées* » bénéficie d'un financement dans le cadre d'une « *expérimentation, préfiguratrice d'une offre repensée* », ce qui appelle au moins deux remarques. 1) Concernant le coût du dispositif, il est dans ce cadre de 11 500 € par personne et par an en moyenne, et ainsi conforme aux différentes expérimentations existantes comparables dont le coût annuel par place est compris entre 10 et 12 000 € quand le financement comprend des services d'aide et de soins à domicile, autrement il est d'environ 2 000 € par an et par place quand il s'agit de financer uniquement la coordination, comme dans l'exemple de Séniors connect. 2) Il s'agit du projet de ce type le plus ambitieux et globalement le mieux financé mais il reste, pour encore trois ans, sous forme expérimentale. N'y a-t-il pas moyen de rentrer plus tôt dans le droit commun ?

Les effets de l'article 51 de la LFSS 2018 sont de ce point de vue intéressants à analyser. Trois ans après son entrée en vigueur, il continue de faire naître des projets innovants, y compris d'établissements correspondant plus ou moins bien au concept que nous analysons ici, au-delà du grand projet Croix Rouge - HSTV - Mutualité française.

Il est temps que le droit commun se mette lui aussi à rendre l'innovation possible, avec trois mots d'ordre : clarifier, consolider et faciliter.

Rappelons que cet article vise à favoriser l'innovation en permettant de déroger au cadre réglementaire et tarifaire. Son succès pour développer des établissements plateformes, sous différentes appellations, est un double révélateur. D'une part, il montre l'appétence des opérateurs pour ce type de dispositif, ce qui constitue une opportunité sur laquelle il faut s'appuyer, d'autre part, il témoigne d'un dysfonctionnement institutionnel qui revient à ériger l'innovation en exception. Via cet article 51, la norme réglementaire actuelle filtre dans un goulot d'étranglement les opérateurs qui souhaitent innover. Il est donc temps que le droit commun se mette lui aussi à rendre l'innovation possible, avec trois mots d'ordre : clarifier, consolider et faciliter. Il ne s'agira donc ni de rajouter des strates d'établissements supplémentaires, ni de continuer l'éparpillement des financements, mais au contraire de créer les conditions les plus lisibles permettant de construire cette offre nouvelle, en en précisant les services constitutifs et en en définissant les modalités de financement.



VERS QUELLE OFFRE TENDRE ?

Les expérimentations passées en revue ont permis de montrer que l'Ehpad plateforme avait deux façons de se déployer : la logique in et la logique out, et qu'il était possible de combiner les deux. Cette distinction mérite d'être explicitée pour ensuite servir de grille de présentation des principaux services qu'un Ehpad plateforme est à même de proposer.

PLATEFORME IN ET PLATEFORME OUT

La plateforme IN

La logique « in » consiste à transformer l'Ehpad en "pôle ressources" pour les personnes âgées du territoire qui convergeraient vers ce lieu.

Elle est définie dans la contribution du groupe Arpavie à ce rapport comme le schéma de réponse où « l'Ehpad constitue le cœur d'un dispositif qui réunit en un lieu unique un ensemble de professionnels de l'accompagnement de la personne âgée, au domicile et en institution. Les expertises rassemblées permettent de penser le parcours de la personne âgée non comme une succession de cases destinées à l'accueillir mais comme une multiplicité de services destinés à l'accompagner ».

Dans cette logique, l'Ehpad a en résumé deux fonctions : il est physiquement le lieu où se déroulent l'essentiel des services, services qui sont accessibles aux habitants du territoire au-delà des résidents, et il est l'institution à partir de laquelle se pensent les parcours des personnes âgées. Mais les services de l'Ehpad plateforme ne s'exportent pas en dehors des murs et ne vont donc pas au domicile des bénéficiaires. A titre d'exemple, il peut inclure une maison des aidants mais pas d'offre de relayerage à domicile, qui relèverait elle d'une logique out.

La plateforme OUT

La logique « out » vise à capitaliser sur l'expertise de l'Ehpad pour déployer ses services sur le territoire au-delà de ses murs et d'aller ainsi jusqu'aux domiciles des personnes âgées qui ont besoin d'être accompagnées chez elles. Elle est

définie dans la contribution d'Arpavie comme le schéma de réponse où « l'Ehpad forme le centre d'un dispositif à partir duquel se projettent des services d'accompagnement au domicile des personnes âgées. L'objectif simple consiste à réduire la dichotomie Institution / Domicile et à soulager les aidants. Cette démarche constitue une approche de l'habitat inclusif différente mais sans doute pertinente. En intégrant une personne âgée dans un réseau mutualisé de services à partir de l'Ehpad, on lui permet de conserver « son » habitat et ses repères ».

L'Ehpad projette donc son offre jusqu'aux domiciles des personnes âgées et assure la coordination des parcours d'aide et de soins au-delà des frontières établissement -domicile. En revanche, il n'inclut pas de services au sein de l'Ehpad destinés aux non-résidents. Pour cela, il faudrait combiner la logique in et out. Il peut ainsi inclure une offre de relayerage à domicile mais pas une maison des aidants, qui relèverait elle d'une logique in.

LES SERVICES D'UN EHPAD PLATEFORME SELON LA LOGIQUE IN ET OUT

En croisant les différentes expérimentations, les propositions issues de nos auditions et des contributions qui nous sont parvenues, une liste de services assez complète, sans prétendre à l'exhaustivité, peut être établie et présentée selon les logiques in et out. Il ne s'agit pas de définir un modèle type mais de montrer l'éventail des services à partir duquel chaque plateforme va composer son offre globale en fonction de sa logique de déploiement : in, out ou les deux à la fois.



Soutien aux proches aidants

IN : Plateforme de répit, accompagnement, ateliers, entretiens psychologiques
OUT : Relayage, garde itinérante de nuit



Usage des outils numériques

IN : Accès depuis l'Ehpad à une gamme complète de produits et de services digitaux visant la prévention, la sécurité et la facilitation de la vie sociale, ateliers d'accompagnement des personnes âgées à l'usage de ces technologies

OUT : Offre à domicile d'une gamme complète de produits et de services digitaux visant la prévention, la sécurité et la facilitation de la vie sociale, accompagnement à domicile des personnes âgées à l'usage de ces technologies



Hébergement temporaire

IN : Dans l'Ehpad, en cas d'urgence, de fin de vie ou de besoin de répit de l'aidant



Repas, nutrition

IN : Ateliers de prévention de la dénutrition, prise de repas au sein de l'Ehpad

OUT : Aide à la prise de repas, livraison de repas, prévention de la dénutrition à domicile



Sécurisation

IN : Ateliers de prévention des risques de chute au sein de l'Ehpad, point d'information et de mise en relation sur l'offre de sécurisation, y compris technologique

OUT : Aménagement du domicile, lit médicalisé, domotique, objets connectés, téléassistance, 24h/24, 7j/7



Télémédecine

IN : Accessible au sein de l'Ehpad pour les personnes âgées du territoire

OUT : Accès à la télémédecine pour les personnes âgées du territoire depuis leur domicile



Accès aux intervenants tiers de l'Ehpad

IN : Kinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute, laboratoire, pharmacie au sein de l'Ehpad

OUT : Kinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute, livraison de médicaments à domicile





Vie sociale et lutte contre l'isolement

IN : Activités culturelles et de loisirs au sein de l'Ehpad

OUT : Activités culturelles et de loisirs hors de l'Ehpad



Blanchisserie

IN : Accessible au sein de l'Ehpad pour les personnes âgées du territoire

OUT : Collecte et livraison à domicile de linge blanchi et repassé



Aide à domicile

OUT : Service d'auxiliaire de vie, entretien du domicile, du linge et de l'environnement de la personne âgée



Soins à domicile

OUT : Intervention hors les murs et jusqu'au domicile du médecin coordonnateur, de l'infirmière coordinatrice et des aides-soignantes, actes de soins infirmiers, toilette médicalisée



Centre d'information et d'orientation des personnes âgées

IN : Au sein de l'Ehpad, accessible physiquement et à distance pour les personnes âgées du territoire et leurs familles



Mobilité

IN : Service de transport adapté accessible depuis l'Ehpad

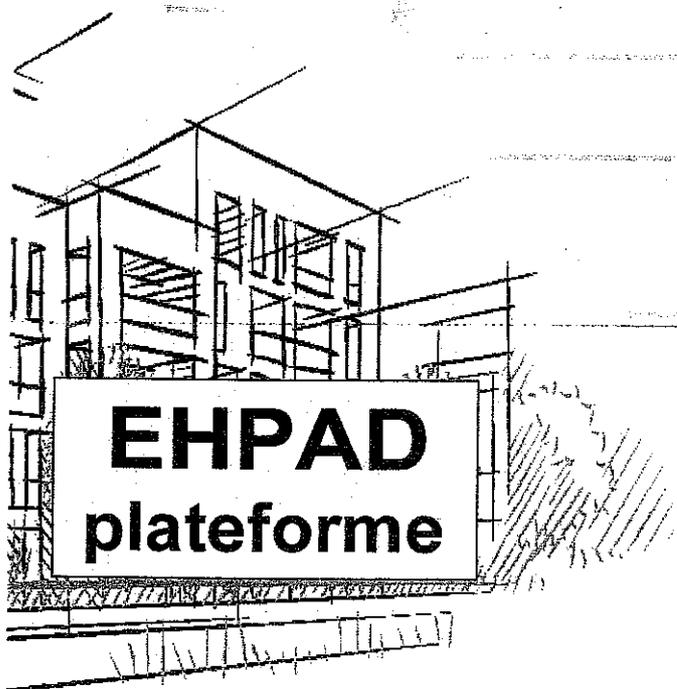
OUT : Service de transport adapté accessible depuis le domicile



Prévention des fragilités IN

: Ateliers de prévention, activité physique adaptée au sein de l'Ehpad

OUT : Adaptation de l'habitat, activité physique adaptée à domicile





QUELS SERVICES DÉVELOPPER PRIOritairement ?

La présentation précédente n'épuise pas le champ des possibles. Et comme le principe c'est l'innovation, les opérateurs doivent pouvoir rivaliser d'inventivité pour proposer de nouveaux services. Dans le même temps, quelques priorités peuvent être établies. Nous l'avons fait en interrogeant directement des directeurs d'Ehpad (voir encadré). Il en ressort principalement trois éléments.

1) Les directeurs sont prêts à étoffer leur offre dans un esprit d'Ehpad plateforme. Et ce tant dans une logique in : 100% des répondants sont prêts à

accueillir des riverains âgés pour déjeuner ou pour assister à des activités à l'intérieur de l'Ehpad, que dans une logique out : 95% des directeurs seraient prêts à livrer des repas à domicile.

2) Les activités qui arrivent en tête des souhaits des directeurs sont les suivantes :

1. Prévention des fragilités
2. Actes de soins avec continuum 24h/24, 7j/7
3. Restauration
4. Centre d'information et d'orientation pour usagers
5. Plateforme de répit pour proches aidants

Soins et fragilités, les priorités sont mises sur le cœur des métiers des Ehpad, qui gagneraient donc



Ce qu'en disent les directeurs

(Résultat du questionnaire en ligne)

Imaginez-vous votre Ehpad préparer des repas livrés à domicile ?

Pour 95% des répondants : la réponse est OUI.

Votre Ehpad pourrait-il être un lieu d'accueil où les riverains âgés viendraient régulièrement pour déjeuner, assister aux animations culturelles et/ou physiques ?

Pour 100% des répondants : la réponse est OUI.

Oui bien sûr, et pourquoi pas imaginer que des leçons de musique ou des répétitions du conservatoire se tiennent au sein d'un espace disponible de l'EHPAD ?

Un grand oui, en veillant à ce que les échanges entre résidents et personnes extérieures aient bien lieu.

Les espaces fonciers permettent de tout envisager sur le site pour y construire l'EHPAD du futur. Pourquoi pas avec une école des métiers des EHPAD du futur ?

Si demain, était ouverte la possibilité que vous puissiez déployer de telles activités annexes, quels types de prestations voudriez-vous privilégier ? (Top 5 retenu)

Pour 100% des répondants : la réponse est OUI.

- Prévention des fragilités
- Continuum 24h/24 /7j/7 - Actes de soins
- Restauration
- Centre d'information et d'orientation pour les usagers
- Plateforme de répit pour les proches aidants (détente, partage, information, formation, mise en réseaux, évaluation charge psychologique et soutien,...)

à toucher un public plus large. La fonction restauration a vocation aussi à devenir un service socle de l'Ehpad plateforme. Et la présence territoriale s'étendrait en amont des prestations, via l'information et l'orientation des usagers, et au-delà du public âgé en soutenant également les aidants.

3) Les directeurs pensent spontanément à des services bénéficiant à un large public : cours de musique, répétitions du conservatoire, formations aux métiers du grand âge... ce qui montre que l'Ehpad plateforme ne doit pas être un concept figé mais évolutif incluant cette possibilité de s'adresser à une grande pluralité d'acteurs du territoire et non seulement au secteur sanitaire ou médico-social.

Un équilibre est à trouver entre la libre initiative locale qui permet d'innover en permanence et le socle de services obligatoires permettant de rentrer dans un dispositif un tant soit peu homogène au niveau national et juridiquement cadré comme tel. Un point de vue que Séverine Laboue, directrice de l'hôpital de Loos-Haubourdin, membre du bureau de la FHF, résumait ainsi dans un des groupes de travail préparatoires au présent rapport *« ces projets sont très territoire dépendants car nous n'avons pas partout les mêmes acteurs, il faut donc être ouverts sur le fondement de la plateforme ; en revanche du point de vue des usagers, les différences entre les territoires dans la lisibilité et l'accès aux droits ne seraient pas compréhensibles »*.

QUEL imPact SUR L'ORGANISATION ?

La capacité à construire une telle offre repose sur des évolutions organisationnelles notables. Chaque projet étant sensiblement différent, il n'est pas possible de présenter une organisation type. Toutefois, plusieurs fonctions ou points clés présents dans les différents dispositifs peuvent être mis en évidence.

Premier constat général, la fonction coordination et les temps qui sont associés sont des éléments particulièrement forts. Ils sont à prendre en compte comme investissements, dans le coût du dispositif, mais ils constituent aussi, et les deux sont liés, un élément important de la plus-value amenée par

l'Ehpad plateforme. Une fonction de coordination qui doit aussi être soutenue par des outils numériques performants.

Le poste de gestionnaire de cas ou de référent de parcours est consubstantiel à l'Ehpad plateforme, dont le principe est de partir d'une situation individuelle et de construire une offre composite répondant à des besoins particuliers. Le référent de parcours est donc l'interlocuteur privilégié de la personne accompagnée. Après avoir analysé sa situation singulière et construit son projet personnalisé, il compose le bouquet d'offre correspondant, s'assure de la mise en place effective des prestations, de leur bonne articulation et de leur suivi.

Les professionnels de santé intervenant en Ehpad, notamment le médecin coordonnateur, verront leurs missions étendues aux bénéficiaires non-résidents. Leurs services pourront être accessibles au sein de l'Ehpad (version in), au domicile des particuliers (version out) ou via des téléconsultations. La montée en puissance des plateformes impliquera une augmentation du temps de travail de ces professionnels de santé, confirmant le développement de la médicalisation des accompagnements.

La coordination générale et systémique entre les établissements et services revient à la direction de l'établissement, qui sera garante de la qualité des partenariats et coopérations avec les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire, du bon fonctionnement de la plateforme, de sa montée en puissance. Des fonctions qui relèvent déjà de leurs attributions mais qui ont vocation à occuper une plus grande partie de leur temps de travail.



QUEL CADRE JURIDIQUE POUR GÉNÉRALISER CE MODÈLE ?

Afin de pouvoir se généraliser, l'Eypad plateforme doit rentrer dans le droit commun et non plus relever d'exceptions et d'expérimentations. Il faut donc en définir le cadre réglementaire avec un double objectif : créer un ensemble de règles suffisamment claires et incitatives pour permettre le développement à grande échelle, sans pour autant standardiser l'offre afin de ne pas freiner l'innovation ni l'adaptation aux besoins locaux. Ce cadre réglementaire peut s'appuyer sur cinq principes fondamentaux.

PRINCIPE n°1 : PERMETTRE À UNE PLURALITÉ D'ESSMS DE DEVENIR PLATEFORME

Qui peut juridiquement devenir une plateforme ? Les Eypad à l'évidence, mais faut-il leur réserver cette possibilité de façon exclusive ? A priori, rien ne le justifierait, l'objectif étant de faciliter l'avènement du dispositif et non de le restreindre. Le droit doit donc permettre à un ensemble d'ESSMS relevant de l'aide et du soin aux personnes âgées de fonctionner en mode plateforme. Le principe serait de partir des ESSMS existants et non de créer une nouvelle catégorie d'ESSMS. Cela clarifierait le fait que la plateforme n'est pas un établissement ou service en soi, mais une nouvelle façon de fonctionner, un nouveau mode opératoire. On évite ainsi de rajouter une nouvelle strate administrative d'ESSMS tout en affirmant la philosophie de la plateforme.

Cette idée est conforme avec les orientations émanant de nos groupes de travail. Elle ne rejoint toutefois pas la proposition n° 46 du rapport Libault selon laquelle il faudrait « créer un nouveau type d'établissement social et médico-social baptisé établissement territorial ». En revanche, le reste de cette proposition du rapport de la Concertation grand âge et autonomie, notamment le fait de délivrer à ce type d'établissement « une autorisation et un financement global pour délivrer une palette de services et constituer ainsi des centres de ressources du grand âge », correspond tout à fait à ce que nous développons ici.

Nous pouvons également rajouter l'option où plusieurs ESSMS décident ensemble de créer une plateforme, qui aurait donc plusieurs porteurs. Pour rester dans la logique précédente, ils n'auraient toujours pas besoin de créer un nouvel établissement mais une simple unité de gestion pour porter administrativement la plateforme. Juridiquement, il faut inscrire la possibilité au CASF qu'un ou plusieurs ESSMS puissent se constituer en plateforme, en précisant les ESSMS éligibles et les services qu'il est possible de réaliser dans ce cadre. Cela nécessite aussi une réflexion sur une nouvelle forme d'autorisation à leur accorder.

PRINCIPE n°2 : OPTER POUR UNE AUTORISATION UNIQUE MULTI-MODALE

Quel est le bon système de fonctionnement d'une plateforme ? Le « multi-modal » paraît être le plus adapté. De quoi s'agit-il ? C'est un fonctionnement qui permet à un seul établissement d'utiliser plusieurs modalités pour réaliser ses services. C'est-à-dire qu'un ESSMS pourrait effectuer des prestations de services relevant de différents modes : hébergement, soins ou services à domicile sans avoir à demander plusieurs autorisations.

Et il se trouve que ce système dispose déjà d'une première traduction législative. Il s'agit de l'article 91 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de « modernisation de notre système de santé ». Cet article concerne le champ du handicap, plus précisément les ITEP (instituts thérapeutiques éduca-

tifs et pédagogiques). Ils peuvent fonctionner en « multi-modal » également appelé « dispositif intégré ». Concrètement, pour chaque enfant pris en charge, il est possible de mobiliser des modalités d'accompagnement diverses, en établissement ou à domicile, proposées par une seule structure ou par des structures distinctes, relevant d'un même gestionnaire ou de gestionnaires différents. De nombreuses possibilités ouvertes pour une seule finalité : proposer un accompagnement global à l'utilisateur à partir d'un référent unique. Le fonctionnement de ce dispositif, fixé par le décret du 24 avril 2017, repose ainsi sur le suivi de chaque bénéficiaire par un référent de parcours. Ce fonctionnement, quand il repose sur plusieurs établissements ou services, requiert la mise en place d'une unité de gestion permettant le versement d'une dotation commune fixée dans le cadre d'un CPOM.

Un tel système demande donc une réforme du système actuel d'autorisation où chaque catégorie de service doit disposer de son autorisation, pour passer à une autorisation unique permettant de mobiliser différentes modalités d'accompagnement de la personne âgée.

PRINCIPE N° 3 : DISPENSER DE LA PROCÉDURE D'APPEL À PROJET

La procédure d'appel à projets est limitative. Elle correspond à une régulation administrative et descendante alors qu'il faut favoriser la prise d'initiative, faciliter l'innovation et donner aux opérateurs la possibilité d'être force de propositions pour construire l'offre de demain sur leur territoire.

D'un point de vue législatif, un premier pas a été franchi avec la loi « Ma Santé 2022 » du 24 juillet 2019. En effet, son article 61 prévoit d'exonérer de la procédure d'appel à projet ceux qui concernent des transformations d'établissements ou services ne comportant pas de modification de la catégorie des bénéficiaires, ainsi que ceux comportant une modification de la catégorie des bénéficiaires si l'établissement ou service conclut un CPOM. Nous reviendrons sur la pertinence de l'outil CPOM, mais la logique est bien celle que nous souhaitons

donner à l'Ehpad plateforme. Celui-ci se constituerait en effet par transformation d'un ESSMS existant, sans modification de la catégorie de bénéficiaires, et solliciterait une autorisation globale pour exercer en multi-modal, sans passer par la case appel à projet. Une telle démarche n'empêchera pas le contrôle réglementaire puisqu'il y aura bien une autorisation, ni la maîtrise budgétaire globale et par territoire à travers la définition d'enveloppes nationales et régionales.

Jean-Christophe Sovrano, directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie à la FEHAP, expliquait ainsi dans nos groupes de travail « *il faut dépasser la notion d'autorisation, l'assouplir, comme il y a eu des assouplissements dans le cadre de l'urgence sanitaire, il faut restaurer un climat de confiance quitte à ne plus raisonner par type d'ESSMS, comme le fait le CASF* ». C'est également le sens de la contribution écrite de la FEHAP, que nous reprenons volontiers, et qui propose que l'autorisation soit une autorisation unique pour l'ensemble des services de la plateforme et fonctionne en file active.

PRINCIPE N° 4 : RAISONNER EN FILE ACTIVE

Dès lors que l'autorisation est unique et multi-modale, il faut raisonner en nombre de personnes bénéficiant globalement de l'Ehpad plateforme sous une modalité ou sous une autre. Il devient impossible de mesurer un taux d'occupation, puisque certaines personnes bénéficieront d'hébergement, par exemple, et d'autres d'accompagnement à domicile. C'est la raison pour laquelle il faut raisonner en file active, c'est-à-dire en nombre de personnes pouvant être accueillies en même temps dans le dispositif quelle que soit la modalité d'accompagnement. Si la plateforme compte 30 places par exemple, les 30 personnes dans la file active peuvent non seulement être accueillies sous différentes modalités, mais également passer d'une modalité à une autre. C'est tout l'intérêt du dispositif de fonctionner de façon souple et fluide, avec des prestations modulables en fonction de chaque plateforme, de chaque territoire et de chaque projet de vie des personnes accompagnées.



PRincipe n°5 :

**ConStRUIRE Un SYStÈME dE
tarification gLobaLE adaPtÉE**

A innovation de services, innovation tarifaire. A partir du moment où l'accompagnement est proposé de façon globale et multi-modale, il est difficile d'imaginer une tarification à l'heure ou à l'acte. La tarification globale apparaît donc indispensable et doit correspondre à un montant annuel par place en file active. C'est d'ailleurs ainsi que sont financées la plupart des expérimentations.

Doit-il s'agir de financements entièrement nouveaux ou de financements intégrant ceux dont bénéficient déjà les établissements et services constitutifs de la plateforme ? Cela dépend de ce que l'on souhaite financer. Pour un accompagnement global, les montants annuels par place vont de 10.000 à 12.000 €, montants qui peuvent être modulés en fonction du niveau d'accompagnement et du bouquet de services consommé. S'il s'agit de financer la coordination et le référent de parcours, nous sommes plutôt dans l'ordre de 2.000 € par an. Dans tous les cas de figure, l'idéal est d'avoir une seule dotation versée à l'établissement porteur, charge à lui de répartir cette dotation entre les différents établissements et services contributeurs de la plateforme.

***A partir du moment
où l'accompagnement
est proposé de façon
globale et multi-
modale, il est difficile
d'imaginer une
tarification à l'heure
ou à l'acte.***

L'outil CPOM peut s'avérer pertinent pour fixer les objectifs et les moyens assignés à la plateforme, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation du dispositif. Mais il reste un outil de contractualisation très dépendant de la volonté politiques des pouvoirs publics territoriaux. Chaque ARS et chaque Conseil départemental doivent non seulement décider de le mettre en œuvre sur un dispositif type plateforme, mais également de coopérer entre eux pour signer un CPOM multi-partites correspondant aux différentes activités de la plateforme. Une complexité de plus alors que l'on recherche de la simplification. Un risque d'hétérogénéité territorial majeur alors que l'on détermine les conditions facilitant un déploiement national relativement homogène. Sans écarter l'outil CPOM, qui peut donc avoir son utilité dans le financement de l'Ehpad plateforme, il ne paraît pas pertinent de miser sur lui comme levier majeur de développement et encore moins de le rendre obligatoire pour ce nouveau dispositif.

I L'inScRiPtion aU CASF

Sur la base de ces principes, un article nouveau du CASF peut être proposé. Il devra :

- Définir et cadrer la possibilité pour des ESSMS existants de se constituer en plateforme sans passer par un appel à projet
- Expliciter l'autorisation unique multi-modale avec un nombre de bénéficiaires en file active
- Sanctuariser la tarification globale, avec CPOM possible mais facultatif

L'article renverrait à un cahier des charges, défini par décret, qui préciserait la liste de services permettant d'être considéré comme une plateforme et comporterait certaines exigences sur le niveau de qualification, d'organisation et d'encadrement attendu.

A partir d'une proposition de Jean-Pierre Hardy, directeur à la stratégie et aux finances chez France Horizon, qui y a inclus le champ du handicap, et après l'avoir retravaillée pour y insérer les éléments ci-dessus, l'article pourrait être rédigé comme suit.

Il est inséré après l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, une section I bis ainsi rédigée :

« Section I bis : Plateformes territorialisées de services pour les adultes en situation de handicap et les personnes âgées en perte d'autonomie

Article L. 312-1-1

I- Un ou plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du 6°, 7° et 11° du I de l'article L. 312-1, des centres de répit mentionnés au VI dudit article L.312-1, des dispositifs mentionnés aux articles L.312-7-1 [RAPT- réponses accompagnées pour tous], L.313-3 [MAIA], L.314-1-1 à L.114-3 [GEM], L.281-1[« Habitat inclusif »], des résidences sociales, des résidences services et des formules d'hébergement et de logement relevant du code de la construction et de l'habitat peuvent se transformer ou se regrouper en plateformes de services, soit pour des adultes en situation de handicap, soit pour des personnes âgées en perte d'autonomie, ou encore pour les deux publics susmentionnés.

Ces plateformes coopératives de services visent prioritairement à assurer la cohérence et la continuité des parcours de soins et des parcours résidentiels dans le cadre des parcours de vie.

Les créations, les extensions, les transformations de ces plateformes de services ne sont pas soumises à la procédure d'appels à projets prévue à l'article L. 313-1-1.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant des 6° et 7° de l'article L. 312-1 qui intègrent la plateforme de services, restent autorisés pour la durée prévue à l'article L. 313-1.

II. La délimitation, l'organisation et le financement de ces plateformes coopératives de services font l'objet d'une autorisation valant mandatement, unique pour l'ensemble des services réalisés, comportant un nombre maximum de bénéficiaires en file active.

Le financement a lieu par tarification globale annuelle par place en file active après dialogue de gestion entre les services constitutifs de la plateforme et la ou les autorités de tarification.

L'autorisation précise les actions de coopération nécessaires, notamment les actions relatives à la prévention de l'isolement social et à l'aggravation de la perte d'autonomie, qui seront menées par la plateforme ou en partenariat avec d'autres organismes.

L'évaluation prévue à l'article L. 312-8 est commune à l'ensemble de la plateforme de services.

Ces éléments peuvent être contractualisés sous forme de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens [CPOM].

III. Un décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement pris en application du II de l'article L. 312-1 précise la liste des prestations pouvant être réalisées dans ce cadre, les droits et obligations des différents établissements et services composant la plateforme, notamment en matière de droits des personnes et de sécurité, relevant du présent code et ceux relevant du code de la construction et de l'habitation et du code de la consommation.



SYNTHÉ

3 ORIENTATIONS ET/OU PROPOSITIONS

Amender dès le projet de loi Grand Âge ou le PLFSS pour 2022 l'article L. 312-1-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles pour rendre possible l'Ehpad plateforme

Cet amendement permet qu'un Ehpad plateforme soit soumis à une seule autorisation et non pas comme aujourd'hui à autant d'autorisations que de types de service.

Supprimer les appels à projets pour les projets d'Ehpad plateforme

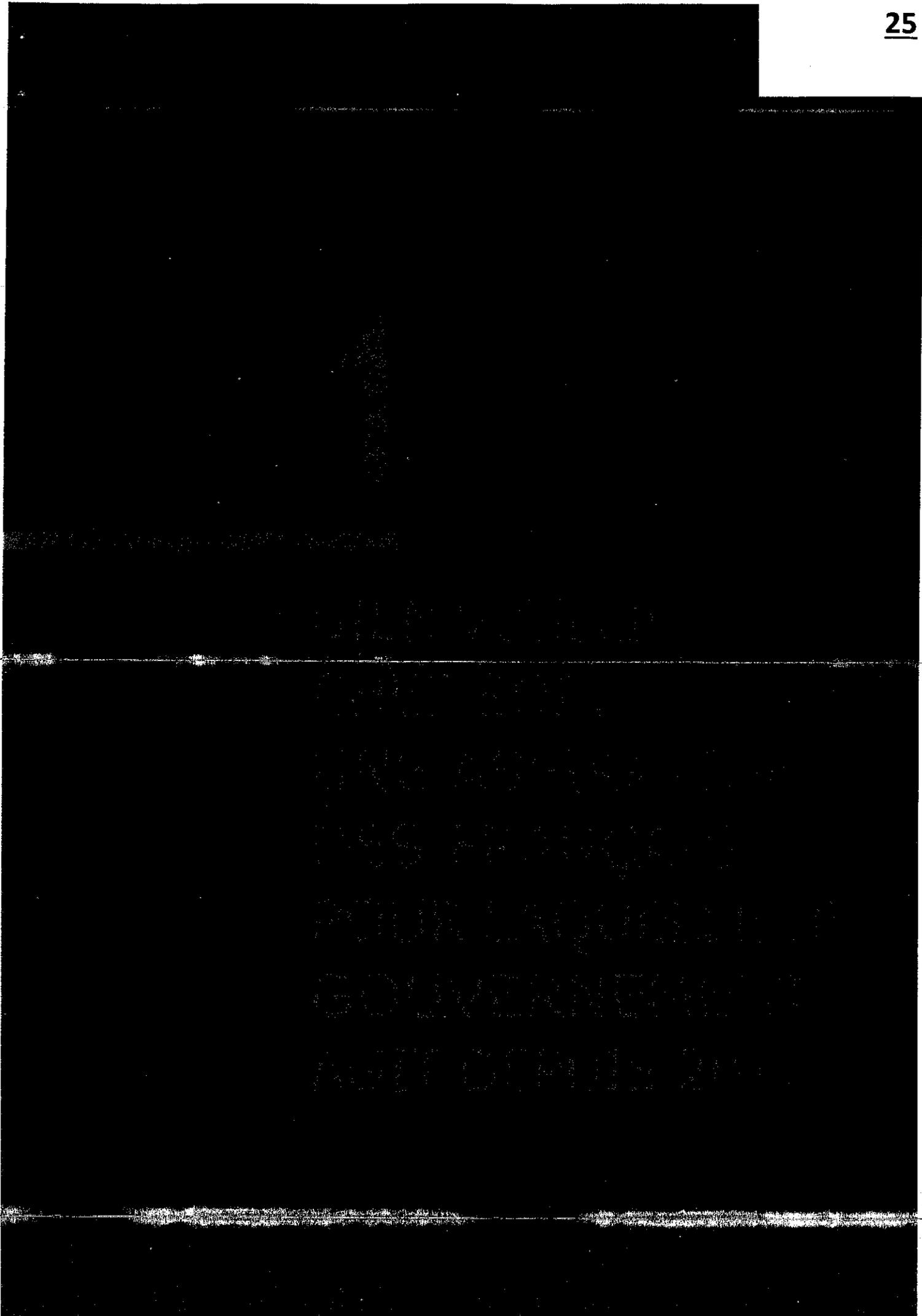
L'appel à projet est incompatible avec l'Ehpad plateforme puisque dans un tel scénario le périmètre d'action est déterminé par l'opérateur et non par la puissance publique

Réformer le système de tarification pour rendre effectif l'Ehpad plateforme

Un tel système ne peut évidemment être financé dans le cadre des règles actuelles (tarification horaire pour les Saad, tarification ternaire pour la partie Ehpad, tarification à l'acte pour les consultations gériatriques vers l'extérieur etc...). Il faut donc mettre en place une tarification globale via un CPOM qui prenne en compte l'ensemble des activités proposées par l'Ehpad plateforme.

Grand âge : le Gouvernement engagé en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement

Mars 2022



Pour permettre demain à chaque Français qui y aspire de pouvoir bien vieillir chez lui, le Gouvernement débloque des moyens, dans le cadre de la cinquième branche autonomie de la sécurité sociale, créée à l'été 2020. Ces actions ont permis de rendre les services plus accessibles et de meilleure qualité, de mieux valoriser les professionnels, et davantage soutenir les aidants, et ce, où que l'on réside.

Des structures d'aide à domicile économiquement plus solides et engagées dans des objectifs de service public, pour améliorer la qualité du service rendu aux familles

Plus de financements de l'État et des Départements pour les services d'aide à domicile, pour plus de qualité.

Les services d'aide à domicile étaient en France souvent mal financés, et ne pouvaient pas bien rémunérer leurs personnels avec d'importants problèmes d'attractivité. Certaines zones n'avaient pas de services disponibles pour assurer l'accompagnement de toutes les personnes et trop souvent les interventions étaient limitées le soir et le week-end. L'amélioration de la qualité des services d'aide et d'accompagnement à domicile est une priorité du Gouvernement, pour mieux répondre aux besoins spécifiques de nos concitoyens âgés et en situation de handicap, et ce partout en France. C'est pourquoi, après un travail approfondi avec les parlementaires de la majorité, le Gouvernement a inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 les transformations suivantes :

■ **Une garantie minimale de financements publics aux services d'aide à domicile depuis le 1^{er} janvier 2022, sous la forme d'un tarif national plancher** pour les services prestataires auprès de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH). Désormais, peu importe son statut et son département, chaque structure bénéficie d'un tarif plancher de 22 euros par heure d'intervention, cofinancé par l'État et son conseil départemental.

Ce niveau plancher n'était jusqu'à présent pas atteint dans la majorité des départements. Cet engagement, qui correspond à une hausse de 250 millions d'euros des financements publics, permettra de rendre plus viables ces structures, afin qu'elles proposent des services de meilleure qualité.

■ **Une dotation qualité d'un montant correspondant à un supplément de 3 euros en moyenne par heure d'intervention, pour accentuer la montée en charge de la qualité des services d'aide à domicile. Elle sera déployée à compter du 1^{er} mai 2022.** Ce supplément de financement, représentant 500 millions d'euros par an d'ici 2025, sera intégralement financé par l'État. Les structures en bénéficieront après contractualisation avec les Départements. La dotation qualité permettra de renforcer la qualité et de diversifier l'offre de services d'aide à domicile : horaires d'intervention élargis, lutte contre l'isolement, soutien aux proches aidants, intervention dans des zones plus reculées. Ces financements serviront aussi à des actions en faveur de la qualité de vie au travail des professionnels (temps d'équipe, de coordination, lutte contre les temps partiels subis, etc.), sans laquelle le service rendu aux familles est fragilisé.

Des métiers mieux rémunérés et plus attractifs, pour faciliter les recrutements nécessaires en réponse aux besoins croissants dans le secteur

Des mesures d'attractivité pour susciter des vocations, fidéliser les professionnels et faciliter les recrutements dans le secteur de l'aide à domicile.

La réussite de ce tournant vers le domicile repose sur la mobilisation des professionnels de l'aide à domicile.

La mise en œuvre par l'État et les Départements, depuis octobre 2021, de l'avenant 43 relatif aux rémunérations de la branche de l'aide à domicile (BAD) représente un investissement public de plus de 600 millions d'euros dont 200 millions d'euros à la charge de l'État (CNSA). 210 000 aides à domicile ont déjà pu bénéficier de revalorisations autour de 15 % en moyenne, soit environ 250 euros nets par mois.

Enfin, comme l'a annoncé le Premier ministre lors de la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social du 18 février 2022, **les 20 000 aides à domicile employées par les centres communaux d'action sociale (CCAS) et des centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) bénéficieront prochainement d'une prime de 183 euros nets mensuels**, que l'État financera pour moitié.

Ces mesures salariales s'ajoutent à un **plan national d'action pour l'attractivité des métiers de l'autonomie** déployé par le Gouvernement, et qui a notamment permis de développer les voies d'accès à la formation et de faciliter les reconversions vers ces métiers.

Un parcours simplifié pour les personnes âgées et leurs proches aidants

Un quotidien facilité avec des démarches simplifiées d'accompagnement à domicile : la personne âgée et son aidant n'auront plus à gérer à leur niveau la coordination et l'agenda de multiples intervenants (aide à domicile, infirmier, télésurveillance, portage de repas, etc.).

Afin de simplifier le quotidien des proches aidants et des personnes âgées, le Gouvernement a créé les conditions, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, d'un grand mouvement de fusion des différentes structures d'aide à domicile. **Le service autonomie à domicile** fera à la fois de l'aide, de l'accompagnement et du soin, et permettra de gérer pour le compte des familles la coordination et les échanges entre les différents professionnels intervenant auprès de leurs aînés.

L'offre d'accompagnement sera plus lisible, car la multiplicité des catégories de services à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD) nuit aujourd'hui à la coordination entre les prestations d'aide et de soins, mais aussi à la compréhension de l'offre par les personnes, faisant peser une lourde charge sur elles et leurs familles, et conduisant à du non-recours.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, une dotation de coordination, financée par la cinquième branche autonomie de la sécurité sociale, permet d'inciter financièrement les services à fusionner entre eux.

Permettre à chacun de vieillir en bonne santé chez soi, grâce au déploiement d'un plan antichute dans toutes les régions

Face à l'enjeu de santé publique majeur que représentent les chutes, première cause de mortalité accidentelle chez les aînés de plus de 65 ans, le Gouvernement a lancé le 21 février 2022 **un plan national visant à lutter contre les chutes des personnes âgées**, d'ici 2024.

Son principal objectif est de **réduire les chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation des personnes âgées de 20 % d'ici 2024, dans toutes les régions de France.**

Le plan s'articule autour de plusieurs axes prioritaires pour faciliter le vieillissement actif, en bonne santé, et dans un chez soi adapté pour nos concitoyens âgés :

- savoir repérer les risques de chutes et alerter ;
- favoriser l'accès aux aides techniques à la mobilité, selon les besoins de chacun ;
- développer l'offre d'activité physique adaptée ;
- rendre plus accessible le recours à la téléassistance.

Le Gouvernement investit pour développer l'habitat intermédiaire

Le Gouvernement engage, aux côtés des collectivités, des moyens pour développer partout en France des **solutions de logement alternatives** à l'EHPAD et au domicile. Dans le Ségur de la santé, une enveloppe d'investissement de près de 200 millions d'euros sur 2021-2024 est dédiée à la création de nouveaux logements en habitat intermédiaire – résidences autonomie et habitats inclusifs. Par ailleurs, pour dynamiser le déploiement de l'habitat inclusif en garantissant la soutenabilité financière de cet essor, le Gouvernement a mis en place l'aide à la vie partagée (AVP). Cette aide financière au fonctionnement est octroyée sous condition de ressources à tout habitant d'un habitat inclusif conventionné. C'est un engagement financier de 45 millions d'euros par an dès 2022.

Une feuille de route pluriannuelle pour mieux accompagner les résidents

15 mesures pour transformer l'accompagnement médical des résidents d'EHPAD dans les années à venir.

La crise sanitaire a montré la nécessité pour les EHPAD de proposer à leurs résidents une offre de soins enrichie, répondant davantage à leurs besoins.

Le Gouvernement lance cette année une feuille de route pluriannuelle, autour de cinq axes structurants visant à renforcer la médicalisation des EHPAD, afin de mieux accompagner les résidents dans les années à venir, y compris ceux présentant des profils poly-pathologiques ne pouvant vieillir à domicile.

Cette feuille de route, animée par Claude Jeandel et Marc Bourquin, fait suite au rapport remis par les Professeurs Claude Jeandel et Olivier Guérin à Brigitte Bourguignon, le 5 juillet dernier, et comporte notamment les mesures suivantes :

1. adapter l'architecture des EHPAD face à la prévalence croissante de troubles neurocognitifs et comportementaux chez les résidents d'EHPAD, grâce à un soutien par l'investissement prévu par le budget de la santé et le plan France Relance ;

2. poursuivre le déploiement des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et des unités d'hébergement renforcées (UHR) en EHPAD, qui permettent de mieux accompagner des résidents souffrant de la maladie Alzheimer et de troubles apparentés ;

3. transformer les unités de soins de longue durée (USLD) en unités de soins prolongés complexes (USPC), pour mieux accompagner les personnes hospitalisées de tous âges ;

4. faire évoluer la fonction de médecin coordonnateur, en s'appuyant sur l'expérience acquise avec la crise sanitaire (évolution de leur pouvoir de prescription, meilleure articulation avec le médecin traitant, etc.), faire enfin évoluer la fonction de l'infirmier de coordination ;

5. déployer les modalités d'intervention des ressources sanitaires en EHPAD, en capitalisant sur les retours d'expérience de la crise sanitaire. Ces ressources incluent les équipes mobiles de gériatrie, les équipes de l'hospitalisation à domicile (HAD), ou des professionnels spécialisés dans les maladies neurodégénératives.

Transformation de l'EHPAD

S'adapter aux nouveaux besoins des personnes âgées

▶ METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER



Chapitre 4

Principales démarches de transformation

Fiche 2

Fiche 2 : impliquer l'EHPAD dans une démarche de plateforme ou de « pôle ressource gérontologique local »

2.1 Préambule

Dans une perspective de parcours de soin (et de vie), les articulations entre les EHPAD, le domicile et les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les professionnels médicaux et paramédicaux sous toutes leurs formes d'exercice, doivent être repensées et favorisées pour éviter toute rupture de parcours et faire face parfois à la concurrence.

Dans cette logique d'articulation et de diversification de l'offre, l'EHPAD peut alors se structurer comme une plateforme ou comme un « pôle ressource gérontologique local ». Il s'agit de mobiliser un ensemble de professionnels du champ de l'action gérontologique dans un bassin de vie, de réaliser des accompagnements en institution et à domicile fluidifiant le parcours de la personne âgée dépendante, tout en bénéficiant des ressources formées et adaptées ainsi que du soutien d'un plateau technique du territoire. Dans cette structuration, l'EHPAD n'est pas forcément l'initiateur principal de cette transformation en plateforme. Ce rôle peut revenir au porteur de la plateforme en fonction des dynamiques locales existantes.

Ces nouvelles modalités d'organisation permettent de valoriser la « fonction ressource » de l'EHPAD, à travers les ressources techniques et les compétences qu'elle peut mobiliser et mettre à disposition d'un territoire.

2.2 Objectifs

Les principaux objectifs de ce type de dispositif sont de :

- ▶ fluidifier et simplifier les parcours par l'identification d'une structure pivot pour les usagers et les partenaires (facilitant notamment la continuité de prise en charge le week-end, en sortie d'hospitalisation,...) ;
- ▶ favoriser, pour les personnes âgées, une liberté de choix ;
- ▶ optimiser les différentes offres et mieux les articuler sur le territoire autour de l'EHPAD comme établissement de support pour favoriser le maintien à domicile ;
- ▶ mettre en place une coordination et des mutualisations sur la base de la plateforme intégrée: management RH, partage des compétences, mise en place d'un parcours pour les salariés, progression de la carrière et variété des missions possibles,... ;
- ▶ diversifier les publics accompagnés.

2.3 Modalités de mise en œuvre

La plateforme de services n'a pas de statut juridique. Elle peut cependant être formalisée au travers d'un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) commun à un EHPAD et à un SSIAD et/ou un SAAD (dans le cas d'un gestionnaire unique).

Sa mise en œuvre peut s'appuyer sur des dynamiques différentes: un EHPAD ayant développé une compétence particulière (ex : accompagnement des personnes âgées ayant un handicap psychique), formalise et structure une réponse de type plateforme (exemple de l'EHPAD Le Laurier Noble) avec des partenaires du territoire ; un EHPAD mutualise ses ressources avec des acteurs du territoire de type SSIAD, SAAD, pour offrir un continuum de réponses pour les personnes âgées du territoire et faciliter leur parcours.

La mise en œuvre d'une telle plateforme commence dans certains cas par une réponse à un appel à candidature (ou appel à projet).

Pour mettre en place ce type de plateforme, il est fondamental de respecter 4 étapes essentielles :

1. Analyser le territoire et ses besoins et identifier les structures ressources potentielles ;
2. Construire le projet de plateforme ;
3. Réévaluer régulièrement les besoins et les ressources du territoire pour faire évoluer la structure pivot en fonction de ceux-ci ;
4. Accompagner les professionnels dans la mise en œuvre de ces dispositifs.

2.3.1 Analyser le territoire et ses besoins et identifier les structures ressources potentielles

Les actions listées dans cette étape doivent être réalisées en cohérence avec le Plan Régional de Santé, ainsi qu'avec le schéma départemental d'organisation de l'offre médico-sociale.

Les principales actions à réaliser à cette étape sont :

- ▶ analyser l'offre en matière de services (SAAD, SSIAD, SPASAD, télémédecine), d'accueils médicalisés ou non médicalisés (EHPAD, résidence autonomie,...) à temps plein ou à temps partiel (accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire,...) afin d'identifier les éventuels besoins ou opportunités de coordination ou de mutualisation ;

Chapitre 4

Principales démarches de transformation

Fiche 2

- ▶ échanger avec les acteurs de la coordination auprès des personnes âgées (centres locaux d'information et de coordination, méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, plateformes territoriales d'appui, dispositifs d'appui à la coordination...) sur les besoins des personnes ou de leurs aidants et l'offre présente sur le territoire en termes de ressources médicales et paramédicales (notamment proximité d'une maison de santé, de regroupement de professionnels libéraux...);
- ▶ s'inscrire dans les instances publiques territoriales de discussion sur les thématiques gérontologiques et de santé (ex. conseil territorial de santé...);
- ▶ étudier les différentes modalités de réponse possibles:
 - possibilité pour des professionnels de sortir de la structure pour intervenir à domicile et d'être mis à disposition;
 - possibilité pour des professionnels du domicile d'intervenir en EHPAD sur des temps dédiés;
 - possibilité pour l'EHPAD de proposer de nouvelles formes de services (coordination de parcours, accueils séquentiels...);
 - partage de ressources (télé médecine...);
 - etc.
- ▶ analyser ces différentes options avec les instances de gouvernance des différentes parties prenantes ainsi que les instances représentatives du personnel.

2.3.2 Construire le projet de plateforme

Les principales actions à réaliser à cette étape sont:

- ▶ identifier l'offre de services à développer et celle qui sera proposée prioritairement aux résidents de l'EHPAD, telle que par exemple:
 - mise en place de nouvelles solutions d'accompagnement à domicile (relayage, garde de nuit...);
 - développement de solutions alternatives à l'hébergement permanent en EHPAD permettant de maintenir les aînés et leurs aidants à domicile : logements adaptés et intermédiaires, accueil de jour, accueil de nuit, accueil temporaire (cf. fiche thématique sur les alternatives à l'hébergement permanent en EHPAD);
 - accès à un plateau de télé médecine en EHPAD pour les personnes à domicile en proposant le service de mise en relation avec les professionnels de santé (généralistes ou spécialistes) correspondant;
- ▶ identifier les mutualisations possibles:
 - en termes de professionnels : mutualisation de ressources spécifiques sur des compétences médicales ou paramédicales notamment, mutualisation de fonctions support (gestion RH, comptabilité, paye, accueil, standard téléphonique...);
 - en termes de plateau technique: accès au plateau technique et aux outils de l'EHPAD pour les professionnels intervenant à domicile et les personnes vivant à domicile;
 - en termes d'outils : partage de logiciels informatiques (exemple, un même outil de télégestion pour les SAAD et les SSIAD) favorisant le suivi des parcours des personnes...
- ▶ définir un projet spécifique formalisé par écrit qui précise la place et le rôle de chaque partie prenante au sein de la plateforme; selon les modalités organisationnelles choisies, précision des rôles et contributions de chacun (notamment apports financiers, logistiques, RH...);

30

La façon de communiquer et de présenter ce type de dispositif est fondamentale puisqu'elle permet de créer la confiance avec les partenaires du territoire. Il s'agit de montrer que la plateforme ou le nouveau service offert viendra s'inscrire en complémentarité et au service des acteurs du territoire et non en concurrence avec eux.

Voici quelques illustrations d'évolutions organisationnelles possibles :

| Types d'actions mises en place | Illustrations |
|---|--|
| Faciliter pour les personnes âgées d'un territoire l'accès à une palette de services | La plateforme gérontologique Darcy-Brun (cf. diaporama en annexe n° 2) est née en 2008 de la volonté de la Fondation Diaconesses de Reuilly de créer une plateforme gérontologique par laquelle on peut accéder à une palette de services diversifiés et de proximité. Elle permet ainsi de mettre en œuvre un parcours personnalisé pour chaque personne, quelle que soit la porte d'entrée choisie, l'EHPAD, l'accueil de jour, l'accueil temporaire, l'Unité Spécialisée Alzheimer ou les services intervenants à domicile (SAAD, SSIAD), ainsi qu'une résidence service. La plateforme propose aujourd'hui un EHPAD de 95 lits, 6 places d'accueil de jour, 1 unité spécialisée Alzheimer, un SSIAD et un SAAD, ainsi qu'une résidence service organisée en Maison partagée (lieu de vie intergénérationnel - habitat social regroupé accessible aux personnes âgées autonomes, actifs en situation de handicap...). |
| Associer les cadres et les professionnels aux travaux de définition de l'organisation | La plateforme portée par l'EHPAD de Lépine Versailles (REX n° 9) a mené un travail de réflexion avec les cadres (directrice, cadre de soin, médecin coordonnateur, psychologue et cadre autonomie) tout au long du second semestre 2017 sur la réorganisation de l'établissement en mode « plateforme » pour une mise en place au 1 ^{er} mars 2018. La plateforme a été structurée autour d'un pôle soin et d'un pôle autonomie, qualité de vie qui intègre l'ensemble des professionnels des différentes structures. Les cadres sont mutualisés pour l'ensemble des structures de la plateforme (un EHPAD, un SSIAD, une équipe spécialisée). |
| Profiter de situations de crise pour saisir des opportunités de nouvelles activités | La plateforme gérontologique de Darcy Brun a pu intégrer et développer son offre de services à domicile en négociant un partage d'activités avec le SSIAD du secteur et les autorités et en reprenant l'activité d'un SAAD en liquidation judiciaire. Il peut être intéressant de saisir les opportunités de nouvelles activités (reprise de bâtiments, de structures) qui peuvent parfois naître de situations de crise. |

Chapitre 4

Principales démarches de transformation

Fiche 2

- formaliser les évolutions contractuelles, administratives ou organisationnelles à intégrer suite à la mise en place de la plateforme.

Selon les cas :

- CPOM ou obtention de financements spécifiques de la part des autorités de tarification et de contrôle ;
- avenant au contrat de travail de certains professionnels et/ou recrutement de temps partiels ;
- modification ou extension du contrat d'assurance en lien avec les avenants des contrats de travail pour des déplacements,
- convention de partenariat avec les structures concernées ou simple accord verbal et communication écrite commune... ;
- informer les professionnels des évolutions en cours et de la nouvelle structure de travail proposée en mode plateforme ;
- informer les partenaires du fonctionnement et des interventions de chacun dans la plateforme.

Afin que les professionnels s'approprient le fonctionnement de la plateforme et prennent l'habitude d'impliquer et d'échanger avec les autres acteurs intervenant auprès de celle-ci, il ne faut pas hésiter à leur confier des missions en lien avec la plateforme (ex. coordination RH, suivi et partage des outils, animation technique...).

2.3.3 Réévaluer régulièrement les besoins et les ressources du territoire pour faire évoluer la structure pivot en fonction de ceux-ci

Comme dans tout projet partenarial, il convient de réaliser des ajustements à échéance régulière afin de vérifier que l'offre de services proposée continue de bien correspondre aux attentes. Les principales actions à réaliser à cette étape sont :

- participer (voire animer si besoin, selon les dynamiques locales) aux instances partenariales permettant d'analyser l'offre et les besoins du territoire, ainsi qu'évaluer les services proposés par la plateforme mise en place ;
- ajuster l'offre et le périmètre d'intervention selon les besoins repérés.

Il est important de penser à valoriser le travail réalisé et notamment l'impact économique de l'existence de ce dispositif ou de la plateforme (exemple: impact sur le nombre d'emplois locaux créés ou maintenus, sur les services de proximité proposés à la population...).

| Type d'actions mises en place. | Illustration. |
|---|--|
| Mutualiser les compétences des professionnels d'une MAS et de l'EHPAD | <i>L'EHPAD Le Laurier Noble (REX n°8) a mis en place un pôle psycho-gériatrique en mutualisant les compétences de professionnels de la MAS voisine avec celles des professionnels de l'EHPAD. Les compétences apportées sur les maladies psychiques (médecin psychiatre, neuropsychologue...) améliorent la réponse apportée aux résidents souffrant de pathologies psychiatriques et renforcent la réactivité et la fluidité d'accompagnement au sein de l'établissement. Cela a des effets positifs et mesurés sur la prévention des décompensations, les reprises de soins ou encore la limitation des hospitalisations en urgence.</i> |

2.3.4 Accompagner les professionnels dans la mise en œuvre de ces dispositifs

Ce type de dispositif nécessite un accompagnement important des professionnels pour veiller notamment au partage d'une culture de travail commune.

Voici quelques propositions d'actions possibles :

- Proposer des formations communes aux professionnels ;
- Mettre en place des temps de partage et d'analyse des pratiques ;
- Développer et utiliser des outils de partage de l'information sur les personnes accompagnées ;
- Proposer des locaux ou des espaces communs et partagés.

2.4 Définitions

► EHPAD Plateforme de services

Il s'agit d'un dispositif ouvert sur le lieu de vie et les autres lieux de vie non médicalisés. Il assure la coordination de différents professionnels intervenant auprès des personnes âgées (médecins traitants, infirmiers libéraux, professionnels paramédicaux...).

► EHPAD Centre de ressources

Il s'agit d'un dispositif proposant des activités aux personnes âgées vivant à domicile, d'un lieu de formation pour les professionnels ainsi que d'un lieu d'accompagnement des aidants.

Chapitre 4

Principales démarches de transformation

Fiche 4

Fiche 4 : mutualiser et se regrouper pour un meilleur service

4.1 Préambule

Des mutualisations et des regroupements s'opèrent depuis ces dernières années. Plusieurs motivations peuvent être à l'origine de ces dynamiques : mutualisation de certains services pour optimiser les coûts ou atteindre des objectifs impossibles à réaliser seul (ex : recrutement de personnel spécialisé en milieu rural, blanchisserie) ; réalisation d'économies d'échelle permettant de diversifier l'offre et d'améliorer la qualité des accompagnements à budget constant; résorption de difficultés financières importantes,... Quelle que soit la motivation, les différentes expériences insistent sur un préalable indispensable: le souhait de travailler ensemble doit être partagé par les structures qui se regroupent et conditionne la réussite du projet.

Certains regroupements sont initiés par les administrateurs des structures, d'autres sont parfois encouragés par les autorités de tarification et de contrôle. Beaucoup de projets de mutualisation sont souvent envisagés par les directions des structures elles-mêmes. C'est dans ce dernier cas, notamment pour les EHPAD rattachés à des CCAS, que l'on fait référence dans cette fiche à la sensibilisation des administrateurs au projet, à la différence des stratégies de groupes privés qui sont généralement initiées en conseils d'administration.

La mutualisation et le regroupement des EHPAD renvoient respectivement :

- ▶ à la mise en commun de moyens entre différentes structures tout en conservant sa propre entité juridique ;
- ▶ au regroupement de deux ou plusieurs entités existantes en une unité supra permettant une mutualisation plus poussée.

4.2 Objectifs

- ▶ Diversifier l'offre et améliorer la qualité de réponse aux attentes des personnes accompagnées en ayant recours à des compétences disponibles sur le territoire ;
- ▶ S'enrichir des pratiques des autres professionnels et d'autres directeurs d'EHPAD ;
- ▶ Avoir plus de poids et de lisibilité à l'échelle d'un territoire auprès des partenaires actuels et potentiels ;
- ▶ Optimiser les coûts et/ou se donner les moyens de respecter une réglementation spécifique et contraignante, notamment en matière d'hygiène (services logistiques) ;
- ▶ Favoriser les conditions de travail des agents (qualité de vie au travail, accès à des formations et avantages communs, polyvalence, remplacement, etc.) ;

- ▶ Favoriser la coordination et la complémentarité des acteurs du secteur médico-social, de la ville et du secteur sanitaire pour optimiser le parcours des résidents.

4.3 Modalités de mise en œuvre

La mutualisation ou le regroupement sont souvent envisagés lorsque des contraintes importantes ne permettent pas, ou difficilement, de réaliser seul un projet. Les étapes suivantes s'appliquent généralement :

- ▶ Calibrer l'activité pouvant faire l'objet d'une mutualisation puis identifier les acteurs potentiels ;
- ▶ Déterminer et appréhender les contours du projet de mutualisation et/ou de regroupement ;
- ▶ Choisir l'outil juridique approprié et mettre en œuvre.

Il est à noter le cas spécifique de mise en place d'une direction commune entre EHPAD publics ou entre EHPAD et établissements médico-sociaux publics. Le jeu des remplacements de directeur permet aux ARS de construire des coopérations en nommant des directeurs communs à plusieurs établissements. Ce type de scénario répond dans un premier temps à une problématique mixant difficultés financières des structures concernées, pénurie de candidatures aux postes de direction, notamment en milieu rural, et taille insuffisante des structures pour supporter chacune le coût d'un poste de direction et attirer des compétences. Toutefois, c'est souvent la mise en place d'une direction commune qui est à l'origine de regroupements car elle permet aux professionnels d'échanger sur leurs pratiques puis d'envisager ensuite des mutualisations ou fusions selon les étapes décrites ci-après sans avoir, bien sûr, à rechercher des partenaires potentiels.

4.3.1 Calibrer l'activité pouvant faire l'objet d'une mutualisation puis identifier les acteurs potentiels

En fonction d'une problématique à résoudre, et de son niveau de difficulté, plusieurs critères peuvent amener à envisager la mutualisation ou le regroupement avec d'autres établissements. Ils sont de plusieurs ordres :

- ▶ Des moyens financiers limités ne permettant pas d'atteindre le niveau de qualité et les économies d'échelle attendus ;
- ▶ Un besoin spécifique d'accompagnement insatisfait en raison d'une trop faible demande au regard des seuils d'autorisation ;
- ▶ Une réglementation stricte et des risques juridiques pour une activité qui n'est pas dans le cœur de métier de l'accompagnant et pour laquelle il peut être intéressant de déléguer la responsabilité à un tiers spécialiste du sujet (blanchisserie par exemple) ;

Chapitre 4

Principales démarches de transformation

Fiche 4

- Des contraintes géographiques et économiques (milieu rural, désertification médicale, manque d'attractivité des professionnels sur des postes à temps partiel, etc.).

Dans ce type de cas, l'EHPAD va alors déterminer précisément son besoin et le périmètre de l'activité concernée puis s'orienter vers une solution de mutualisation.

La recherche d'acteurs potentiels s'effectuera par plusieurs canaux en privilégiant les structures de proximité. En fonction de l'objet de la mutualisation, on privilégiera les structures offrant des services complémentaires ou celles ayant une offre identique avec un même besoin. Ainsi, l'EHPAD sera amené à contacter directement les autres EHPAD de son territoire, un GCSMS s'il en existe, mais également les autres intervenants institutionnels comme la municipalité et les différents acteurs du maintien à domicile (SSIAD, SAAD, etc.), son organisme gestionnaire, ses autorités de tarification et de contrôle, sa fédération ou tout autre organisme de représentation et d'échange comme une association des directeurs d'EHPAD, etc. Cette liste n'est pas exhaustive mais en fonction d'un démarchage ciblé suite à une analyse territoriale, il est souvent aisé de trouver un partenaire potentiel sans contacter tous les acteurs. Les acteurs institutionnels seront toutefois un appui pour conseiller utilement sur le choix des modalités des deux étapes suivantes.

Voici quelques illustrations d'actions réalisées entre structures proches :

| Types d'actions mises en place | Illustrations |
|---|---|
| Mutualisation de compétences entre un EHPAD et une MAS au bénéfice des résidents | <i>L'EHPAD Le Laurier Noble (REX n° 8) s'est rapproché de la MAS voisine, à la faveur d'un Intérim de direction, et a pu faire bénéficier ses résidents d'une expertise spécifique puis créer ensuite un pôle psycho gériatrique en réponse au besoin du territoire.</i> |
| Développement de partenariats entre un EHPAD et plusieurs acteurs de santé et médico-social | <i>L'EHPAD Les Jardins de l'Ombrière (REX n° 6) s'est relocalisé sur un grand site et a attiré plusieurs structures médicales ou médicales dont un pôle de santé et un résidence service. Divers partenariats ou mutualisations ont été réalisés entre les acteurs comme l'intervention de l'infirmière coordinatrice de l'EHPAD auprès de personnes de la résidence service ou la possibilité pour les résidents de l'EHPAD de bénéficier le soir et le week-end du service « SOS Médecin ».</i> |

4.3.2 Déterminer et appréhender les contours du projet de mutualisation et/ou de regroupement

Quelle qu'en soit la genèse, les contours du projet doivent être préalablement déterminés. La réflexion des acteurs s'articulera selon divers critères à prendre en considération :

- La volonté de chacun de conserver son autonomie (en termes de statut juridique et financier) ;

- La liberté de gestion de l'activité concernée par la mutualisation ou le regroupement (gestion en direct par les partenaires ou confiée à un tiers) ;

- L'intérêt à ce que les activités soient portées par un groupement existant ou à créer (cela permet d'isoler la comptabilité de l'activité, de confier la gestion à des spécialistes, d'opter pour un régime fiscal propre, de recruter des personnels de statut différent, etc.) ;

- Les moyens pouvant être mis à disposition, notamment humains et matériels, et les impacts en termes de responsabilité juridique, d'assurance et de conventions collectives ou d'accords ;

- La volonté de développer des actions innovantes, d'associer des tiers ou des investisseurs, etc.

L'analyse de tous ces paramètres sera plus ou moins affinée en fonction de l'objet de la mutualisation et sera le vecteur des échanges entre les parties. Cela permettra de mieux connaître ses partenaires potentiels, de s'engager sur une première mutualisation et, bien souvent, d'accroître ensuite le périmètre des mutualisations en raison de visions partagées et de la satisfaction à travailler ensemble.

Voici quelques illustrations :

| Types d'actions mises en place | Illustrations |
|--|--|
| Mutualisation d'une direction entre un EHPAD et un foyer débouchant in fine sur la mutualisation de plusieurs services | <i>L'EHPAD des Mille Sourires (REX n° 11) a mutualisé dans un premier temps son directeur avec celui du Foyer d'Accueil Médicalisé de la commune afin de pallier le départ de celui-ci, compte tenu de l'impossibilité de recruter. Suite à cette première mutualisation et au constat de difficultés liées à l'absentéisme, le projet s'est renforcé avec la mutualisation des services d'astreinte administrative, puis la passation de marchés publics communs de logiciels ou encore la mise en commun du logiciel des cuisines.</i> |
| Un regroupement « à la carte » la mise en place d'un GCSMS à géométrie variable | <i>L'EHPAD Les Jardins du Rivalier (REX n° 7) fait partie d'un GCSMS regroupant 8 EHPAD. Chaque structure a souhaité conserver sa liberté de gestion et son pouvoir de décision. Par conséquent, le GCSMS est à géométrie variable et les EHPAD ont mis en place des activités mutualisées auxquelles ils souhaitent participer : achat groupe, plan de formation commun, etc.</i> |
| Fusion d'EHPAD puis mise en place d'un GCSMS | <i>L'EHPAD d'Argonne (REX n° 2) est un exemple concret des différentes étapes entre mutualisation et regroupement. Initialement fruit de la fusion de 3 EHPAD, l'EHPAD est devenu membre du GCSMS Meuse (REX n° 3) regroupant 10 EHPAD publics autonomes ayant mutualisé :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Les procédures et la réalisation d'audits qualité et de gestion des risques ; • Un plan de formation commun à tous les EHPAD ; • Les achats, marchés publics et groupement de commande pour les produits du quotidien ; |

Chapitre 4

Principales démarches de transformation

Fiche 4

La mutualisation ou le regroupement permet de pallier un sentiment d'isolement souvent ressenti par les directeurs, notamment en milieu rural. En effet, il est parfois difficile de gérer seul des difficultés sans apport de méthodologies ou de solutions déjà éprouvées par d'autres. Ainsi, l'adhésion à un GCSMS peut répondre à cette difficulté et même faire naître le souhait de coopérer pour traiter ensemble des difficultés similaires (ex : mise en commun des formations et protocoles de soins, des profils et fiches de postes, partage de procédures, etc.).

4.3.3 Choisir l'outil juridique approprié et mettre en œuvre

Avant-dernière étape du processus de mise en œuvre, choisir l'outil juridique le plus approprié permettant de porter le projet défini en amont. En fonction du type d'activité concerné et de l'analyse des différents critères évoqués au point précédent (autonomie et statut, moyens que l'on souhaite mettre en commun,...), le choix s'effectuera de façon graduelle entre un

partenariat, un groupement ou une fusion. Dès lors que l'on souhaitera s'orienter vers un groupement ou une fusion, les aspects juridiques propres au statut de la structure envisagée et au type de personnel recruté ou mis à disposition (contractuel ou public, issu de la fonction publique territoriale ou hospitalière) seront des éléments déterminants du choix opéré. Plus on s'orientera vers une fusion importante, mixant différents types de personnel et d'acteurs, et plus cette phase d'analyse juridique sera importante car elle conditionnera les modalités de mise en œuvre et de réussite.

De plus, l'impact ou la nécessité d'un transfert d'autorisation devra également être étudié durant cette phase.

Cette phase d'analyse juridique pourra faire l'objet d'un appui spécifique aux structures de la part de cabinets de conseils spécialisés ou d'avocats. Certaines fédérations mettent d'ailleurs ce type d'appui à disposition de leurs adhérents.

Les outils juridiques à disposition des acteurs sont les suivants en fonction de leur degré de mutualisation :

Figure 7 : Modalités de mutualisation

Échelle du degré de mutualisation

✓ **L'entente**

Échange de bonnes pratiques entre établissements et services dans les champs souhaités

✓ **Les conventions de partenariats entre établissements**

Outil de coopération ancien et très utilisé avec obligations réciproques entre les parties

✓ **Groupement d'employeurs**

Regroupement d'entités (association) permettant l'embauche de salariés et des mises à disposition des membres

✓ **Groupement d'achat/Commande**

Regroupement d'entités (association/GIE) afin d'optimiser les achats via des fournisseurs communs

✓ **Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) ou association**

Création d'une nouvelle entité publique ou privée (selon ses membres) avec possibilité de disposer des missions du GIP/GIE mais aussi des missions directes de prestations et, si volonté, de l'exploitation de l'autorisation après accord de l'autorité

✓ **Fusion d'entités (ESMS, association, GIE, SCIC, SCOP, structures de l'économie sociale et solidaire...)**

Engendre la disparition d'anciens établissements au profit d'un seul.

Fusion création: réunion de deux entités au sein d'une nouvelle ou

Fusion absorption: dissolution d'au moins une entité et absorption par une entité préexistante



Chapitre 4
Principales démarches de transformation
Fiche 4

Fiche 4 : mutualiser et se regrouper pour un meilleur

Le tableau ci-dessous constitue une grille de lecture très synthétique des solutions juridiques proposées pour les mutualisations et regroupements.

Figure 8 : Modalités juridiques pour les mutualisations et regroupements

| Grille de lecture à apposer au projet | Convention de partenariat | Groupement d'employeurs | Groupement d'intérêt économique | GCSMS ou association ¹ | Fusion |
|---------------------------------------|--|--|---|---|--|
| Objet | Défini au sein de la convention | Employer du personnel en commun | Faciliter l'activité de ses membres par la mutualisation de ressources | Développer l'activité, coordonner les actions | Développer et faciliter l'activité des structures |
| Statut Personnalité morale | Droit de personne morale Responsabilité des partenaires | Association ou fondation Responsabilité solidaire des membres du GE | Statut sans droit de vote Responsabilité limitée des membres du GIE | Droit public ou GCSMS de droit public ou association Responsabilité des membres au regard des apports (GCSMS) | Statut d'association Droit économique Responsabilité de la nouvelle entité selon statut |
| Personnel | Aucune incidence | Emploi direct du personnel ou mise à disposition | Emploi direct du personnel du GIE | Emploi direct du personnel ou mise à disposition | Avenants aux contrats de travail Associer les Instances représentatives du personnel |
| Financement | Subvention ou participation des membres | Cotisations et paiement de la mise à disposition | Cotisations et paiement des prestations | Apports à la création et cotisations | Dévolution universelle du patrimoine |
| Niveau de rapprochement | -- | + | + | ++ | +++ |
| Avantages | Souplesse et possibilité de révocation Notion d'équité avec engagement réciproque au sein d'un contrat | Pallier les difficultés de recrutement Décharge des formalités administratives Professionalisation | Mutualisation des achats Recherche d'optimisation Budgétaire ou non | Un poids important vis-à-vis des institutions Economie d'échelle Arbitrage sur le statut à choisir Transfert d'autorisation possible | Un poids important vis-à-vis des institutions Economie d'échelle Une seule direction générale |
| Inconvénients | Articulation avec le code de la Commande publique (si concerné) Inconvénients + particuliers à certaines conventions: MAD personnel | Choisir des membres en bonne santé financière Manque de réactivité possible | Durée limitée Ne porte que sur des besoins limités car activité en lien avec celle de ses membres Responsabilité illimitée de ses membres | Nouvelle gouvernance Gestion d'une nouvelle entité | Nouvelle gouvernance Unique employeur Nécessite un niveau de communication et d'accompagnement au changement important |

**Lors de mutualisations ou de regroupements, différents acteurs préfèrent créer une association plutôt qu'un GCSMS. Même si l'association permet, tout comme le GCSMS, de bénéficier des divers avantages et caractéristiques répertoriés dans cette colonne, son statut confère néanmoins une plus grande souplesse. En effet, l'association demeure du ressort du droit privé et évite de créer un GCSMS de droit public, lorsque des acteurs publics et privés se regroupent avec un apport de fonds publics majoritaires. Le personnel recruté par l'association l'est sous l'égide du droit privé, des mises à disposition de personnel public ou des détachements étant possibles. Les règles relatives à la gouvernance et aux ressources de l'association sont déterminées librement dans ses statuts. Cela peut permettre de prévoir une répartition des droits de vote par membre pas forcément proportionnelle aux apports effectués. Enfin, transfert d'autorisation et perception de subventions sont également des atouts offerts par l'association.*

Chapitre 4

Principales démarches de transformation

Fiche 4

Parmi toutes ces solutions juridiques, les partenariats et GCSMS semblent être très répandus. On notera toutefois deux formules intéressantes qui commencent à se développer : le GEIQ (Groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification) et la SCIC (Société coopérative d'intérêt collectif).

Le GEIQ est un collectif d'entreprises qui organise des parcours d'insertion et de qualification à destination de personnes éloignées du marché du travail afin de résoudre les problèmes de recrutement de ses membres.

La SCIC est une société coopérative, de type SARL ou SA, qui a pour objet la production ou la fourniture de biens et de services d'intérêt collectif qui présentent un caractère d'utilité sociale. Elle doit obligatoirement comporter 3 types d'actionnaires : des salariés, des bénéficiaires et des tiers intéressés au projet pouvant être des financeurs, entreprises, municipalités, associations, etc. Les droits de vote ne sont pas proportionnels au capital investi, conformément à la notion d'entreprise coopérative.

| Types d'actions mises en place | Illustrations |
|--|--|
| Adhésion à un GEIQ | <p><i>L'EHPAD Les jardins de l'Ombrière (REX n°6) est membre d'un GEIQ créé par sa fédération associant des EHPAD, la Direction du Travail, Pôle emploi, les missions locales et Cap emploi. Les parcours de formation concernent principalement les diplômés d'aide médico-psychologique et d'aide-soignant mais aussi le personnel de cuisine et le personnel administratif.</i></p> |
| Fusion d'EHPAD et regroupement avec un SSAD grâce à la création d'une SCIC et mise en place d'une plateforme de services gérontologiques | <p><i>La SCIC Lapine Versailles (REX n°9) est le fruit du regroupement d'acteurs publics et privés au service de la personne âgée. La reconstruction suite à la fusion des deux EHPAD a été rendue possible grâce à l'intervention d'un investisseur de l'économie solidaire. Un accord d'adaptation a permis de transférer les personnels de l'EHPAD et du SSAD dans la nouvelle structure. De nouveaux services ont été développés dont la création d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA). Bref, un travail de près de 7 ans dont la réussite tient à la volonté des acteurs.</i></p> |

Enfin, une fois choisi le montage juridique de la mutualisation ou du regroupement, la dernière étape consistera en la mise en œuvre. Celle-ci sera adaptée en fonction de l'importance du projet, des changements à opérer et du calendrier associé.

Quelles que soient les méthodes de gestion de projet et d'accompagnement du changement, la réussite d'un projet de mutualisation ou de regroupement nécessite d'établir un plan de communication s'articulant en fonction des diverses instances des parties prenantes (administrateurs, IRP, personnel, CVS, etc.) et du franchissement des différentes étapes.

Les messages de la communication devront être clairs et transparents et des espaces de réflexion et de co-construction sur les aspects opérationnels et organisationnels du travail devront être proposés afin d'associer le personnel et plus généralement les différents acteurs. Selon l'ampleur du projet, la nature et le périmètre de l'objet de la mutualisation, il sera utile de prévoir :

- ▶ sur le plan politique :
 - en amont du projet, rencontrer les administrateurs, s'ils ne sont pas à l'origine du projet, pour les convaincre de la pertinence de la transformation ;
 - intégrer un administrateur dans des instances de suivi du projet ;
 - tout au long du projet : informer régulièrement le conseil d'administration des avancées du projet ;
 - rencontrer les collectivités territoriales, leur présenter le projet, voire les associer aux réflexions pour obtenir un appui politique ;
- ▶ concernant le personnel des structures :
 - constituer des groupes de travail par thème (organisation, pratiques et modalités d'accompagnement, RH) en réunissant les personnels des structures selon une fréquence régulière ;
 - organiser des réunions d'information sur l'avancement du projet ;
 - informer et consulter en tant que de besoin les instances représentatives du personnel ;
 - prévoir des entretiens individuels pour informer et rassurer sur les changements futurs ;
- ▶ concernant les autres acteurs :
 - informer le Conseil de la vie sociale et les résidents ;
 - associer tous les autres acteurs pouvant être impactés par le projet (familles, fournisseurs, comptable public, financeurs, etc.).

Chapitre 4

Principales démarches de transformation

Fiche 5

Fiche 5 : développer les compétences internes de l'EHPAD et s'appuyer sur des ressources clés externes

5.1 Préambule

Le développement de compétences en EHPAD et le recours à des ressources clés externes s'inscrivent dans un contexte où les EHPAD :

- ▶ sont confrontés à une variété croissante de besoins auxquels ils ont souvent du mal à répondre ;
- ▶ rencontrent des difficultés à recruter en raison du manque d'attractivité du secteur, de la concurrence entre établissements et de la fragilisation de la démographie médicale et paramédicale dans de nombreux territoires ;
- ▶ doivent équilibrer leur modèle économique et optimiser leur masse salariale, notamment dans les établissements dont la taille n'est pas suffisante pour réaliser certaines économies d'échelle et offrir des postes à temps plein.

5.2 Objectifs

- ▶ Le développement des compétences professionnelles ;
- ▶ Une meilleure réponse aux besoins d'accompagnement et de soins des résidents ;
- ▶ La consolidation des fonctions d'encadrement, l'optimisation et la fidélisation des ressources humaines ;
- ▶ L'amélioration de la qualité de vie au travail des équipes (notamment par du soutien technique ou spécialisé) ;
- ▶ Le renforcement du positionnement de l'EHPAD et de la prise en charge des personnes âgées sur son territoire d'implantation.

5.3 Modalités de mise en œuvre

La transformation pourra s'appuyer sur tout ou partie des modalités suivantes :

- ▶ Assurer une professionnalisation des équipes pour répondre de nouveaux besoins ;
- ▶ S'adjoindre des compétences spécifiques via des rapprochements avec d'autres établissements ;
- ▶ S'appuyer sur des binômes pour déployer de nouvelles modalités de travail ;
- ▶ S'appuyer sur les ressources du territoire.

5.3.1 Assurer une professionnalisation des équipes pour répondre à de nouveaux besoins

La plupart des transformations organisationnelles observées dans ce domaine partent du constat que l'EHPAD dispose encore d'une marge de progression pour professionnaliser les équipes et faire évoluer les compétences internes sans avoir nécessairement besoin de recruter ou de faire appel à des compétences externes. Il s'agit de compter sur le développement interne des ressources humaines, de prendre en considération le parcours professionnel de chacun et d'assurer la pérennité des compétences spécifiques.

La démarche consiste avant tout à déployer des diagnostics de compétences (entretiens professionnels annuels notamment) et des plans de formation adaptés, en les combinant à des actions complémentaires qui permettront de conforter la montée en compétences des équipes.

| Types d'actions mises en place | Illustrations |
|---|---|
| Plan de formation interne pour permettre aux équipes d'accompagner des résidents dont le niveau de dépendance augmente rapidement | <i>L'EHPAD des Jardins du Rival (REX n° 7) a misé sur une formation de l'ensemble de ses équipes à la bienveillance ainsi que sur des formations adaptées à chaque fonction. La résidence Le Prieuré (REX n° 14) a déployé une formation collective à la bienveillance et des formations spécifiques alors que l'EHPAD s'orientait vers l'accompagnement de personnes très dépendantes.</i> |
| Formation des équipes à la préservation des capacités des résidents | <i>L'EHPAD de L'Orée des Pins dans les Landes (REX n° 12) a déployé un plan de formation à l'ensemble de ses équipes afin qu'elles adoptent une nouvelle posture d'accompagnement des résidents basée sur les capacités des résidents.</i> |
| Réaliser un audit organisationnel ou des diagnostics RH | <i>L'EHPAD des Mille Sourires (REX n° 11) a conduit un audit organisationnel et de compétences qui a été le prélude à la mise en place d'un pôle RH conjoint avec un autre établissement et à des recrutements mutualisés. La fondation Gourlet Bontemps (REX n° 5) a confié à un ergonome un audit initialement orienté vers une amélioration de la qualité de vie au travail dans un contexte de réaménagement des locaux qui allait requérir des changements organisationnels.</i> |
| Faire émerger les compétences non valorisées | <i>L'EHPAD Sévilleano (REX n° 15) a mis en place un système de référence afin de valoriser les compétences des intervenants professionnels intervenant au sein de l'EHPAD et de s'appuyer sur leurs compétences pour les responsabiliser.</i> |

Chapitre 4 Principales démarches de transformation Fiche 5

Fiche 5 : développer les compétences internes de l'EHPAD et s'appuyer sur des ressources cibles

Les plans de formation doivent être conçus « sur mesure », c'est-à-dire :

- ▶ adaptés aux particularités de chaque métier (par exemple, une formation à la bientraitance adaptée pour des IDE, des aides-soignants et non pas une formation générique risquant d'être un peu « hors sol »);
- ▶ déployés dans une logique d'accompagnement du changement pour lever des résistances identifiées à l'avance, en s'appuyant sur des leaders et orientés vers des améliorations observables de l'accompagnement pour faire des adeptes;
- ▶ étalés dans le temps pour être compatibles avec la disponibilité des équipes et prolongés de rappels réguliers.

On veillera à articuler les actions de formation avec différentes actions complémentaires : audits organisationnels, diagnostics des compétences préalables, périodes d'immersions dans d'autres établissements, formations techniques à l'utilisation d'outils visant à la professionnalisation, identification ou recrutement de professionnels pouvant intervenir comme référents pour la montée en compétences des personnels et en appui à la mise en place des nouvelles pratiques professionnelles.

5.3.2 S'adjoindre des compétences spécifiques

à l'EHPAD via des rapprochements avec d'autres établissements. En cas de besoin d'une compétence rare, il apparaît fréquemment nécessaire de recruter, ce qui peut s'avérer difficile lorsque l'EHPAD est en forte concurrence avec d'autres employeurs ou qu'il n'est pas en mesure d'offrir un poste attractif à temps plein. Un rapprochement avec un autre établissement permet alors de mutualiser certaines fonctions comme :

- ▶ des métiers d'encadrement, administratifs ou fonctions supports : conseiller en économie sociale et familiale, assistante sociale, juriste, contrôleur de gestion, logisticien, qualitatifien... ;
- ▶ des fonctions et métiers d'accompagnement et de soins: ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, IDE de pratique avancée, éducateur APA.

| Types d'actions mises en place | Illustrations |
|--|---|
| Mutualiser des compétences entre plusieurs EHPAD pour répondre à des besoins en soins croissants de certains résidents | L'EHPAD du Laurier Noble (REX n° 8) a mutualisé de nombreux postes avec une maison d'accueil spécialisée voisine qui accueillait déjà des personnes handicapées vieillissantes. Cela a permis de répondre à des besoins de résidents atteints de troubles psychiques. |
| Mutualiser les fonctions de direction, d'encadrement et autres fonctions support | L'EHPAD des Mille Sourires (REX n° 11) présente un projet de mutualisation de diverses fonctions d'encadrement et fonctions support en appui à la mise en place d'une Direction commune entre deux établissements. |

Lorsque la mutualisation concerne de nombreuses fonctions supports ou des métiers intervenant dans l'accompagnement des résidents, il s'avère souvent nécessaire de mutualiser également les fonctions d'encadrement pour veiller à la bonne organisation des temps de travail et des modalités d'intervention entre les établissements concernés. La mise en place d'une Direction commune peut s'avérer particulièrement facilitatrice pour impulser ces changements. Il est aussi important d'anticiper avec les autorités de tarification et de contrôle le fonctionnement avec des postes mutualisés, notamment ceux des fonctions de Direction et d'encadrement. Ce type de rapprochement s'avère plus aisé si les structures sont rattachées à un même organisme gestionnaire.

Par ailleurs, il peut être utile de faire connaître les nouvelles compétences de l'EHPAD en matière d'accompagnement des publics concernés auprès des acteurs du territoire. Cela permet de revaloriser le rôle de l'EHPAD dans la prise en charge et de renforcer les liens avec les partenaires désireux de trouver des structures compétentes pour l'accueil de certains publics âgés spécifiques.

5.3.3 S'appuyer sur des binômes pour déployer de nouvelles modalités de travail

La réponse à l'émergence de nouveaux besoins d'accompagnement des publics ou d'encadrement des équipes peut aussi passer par la création de nouvelles fonctions qui se situent à l'intersection entre différentes compétences. Elle pourra prendre la forme de binômes ou d'un accompagnement au tutorat et devra souvent s'accompagner d'adaptations organisationnelles.

| Type d'actions mises en place | Illustration |
|-------------------------------|---|
| Mise en place de binômes | <p>L'EHPAD Arc-en-Ciel (REX n° 1) a mis en place un binôme infirmière coordinatrice et aide-soignante coordinatrice qui permet une nouvelle répartition des tâches entre deux fonctions d'encadrement.</p> <p>L'EHPAD Le Laurier Noble (REX n° 8) a mis en place un binôme entre la psychologue clinicienne de l'EHPAD et la neuropsychologue d'une MAS, dont les compétences sont très complémentaires et bénéficient aux deux établissements.</p> <p>Ailleurs, des binômes sont mis en place pour réaliser certaines fonctions ou couvrir des fonctions demandant des compétences croisées, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Binôme psychomotricien et ergothérapeute pour répondre aux besoins d'accompagnement de résidents en unités protégées et faciliter un transfert de compétences auprès des équipes; • Binôme entre personnel administratif et responsables hôteliers pour la conception des menus des résidents. |

12 - Cf. Article L313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles pour en savoir plus sur le système d'autorisation et les exceptions à la procédure d'appel à projet.

Chapitre 4

Principales démarches de transformation

Fiche 5

Les conventions collectives évoluent souvent plus lentement que les organisations. Il faudra s'assurer que les personnes qui assureront de nouvelles fonctions acceptent que cette charge nouvelle ne fasse pas immédiatement l'objet d'une revalorisation salariale en fonction des conventions collectives.

Pour lever des résistances initiales au sein des équipes lors de l'introduction de nouvelles fonctions ou compétences externes, il est utile d'informer clairement les personnels sur les bénéfices attendus en termes d'amélioration de l'accompagnement des résidents et par ricochet de la qualité de vie au travail des équipes.

Par ailleurs, obtenir un appui institutionnel des autorités de tarification et de contrôle peut aussi être précieux pour sécuriser ces nouvelles fonctions et faciliter les recrutements sur des postes qui pourraient être jugés « à risque » par certains candidats. Les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) peuvent aussi permettre de valoriser et d'inscrire de nouveaux métiers qui ne seraient pas prévus par la convention collective.

5.3.4 S'appuyer sur les ressources du territoire

Lorsque certains besoins spécifiques sont exprimés par les résidents, le recours à une compétence adaptée et sa bonne

intégration dans le fonctionnement de l'EHPAD sont nécessaires. La compétence requise pour répondre aux besoins d'accompagnement suppose de renforcer la coopération pluri professionnelle autour de la personne accompagnée en appui des équipes des EHPAD et des partenaires extérieurs. L'EHPAD n'a pas vocation à internaliser ou mutualiser de manière systématique toutes les ressources. Plus simplement, il peut aller chercher les bonnes compétences auprès des bons partenaires du territoire.

Pour inventorier l'ensemble des dispositifs de droit commun auquel il peut recourir sur son territoire, l'EHPAD pourra se référer au répertoire opérationnel des ressources locales (s'il existe) ou investir des instances de gouvernance territoriale pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, conseil d'administration d'un dispositif d'appui à la coordination, etc.

Lors d'un éventuel conventionnement, il convient de préciser non seulement les modalités de sollicitation et d'intervention du dispositif spécialisé concerné mais aussi de prévoir comment les équipes qui le portent peuvent contribuer à des transferts de compétences auprès des équipes de l'EHPAD (ex: organisation d'un stage avec quelques études de cas).

45

| Types d'actions mises en place | Illustrations |
|---|---|
| <p>Déployer des modalités d'accompagnement pluridisciplinaire, en appui sur la mutualisation de ressources entre établissements et partenaires locaux</p> | <p><i>Le Logis de Camille (REX n° 10) met en avant une expérience qui permet de mutualiser des fonctions entre un EHPAD et une Petite Unité de Vie dans une logique de gradation du parcours des publics accompagnés au sein des deux structures.</i></p> <p><i>En s'ouvrant sur son environnement direct par la mise en place de partenariats locaux, l'EHPAD de L'Orée des Pins (REX n° 12) permet de faire entrer diverses compétences au sein de l'établissement, notamment pour des activités d'animation originales qui contribuent à renouveler l'accompagnement des publics.</i></p> |
| <p>S'appuyer sur des ressources externes à l'EHPAD, notamment médicales et paramédicales</p> | <p><i>Les EHPAD peuvent aussi s'appuyer sur l'ensemble des ressources et dispositifs à leur disposition sur leur territoire d'implantation en s'inscrivant dans des appels à projets ou en passant des conventions avec des partenaires. On peut citer à titre d'exemples :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• Dispositifs de type « équipes mobiles » : équipes mobiles gériatriques, psychogériatriques, oncogériatriques, équipes mobiles soins palliatifs qui peuvent être rattachées à un établissement mais aussi à des réseaux de santé ou participer à un Dispositif d'Appui à la Coordination (DAc).</i> <i>• Projets de télé-médecine : ils peuvent être portés par des centres hospitaliers, hôpitaux locaux mais de plus en plus des maisons de santé pluriprofessionnelles. Les projets peuvent être centrés sur des pathologies (cardiologie, rhumatologie, etc.) ou des publics (les personnes âgées) et couvrir des besoins de télé-expertise (pour un avis médical) ou de télé-consultation (en présence du résident concerné).</i> |



6^{es} rencontres
cnsa
recherche &
innovation

Communiqué de presse

6 juillet 2021

6^{es} Rencontres recherche & innovation de la CNSA : l'éclairage des chercheurs et des experts sur le virage domiciliaire

Pour la 6^{ème} édition de ses Rencontres, « Vivre à domicile : des conditions à (re)penser ? Âge, handicap et autonomie », la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a réuni 24 intervenants - chercheurs en sciences humaines et sociales, experts en santé public, personnalités qualifiées et représentants institutionnels - autour des enjeux du vivre à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées. Alors que la politique domiciliaire a été mise en exergue avec la crise sanitaire et que le virage domiciliaire est au cœur de l'agenda des politiques de soutien à l'autonomie, les échanges et les débats ont particulièrement raisonnés avec l'actualité.

Ouverte par Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargée de l'Autonomie et Sophie Cluzel, secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées, cette 6^e édition a mis en lumière l'importance de placer les personnes en situation de handicap et les personnes âgées au centre des réflexions et des politiques de l'autonomie en favorisant notamment la co-construction de leur projet de vie.

« L'idée n'est pas de savoir si la réponse imaginée va convenir à la personne, mais de partir de ses aspirations pour lui proposer une réponse personnalisée qui va amener l'organisation du système à s'adapter », a rappelé Marie-Anne Montchamp, présidente du conseil de la CNSA.

La question du domicile a été traitée dans toute sa complexité par les intervenants, sans en dissimuler ni les tensions, entre liberté et sécurité, intimité et besoins en aide humaine, ni les défis, matériels, organisationnels, ainsi que de revalorisation des métiers du domicile. Ils ont rappelé que les enjeux du « bien vivre chez soi » impliquent une action intense et coordonnée des acteurs du médico-social, des associations, des professionnels et des proches aidants pour qui le rôle et la place sont à repenser. Ce partage entre expérience et expertise pourrait favoriser le décloisonnement des types d'hébergement dont les modalités peuvent encore être très normalisées dans notre pays. L'idée défendue par nombre d'intervenants est qu'une partie de la solution réside dans la construction d'un meilleur tissu social entre le domicile et la cité.

La séquence internationale de la journée a permis de comparer le système français d'accompagnement au domicile des personnes âgées et en situation de handicap avec celui de pays aux politiques publiques domiciliaires volontaristes, tels que l'Allemagne, la Suisse ou le Japon.

Pour la première fois depuis leur création, les Rencontres étaient organisées en 100% digital. Cette année encore, elles ont remporté un vif succès. Plus de 1000 personnes ont participé à l'événement ce 6 juillet.

Les séquences de cette journée sont disponibles en replay sur la chaîne YouTube de la CNSA.

À propos de la CNSA

Créée en 2004, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) gère la branche autonomie de la Sécurité sociale depuis le 1^{er} janvier 2021. Elle devient ainsi le pendant de l'Assurance maladie, de l'Assurance retraite ou encore de la Caisse nationale d'allocations familiales. Elle soutient l'autonomie des personnes âgées et personnes handicapées en contribuant au financement des aides individuelles versées aux personnes, ainsi qu'au financement des établissements et des services qui les accompagnent, en veillant à l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire national.

À ce titre, elle pilote le réseau des acteurs locaux de l'autonomie (maisons départementales des personnes handicapées, conseils départementaux et agences régionales de santé) et leur propose un appui technique. Elle participe à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants grâce aux sites www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr et www.monparcourshandicap.gouv.fr. Enfin, elle contribue à la recherche, à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie, et à la réflexion sur les politiques de l'autonomie. En 2021, la CNSA consacre plus de 31 milliards d'euros à l'aide à l'autonomie des personnes âgées ou handicapées.

Contact presse

Aurore Anotin – CNSA

Tél. : 01 53 91 21 75

aurore.anotin@cnsa.fr

#RencontresCNSA

Aide à domicile

La France s'inspire des Pays-Bas pour repenser l'aide et les soins à domicile

Publié le 16/02/18 - 18h07

En dix ans, le modèle Buurtzorg a pris une ampleur considérable aux Pays-Bas. Ce modèle mise sur l'autonomie des intervenants à domicile, organisés en communauté. La démarche commence à essaimer en France. L'association Soignons humain, la start-up Alenvi ou Eurasanté s'en sont notamment saisis pour innover dans le secteur de l'aide à domicile.

"Nous sommes plus que persuadés que le modèle peut prendre de l'ampleur." Guillaume Desnoës est cofondateur de la start-up Alenvi qui développe en France un nouveau modèle d'organisation de l'aide à domicile, à l'image de Buurtzorg qui s'est imposé aux Pays-Bas. Les besoins sont *"partout"* et sont *"tellement colossaux"*, ajoute-t-il. *"C'est exactement ce qui s'est passé avec Buurtzorg"* qui s'est déployé dans un contexte de *"ras-le-bol énorme"*. En l'espace de dix ans, les infirmiers libéraux néerlandais sont allés *"en masse"* vers ce nouveau modèle et les *"usagers ont suivi"*, souligne Guillaume Desnoës. En une décennie, près de 10 000 professionnels l'ont rejoint.

Buurtzorg, qui veut dire *"soins de quartier"* en néerlandais, fait de plus en plus parler de lui dans l'Hexagone. Associations, réseaux ou entreprises, plusieurs acteurs ont étudié cette organisation et y voient une solution aux grandes difficultés du secteur de l'aide à domicile. C'est en tout cas la vision d'Alenvi, créée il y a dix-huit mois par Guillaume Desnoës, Clément Saint Olive et Thibault De Saint Blancard. Les trois entrepreneurs sont partis d'un constat. Celui de la précarité des emplois, dutemps partiel subi et d'un système pyramidal. Après avoir étudié Buurtzorg ils ont conçu leur propre modèle, qui propose à chaque auxiliaire de vie de l'entreprise un contrat à durée indéterminée à temps plein, avec une rémunération *"12% supérieure à la convention collective des services à la personne"*, poursuit Guillaume Desnoës.

Des communautés autonomes

Le concept d'Alenvi repose, comme aux Pays-Bas, sur le principe de communauté autonome de dix intervenants à domicile. Recrutements, prospection, plannings, tout est autogéré, sans management intermédiaire. *"75% du temps payé est dédié à l'accompagnement des personnes âgées"*, précise le cofondateur. Le temps restant est alors consacré à la communauté.

Financièrement, la start-up fonctionne comme n'importe quel service prestataire, en facturant des heures d'intervention, et propose des tarifs modulables en fonction du revenu des bénéficiaires. *"Aujourd'hui le système fonctionne, on génère de la marge brute, nous n'avons pas de problème de soutenabilité économique"*, lance Guillaume Desnoës. La démarche repose enfin sur la formation des auxiliaires de vie, notamment pour le travail en collaboration, et sur Pigi, un assistant virtuel.

“

"Globalement nous sommes bluffés par la capacité d'autonomie des personnes recrutées." Guillaume Desnoës, cofondateur d'Alenvi

Aujourd'hui, cinq communautés sont implantées en Île-de-France. *"À terme, on vise 500 communautés à sept ans sur toute la France"*, annonce le cofondateur d'Alenvi. Les porteurs de ce modèle en France auront aussi des *"actions de lobbying à mener, assure-t-il, pour que l'État voit que c'est un modèle vertueux"*. La start-up collabore *"très régulièrement"* avec les autres organisations qui souhaitent importer le modèle néerlandais. Une sorte de *"collectif informel"* s'est d'ailleurs formé, dont l'association Soignons humain *"est un peu le chef de file"*, explique Guillaume Desnoës. *"Nous ne sommes pas dans une logique de concurrence"*. L'association Soignons humain veut elle aussi promouvoir un nouveau modèle d'organisation dans les soins et l'accompagnement à domicile. Elle propose alors un accompagnement aux professionnels du secteur, inspiré très fortement de Buurtzorg (lire notre article).

Un cadre plus stable pour les auxiliaires de vie

La start-up Alenvi a missionné le cabinet Haatch pour réaliser une étude sur l'impact social de ce modèle. L'entreprise de l'économie sociale et solidaire met alors en avant le "cadre de travail plus stable et plus valorisant pour les auxiliaires ou encore un développement professionnel via la participation à une formation continue". L'étude prévoit également une "nette amélioration du bien-être" des usagers ou encore "un impact positif sur la santé des personnes âgées".

Étudier les conditions de réplification du modèle

Le groupement d'intérêt économique Eurasanté s'intéresse lui aussi à la réussite néerlandaise en tant que membre d'Interreg Deux Mers, programme de coopération territoriale européenne qui couvre l'Angleterre, la France, les Pays-Bas et la Belgique (Flandres). C'est dans ce cadre que le projet TICC (pour *transforming integrated care in the community*) a vu le jour, avec pour objectif d'étudier les conditions de réplification de Buurtzorg dans les pays partenaires. Étudier les clés de succès et les barrières du modèle et l'adapter à la politique et à la réglementation de chaque pays, tels sont les enjeux, précisent Hélène Bruyère et François Sihrener, respectivement chef de projet innovation et entrepreneuriat et chargé de projet européen à Eurasanté.

"Je pense que dans un premier temps cela deviendra un modèle complémentaire mais je parie que cela se développera assez rapidement."

François Sihrener, chef de projet pour Eurasanté

"À l'échelle du projet, quatorze partenaires sont impliqués pour un budget total d'environ 7 millions d'euros", précise ce dernier. Lancé officiellement en septembre 2017, il doit durer quatre ans. La première étape consistera à appréhender le modèle, avant d'entamer "une traduction plus concrète", poursuit François Sihrener. Un plan de développement sera alors construit, sorte de mode d'emploi pour tous les professionnels qui voudraient se saisir de la démarche Buurtzorg. La dernière étape sera enfin consacrée à la mise en place de sites pilotes pour expérimenter le modèle "afin de démontrer son efficacité, de prouver dans l'idéal une meilleure satisfaction des professionnels et des usagers", souligne Hélène Bruyère.

En France, plusieurs acteurs sont impliqués dans la démarche, tels que La Vie active, Vivat, le Groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille (GHICL) ou encore Soignons humain. Les expérimentations devraient alors permettre une "confrontation avec la réalité de terrain", poursuit Hélène Bruyère. Eurasanté partage la vision d'Alenvi, "nous allons vers le contexte qui a généré Buurtzorg aux Pays-Bas il y a dix ans", estime François Sihrener. Et "les chiffres montrent que cela marche, les professionnels et patients sont beaucoup plus satisfaits", ajoute Hélène Bruyère. Cela répond à un vrai besoin qui commence à se faire sentir dans les autres pays".

Cécile Rabeux

**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE****Légifrance**

Le service public de la diffusion du droit

*Liberté
Égalité
Fraternité***LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 (1)**

NOR : ECOX2126627L

ELI : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2021/12/23/ECOX2126627L/jo/article_47 Alias :
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2021/12/23/2021-1754/jo/article_47 JORF n°0299 du 24 décembre 2021

Texte n° 1

Version initiale**Article 47**

Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° La section 3 du chapitre III du titre Ier du livre III est complétée par un article L. 313-12-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-12-3.-Les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 peuvent assurer, dans des conditions fixées par voie réglementaire et en garantissant l'équité territoriale entre les départements, une mission de centre de ressources territorial. Ils proposent dans ce cadre, en lien avec d'autres professionnels des secteurs sanitaire et médico-social du territoire chargés du parcours gériatrique des personnes âgées, des actions visant à :

« 1° Aider les professionnels du territoire intervenant auprès des personnes âgées, notamment afin de les soutenir dans l'exercice de leurs missions, d'organiser des formations, de mettre les ressources humaines et les plateaux techniques de l'établissement à leur disposition ou de mettre en œuvre des dispositifs de télésanté leur permettant de répondre aux besoins ou d'améliorer le suivi des patients résidant dans l'établissement dès lors que la présence physique d'un professionnel médical n'est pas possible ;

« 2° Accompagner, en articulation avec les services à domicile, les personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement ou les aidants, afin d'améliorer la cohérence de leur parcours de santé et de leur parcours vaccinal, de prévenir leur perte d'autonomie physique, cognitive ou sociale et de favoriser leur vie à domicile. A ce titre, ils peuvent proposer une offre d'accompagnement renforcé au domicile, incluant des dispositifs de télésanté.

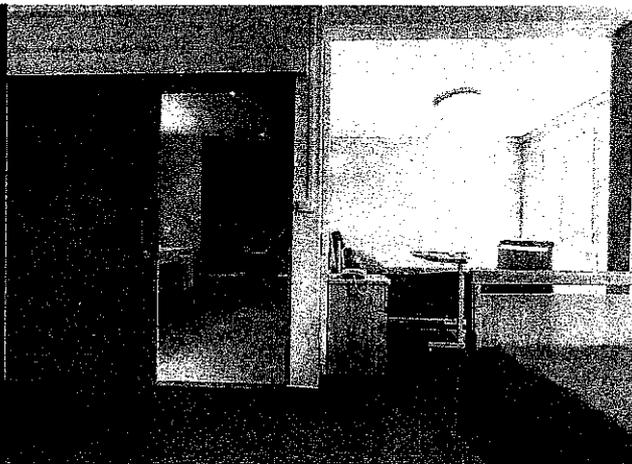
« Lorsqu'ils ont une mission de centre de ressources territorial, les établissements reçoivent les financements complémentaires mentionnés à l'article L. 314-2. » ;

2° A la deuxième phrase du 1° du I de l'article L. 314-2, après le mot : « particulières », sont insérés les mots : « ou à la mission de centre de ressources territorial mentionnée à l'article L. 313-12-3 ».

RAPPORT D'INFORMATION

LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES EN EHPAD : UN NOUVEAU MODÈLE À CONSTRUIRE

Réunie le mercredi 23 février 2022, sous la présidence de Catherine Deroche, la commission des affaires sociales a entendu les conclusions de l'enquête commandée à la Cour des comptes sur la prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad. Ce travail constitue la première étape du travail de la commission d'enquête sur le contrôle des Ehpad mise en place par le Sénat.



1. UN ÉTAT DES LIEUX QUI NE PEUT LAISSER LES AUTORITÉS SANS RÉACTION

A. LA SANTÉ DES RÉSIDENTS SE DÉGRADE

En France, 600 000 personnes âgées dépendantes résident désormais dans les Ehpad, soit 15 % des plus de 80 ans, dont la grande majorité vit toujours à domicile. L'état de santé et le degré de dépendance de ces personnes sont tels que le maintien à domicile n'est plus possible pour elles.



La moitié des résidents en Ehpad est désormais très dépendante



Un tiers des résidents ont plus de 90 ans

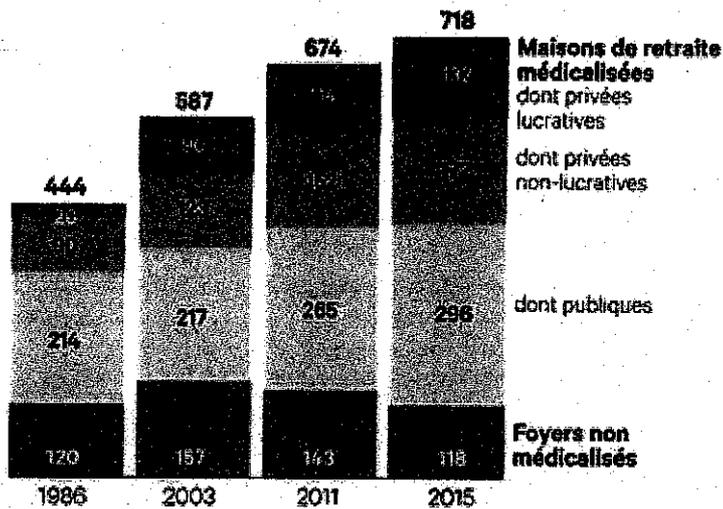
Plus de 57 % des résidents en Ehpad souffrent d'une maladie neurodégénérative, et 12 % présentent des troubles du comportement. Il est donc normal, au vu de ces éléments, que les besoins en soins médicaux évoluent à la fois quantitativement et qualitativement. L'âge moyen d'entrée en Ehpad est proche de 86 ans, pour une durée moyenne de séjour de 2,5 années en 2015. L'Ehpad est le dernier lieu de vie d'un quart des personnes décédées.



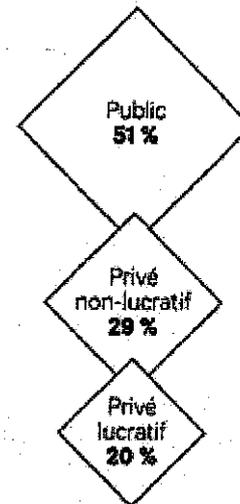
B. LES BESOINS EN PLACE DEMEURENT

Entre 2007 et 2020, les places permanentes en Ehpad ont augmenté de 67 %. Cette croissance spectaculaire demeure néanmoins insuffisante au regard des besoins estimés. En 2030, 21 millions de seniors de 60 ans et plus vivront en France, 3 millions de plus qu'en 2019. Pour répondre aux besoins, et eu égard aux conditions actuelles, le rythme des ouvertures de places devra doubler.

Le boom des maisons de retraite privées en France
En milliers de places



Les parts de marché
En 2020



2. AGIR SUR L'ORGANISATION INTERNE DES EHPAD

A. ORGANISATION INTERNE ET ATTRACTIVITÉ DES EHPAD

L'amélioration de la qualité de la prise en charge passe par une organisation plus efficace au sein des établissements. L'organisation des cycles de travail est fondamentale. Une continuité mal pensée de l'accompagnement peut se faire au détriment du personnel et donc du résident.

Face aux difficultés de recrutement, l'action sur l'organisation doit contribuer à rétablir l'attractivité du secteur.

Le développement de référentiels permettant d'établir le niveau d'effectif nécessaire pour garantir l'accompagnement du résident est une proposition novatrice faite par la Cour. Sur le modèle de la réglementation relative à l'accueil des jeunes enfants, des ratios de nombre maximum de résidents à prendre en charge par chaque professionnel de soin qualifié pourraient être élaborés. La Cour considère que ce référentiel est de nature à agir sur la qualité du service et sur l'attractivité du secteur pour les professionnels. Des réflexions identiques sont en cours chez certains de nos voisins européens (Danemark, Suède) tandis que l'Allemagne est le seul parmi les pays étudiés par la Cour, à avoir mis en œuvre des taux d'encadrement opposables.

B. BONNES PRATIQUES, CERTIFICATION ET PUBLICITÉ DES INDICATEURS

Dans un souci de développement d'un pilotage par la qualité, la Cour des comptes propose de déployer des actions visant à améliorer la prise en charge des résidents et l'information des familles.

Le développement des bonnes pratiques vise à s'assurer de la capacité de réaction des personnels des Ehpad face à un certain nombre de situations (prévention des chutes, prévention des escarres, de réponses aux situations de dénutrition).

Cette démarche peut être accompagnée par la Haute autorité de santé qui est par ailleurs chargée de la certification des établissements. Cette procédure doit permettre aux établissements de s'inscrire dans une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements.

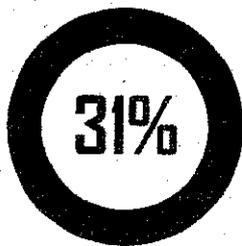
La Cour des comptes suggère en outre de compléter ce dispositif d'amélioration de la mesure de la qualité par une plus grande transparence sur les indicateurs. Un échantillon d'indicateurs devrait donc être rendu public afin de mesurer l'évolution de la qualité et d'informer les familles.

Le rapport Libault (2019) suggérait de recourir à un pilotage par la qualité

Le développement d'un pilotage par la qualité est un des enjeux majeurs pour les années à venir. Cette démarche doit s'appuyer sur les référentiels et la certification élaborés sous l'égide de la Haute autorité de santé et sur la publicité d'un certain nombre d'indicateurs. Un écueil est à éviter : la gestion de la qualité ne doit éloigner les personnels du soin à apporter aux résidents.

3. RÉNOVER LES MODES DE FINANCEMENT

Les modalités de financement qui ne sont plus en adéquation avec les objectifs de prise en charge des résidents doivent évoluer afin d'inciter les établissements à une démarche qualité.



Le volume global de dépenses destinées aux sections Soins et Dépendance dépasse les 14 milliards d'euros à la suite des mesures prises conformément au Ségur de la santé

C'est une croissance de 31 % par rapport à 2011, presque trois fois plus rapide que celle du produit intérieur brut (PIB) sur cette période.

A. INCITER À UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE

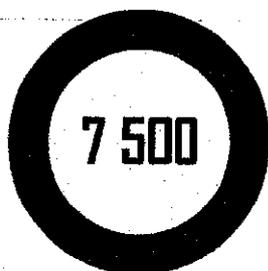
Les modalités de financement destinées à favoriser la prise en charge des besoins d'accompagnement des résidents doivent être révisées. Cette évolution doit encourager le développement des prestations particulières telles que les unités d'hébergement renforcées (UHR), les pôles de soins adaptées (Pasa) ou les unités de vie protégées, autant de structures dont la mise en place apporte une réponse à l'évolution de l'état de santé des résidents. Ce développement, point nodal de la prise en charge de maladies neurodégénératives, est aujourd'hui trop lent.

B. DÉVELOPPER LA PRÉVENTION

Les règles de financement ne permettent pas aux établissements d'investir davantage dans la prévention. À ce titre, la Cour propose que les modalités de financement tiennent davantage compte des besoins liés à la prise en charge des troubles cognitifs et que certaines dotations soient conditionnées à des indicateurs relatifs au déploiement d'actions de prévention. Elle préconise notamment, par le biais d'une réforme des ordonnances Pathos, de mieux valoriser la prévention, les thérapies non médicamenteuses et le suivi de l'évolution des pathologies. Enfin, elle considère que le modèle de financement devrait faire une place plus grande aux dotations pluriannuelles plus favorables aux objectifs d'amélioration de la qualité ou d'accueil des populations en situation de précarité ou de handicap.

4. RENFORCER LES CONTRÔLES ET RÉNOVER L'EXERCICE DE LA TUTELLE

La question des contrôles est au cœur de l'actualité et la Cour ne l'esquive pas. La question est d'ailleurs étendue au-delà du seul contrôle pour évoquer la problématique de l'exercice de la tutelle et du pilotage du secteur. La Cour estime que les autorités de tarification et de contrôle peinent à faire face à leurs missions d'organisation de l'offre, de financement et de contrôle.



Ehpad

5 à 10 contrôles par an
et par département

Les missions d'inspection-contrôle menées par les autorités de tutelle ne permettent pas d'assurer une surveillance minimale standardisée. Un Ehpad se fait contrôler en moyenne tous les 20 à 30 ans.

Point d'attention particulière, les autorités sanitaires ne disposent que d'un pouvoir de contrôle partiel sur les flux de la section hébergement qui représente entre 45 % et 68 % des recettes perçues par les établissements. Un renforcement des informations que les établissements doivent communiquer sur l'utilisation de ces recettes et une modification législative afin de permettre aux juridictions financières de contrôler ces flux financiers sont nécessaires.

Examinant d'autres volets de la tutelle exercée par les autorités tarifaires, la Cour porte une appréciation nuancée sur l'efficacité des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), présentés comme un « levier de performance » pour les Ehpad et observe que cette contractualisation n'a pas produit l'effet escompté pour décliner les orientations de la politique publique et établir des objectifs stratégiques pluriannuels pour les Ehpad.

Les travaux récents de la commission des affaires sociales du Sénat sur l'autonomie

Services de soins à domicile : une offre à développer, une stratégie à bâtir. Rapport d'information de M. Philippe MOUILLER, fait au nom de la commission des affaires sociales n° 382 (2021-2022) - 24 janvier 2022, <https://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-382-notice.html>.

Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi ! Rapport d'information de M. Bernard BONNE et Mme Michelle MEUNIER, fait au nom de la commission des affaires sociales n° 453 (2020-2021) - 17 mars 2021, <http://www.senat.fr/notice-rapport/2020/r20-453-notice.html>.

Diminuer le reste à charge des personnes âgées dépendantes : c'est possible ! Rapport d'information de M. Bernard BONNE et Mme Michelle MEUNIER, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, n° 428 (2018-2019) - 3 avril 2019, <http://www.senat.fr/notice-rapport/2018/r18-428-notice.html>.

Ehpad : quels remèdes ? Rapport d'information de M. Bernard BONNE, fait au nom de la commission des affaires sociales n° 341 (2017-2018) - 7 mars 2018, <http://www.senat.fr/notice-rapport/2017/r17-341-notice.html>.



Catherine Deroche
Sénatrice (LR) de
Maine-et-Loire
Présidente



Bernard Bonne
Sénateur (LR) de la Loire
Rapporteur



Michelle Meunier
Sénatrice (SER) de
la Loire-Atlantique
Rapporteure

Consulter le rapport d'information : <http://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-536-notice.html>

L'Ehpad centre de ressources se dessine dans un projet de cahier des charges

Publié le 14/03/22 - 17h29

Inscrite dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale, la nouvelle mission de centre de ressources confiée aux Ehpad se précise dans un projet de cahier des charges. Le secteur de l'aide à domicile dénonce un manque de considération et réclame l'ouverture du dispositif pour y inclure dès à présent les services.

Les missions des futurs Ehpad centres de ressources territoriaux se précisent. Le projet de cahier des charges — dont *Hospimedia* a obtenu copie et qui fera l'objet d'une publication par arrêté — dévoile les deux volets de cette nouvelle organisation facultative. Celle-ci vise à positionner l'Ehpad "somme un facilitateur du parcours de santé", en proposant un accompagnement renforcé des personnes âgées à domicile et en venant en appui aux professionnels du territoire. D'ores et déjà ce projet de texte provoque la colère des représentants du secteur de l'aide à domicile, non concertés pour l'élaboration de ce cadre, qui fustigent un manque de considération.

Selon le projet de texte, les Ehpad volontaires seront sélectionnés via une procédure d'appel à candidatures, portée par les ARS, en lien avec les conseils départementaux. Le cahier des charges en construction pose aussi plusieurs critères d'éligibilité et d'inéligibilité. Les structures de 80 places semblent ainsi les plus indiquées pour assurer ces nouvelles missions, de même que les Ehpad ayant déjà développé de l'accueil séquentiel et ayant un temps de médecin coordonnateur d'au moins 0,4 équivalent temps plein (ETP). À l'inverse, les projets ne comportant pas les deux modalités d'intervention ou les structures dont moins de la moitié des places sont habilitées à l'aide sociale ne devraient pas être retenus.

Un Ehpad "pivot de l'offre gérontologique"

Les Ehpad concentrent "de nombreuses compétences et ressources gérontologiques", rappelle le projet de cahier des charges. Néanmoins cette expertise ne bénéficie quasiment qu'aux résidents de ces établissements. "La crise sanitaire a fait apparaître, de manière plus forte qu'avant l'épidémie de Covid-19, le besoin de décroisement de l'Ehpad. Ainsi, la mission de centre de ressources territorial comporte Un volet dans Ses murs." Celui-ci doit bénéficier aux personnes âgées du territoire et à leurs aidants mais aussi aux professionnels intervenant auprès de ces personnes.

Les personnes âgées pourraient ainsi avoir accès aux activités et ressources de l'établissement ainsi qu'aux professionnels de santé. Le cahier des charges liste par exemple les prestations de télésanté, l'accès à des consultations avancées spécialisées, le dépistage des fragilités par des infirmiers, des ateliers de prévention des chutes ou l'organisation de campagnes de vaccination. Quant aux professionnels, ils pourraient bénéficier de formations et profiter des locaux ou plateaux techniques. La liste n'est pas exhaustive et les Ehpad identifiés comme centres de ressources ne seront pas tenus de mettre en œuvre l'ensemble de ces actions. En revanche, ils devront impérativement agir sur trois champs : l'accès aux soins et à la prévention des personnes âgées ; la lutte contre l'isolement ; l'amélioration des pratiques professionnelles et de la qualité de l'accompagnement.

Un interlocuteur unique

Le volet hors les murs de l'Ehpad centre de ressources territorial s'inspire de l'expérimentation de dispositif renforcé d'accompagnement à domicile (Drad, lire nos articles ici et là). L'enjeu, précise le projet de texte, est de proposer une solution aux personnes âgées en perte d'autonomie (Gir 1 à 4), souhaitant rester chez elles mais pour lesquelles un accompagnement classique des services à domicile n'est plus suffisant. Cette offre alternative à l'Ehpad, dans une logique de paniers de services, suppose que l'établissement porteur s'associe au moins à un service d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) et à un service de soins infirmiers à domicile (Ssiad).

"Sans faire "à la place de" mais en complémentarité avec les autres acteurs intervenant auprès de la personne, des prestations d'accompagnement renforcé [...] Seront proposées", précise le projet de texte. Ainsi, les pouvoirs publics dessinent un dispositif incluant des prestations similaires à celles d'un Ehpad, grâce à une coordination de l'offre de soins et d'accompagnement de proximité. Une équipe dédiée "est chargée

essentiellement de coordonner les interventions nécessaires au maintien à domicile". L'accompagnement permet par ailleurs aux bénéficiaires de s'adresser à un interlocuteur unique. Selon la version de travail du cahier des charges, les prestations qui composent l'offre renforcée recouvrent principalement : la sécurisation de l'environnement ; la gestion des situations de crise et le soutien des aidants ; la coordination renforcée autour de la personne ; la continuité du projet de vie et la lutte contre l'isolement.

400 000 € par Ehpad

Pour mener à bien l'ensemble de ces missions, le cahier des charges fixe pour le moment une enveloppe annuelle de financement de 400 000 euros (€) par établissement. Cette dotation serait fongible entre les deux volets. Elle doit toutefois permettre de réaliser le socle de prestations du volet 1 et de solvabiliser un accompagnement renforcé à domicile pour trente personnes minimum, à hauteur de 900 € par mois et par bénéficiaire. La fiche d'impact, dont Hospimedia a obtenu copie, évalue à 20 millions d'euros (M€) le coût de cette réforme pour 2022, intégralement à la charge de la branche autonomie. Ces crédits devraient être progressivement augmentés pour atteindre 78 M€ en 2025. "À terme, cette enveloppe permettra de financer la nouvelle mission pour près de 200 Ehpad", soit une moyenne de deux structures par département. Le projet de cadre prévoit par ailleurs la réalisation d'une évaluation du développement de cette nouvelle mission par la Direction générale de la cohésion sociale, deux ans après le début de sa mise en œuvre, via la réalisation d'une enquête auprès des ARS.

« Nous ne demandons pas à être les Seuls coordinateurs du parcours des bénéficiaires, mais uniquement à être autorisés à candidater à ce rôle. Dit autrement, nous ne demandons rien d'autre que de la considération. » Extrait de la lettre ouverte

Extrait de la lettre ouverte

Le projet de cahier des charges indique que le cadre évoluera en 2023, une fois l'expérimentation Drad terminée. "Les précisions sur les modalités de portage de set accompagnement par les futurs services autonomie à domicile mixtes (aide et soins) seront données dans le cahier des charges afférent, à l'été 2023, précise le texte. Une répartition équilibrée de l'accompagnement renforcé devra être organisée entre les différents porteurs dans l'objectif, à terme, d'une couverture territoriale complète." Ce renvoi à une prochaine réforme et l'absence de concertation du secteur du domicile a soulevé la colère de la branche privée non lucrative. Dans une lettre ouverte adressée au Gouvernement, Adédom, l'ADMR, la Fnaafp-CSF et l'Una demandent, comme promis au secteur, l'ouverture du dispositif de centre de ressources aux services à domicile. Et ce, "dès à présent". À défaut, elles réclament la suspension de la parution de l'arrêté, dans l'attente du déploiement des services autonomie "afin de les inclure pleinement"

Pour les quatre fédérations, ce projet non concerté est une "humiliation infligée aux acteurs du domicile" qui relève d'une "négation" du savoir-faire du secteur. "Pire, avec cette nouvelle réglementation, nos missions nécessiteraient la tutelle systématique d'établissements dont le vieillissement à domicile n'est pas le cœur de métier." Dans une logique de réelle simplification, les représentants interpellent le Gouvernement pour qu'il reconnaisse l'expertise des acteurs du domicile. Cette mission de centre de ressources et de coordination doit être menée par les intervenants les plus compétents, estiment-ils. "Dans certains départements, se pourrait être des structures du domicile, dans d'autres des Ehpad qui ont acquis une compétence qui s'étend au-delà de leurs murs et, pourquoi pas un portage conjoint lorsque cela s'avère pertinent."

Cécile Rabeux

SOCIÉTÉ • DÉPENDANCE

Comment les pays d'Europe prennent en charge les personnes âgées dépendantes

Les plus de 70 ans représenteront 20,7 % de la population de l'UE en 2045. Vie communautaire, aides à domicile, solidarité... De l'Italie au Royaume-Uni, les choix politiques et sociétaux sont très divers.

Par Anne-Françoise Hivert (Malmö (Suède), correspondante régionale), Eric Albert (Londres, correspondance), Cécile Boutelet (Berlin, correspondance), Jérôme Gautheret (Rome, correspondant), Sandrine Morel (Madrid, correspondante) et Marie Charrel

Publié le 20 février 2022 à 05h13 - Mis à jour le 20 février 2022 à 11h37 - Lecture 12 min.

Article réservé aux abonnés



Une reproduction du tableau « La ronde de nuit » de Rembrandt, à la maison de retraite Sarphati House, à Amsterdam, le 20 juillet 2020. ROBIN VAN LONKHUIJSEN / AFP

Le scandale des maltraitances au sein des maisons de retraite d'Orpea secoue la France depuis plusieurs semaines déjà. Mais, au-delà des révélations sur les dysfonctionnements de ce groupe, le livre enquête *Les Fossoyeurs*, du journaliste Victor Castanet (Fayard, 400 pages, 22,90 euros), a également ravivé le débat sur la prise en charge de la dépendance dans notre pays. Et, en particulier, sur le modèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad) privés lucratifs, qui pèsent aujourd'hui un peu plus de 20 % des quelque 610 000 places recensées dans l'ensemble des

Ehpad tricolores.

Lire aussi | « Ce qui devrait surprendre, ce n'est pas le tumulte provoqué par les révélations sur Orpea, mais le silence assourdissant qui les a précédées »

Si toute l'Europe est confrontée au vieillissement de sa population – la part des plus de 70 ans y passera de 13,4 % à 20,7 % d'ici à 2045, selon les projections de l'Organisation des Nations unies –, nos voisins ont fait des choix politiques et sociétaux parfois très différents.

LA SUITE APRÈS CETTE PUBLICITÉ

Contrairement à la France, qui est l'un des pays où la proportion de personnes âgées en Ehpad est la plus élevée (8,8 % des 75 ans et plus), certains ont refusé d'ouvrir le secteur au privé, à l'exemple du Danemark. La crise due au Covid-19 a en outre exacerbé le problème du manque d'effectifs dans les maisons de retraite allemandes et finlandaises, tandis qu'en Italie les familles font massivement appel à des agences spécialisées pour recruter des *badanti*, ces aides qui permettent de maintenir les personnes âgées chez elles.

- **Dans les pays du Nord, priorité au maintien à domicile**

Dans un bâtiment de neuf étages, en brique rouge, dans le quartier de Kalasatama, dans le nord-est d'Helsinki, face à la mer, des seniors ont choisi de vivre en communauté. Ils se partagent soixante-trois appartements, de 38 m² à 77 m², achetés au prix du marché. Dans la résidence de Kotisatama (le « port d'attache », en finnois), chacun vit chez soi, mais de nombreuses activités sont organisées pour ceux qui souhaitent profiter des avantages de la vie en collectivité.

À l'origine de cet habitat communautaire, l'Association finlandaise des seniors actifs en a déjà bâti deux et recrute des candidats pour un troisième projet. L'objectif : offrir une autre possibilité, entre la maison de retraite et le logement privé où la solitude peut vite peser pour les personnes isolées, avec une aide à domicile.



Un résident et une travailleuse sociale préparent un repas dans la résidence pour personnes âgées de Plejecenter Skovehuset, à Hillerød (Danemark), le 22 mai 2019.
THIBAUT SAVARY / AFP

En matière de gestion du grand âge, les pays nordiques sont souvent donnés en modèle. Point commun : dans tous, la priorité est donnée aux soins à domicile afin de permettre aux personnes âgées de rester vivre le plus longtemps possible chez elles. En Finlande, comme en Suède ou au Danemark, l'aide à domicile est organisée au niveau des communes. En général, les prix sont indexés sur le niveau des pensions et plafonnés.

Ce sont aussi les services municipaux qui décident des placements en Ehpad, en fonction des besoins des personnes. Au Danemark, les maisons de retraite sont quasiment toutes publiques, tandis qu'en Suède environ 20 % des établissements sont privés. Le résident ne finance qu'une petite partie de son hébergement, en fonction de sa retraite. Le reste est pris en charge par la commune, qui octroie la même somme par résident aux Ehpad privés et publics.

En 2018, la Suède a consacré 2,4 % de son produit intérieur brut (PIB) à la prise en charge du grand âge, contre 2,3 % pour la Norvège, 2 % pour le Danemark et 1,5 % pour la Finlande, qui vient d'ailleurs d'adopter une réforme importante, après plusieurs scandales dans des maisons de retraite en sous-effectifs : à partir de 2023, les Ehpad devront compter sept employés au moins pour dix résidents, contre cinq aujourd'hui.

Pour plus de transparence, le Danemark a mis en place un site Internet où sont répertoriés tous les établissements, publics et privés. Y sont décrits les locaux, les activités proposées aux résidents, mais il y est aussi précisé le nombre moyen de jours d'absence des employés pour cause de maladie. Les Danois ont également accès aux rapports d'inspection, menés par les communes.

Lire aussi | [En Suède, la pandémie a relancé les débats sur la discrimination des seniors](#)

En Suède, la pandémie a révélé les côtés sombres du modèle, avec des maisons de retraite en sous-effectifs, des employés embauchés à l'heure et le peu de contact avec les services de santé (qui

dépendent des régions). Plusieurs partis politiques à gauche souhaitent limiter les bénéfices des sociétés privées à but lucratif, d'autant plus qu'ils sont financés par l'argent public.

• En Allemagne, une large place aux organismes à but non lucratif

Outre-Rhin, la prise en charge des personnes dépendantes fait face à une crise systémique si grave que les termes « *Pflegekrise* » (« crise des soignants ») et « *Pflicht* » (« sortie du métier de soignant ») se sont imposés dans le débat public à l'occasion de l'épidémie de Covid-19.

Selon les chiffres de l'office fédéral des statistiques Destatis, 4,1 millions de personnes sont actuellement en situation de dépendance en Allemagne. Parmi elles, 80 % sont soignées à domicile. La plupart du temps, les soins sont prodigués par les proches, assistés ou non par un service de soins en ambulatoire. Les résidents des maisons de soins représentent 20 % des personnes dépendantes, hébergées au sein de 15 400 établissements. Ces derniers sont pour plus de moitié gérés par des organismes à but non lucratif, comme les associations religieuses de droit public telles que Caritas (Église catholique), l'Œuvre sociale de l'Église protestante, le bureau d'aide sociale des juifs d'Allemagne et les grandes fédérations laïques d'aide sociale. Le reste est géré par le public ou par des entreprises privées. Le français Korian, grâce à plusieurs acquisitions ces dernières années, est devenu le premier groupe privé prestataire de services de soins stationnaires et ambulatoires en Allemagne.

Lire aussi | [Le modèle économique intenable des Ehpad privés](#)

Partout, les personnels de soins, trop peu nombreux et trop faiblement rémunérés, sont souvent en proie à l'épuisement professionnel. Le nouveau gouvernement a récemment appliqué une augmentation des salaires pour le secteur, mais l'obligation vaccinale contre le Covid-19, qui sera imposée aux soignants dès la mi-mars, menace d'aggraver le problème des effectifs insuffisants, au point que la Bavière a récemment levé la mesure.

Les soignants forment un groupe professionnel faiblement organisé en syndicats et sont souvent employés à temps partiel, ce qui complique les négociations salariales et l'amélioration des conditions de travail.



Un résident d'une maison de retraite berlinoise lit à l'aide d'une loupe dans sa chambre, le 14 juin 2021. STEFANIE LOOS / AFP

Selon une enquête parue début janvier, menée par l'École supérieure des métiers de soins Alice-Salomon (ASH) auprès de 2 700 personnes, 40 % des soignants songent à changer d'emploi au moins une fois par mois. « *Ni les responsables politiques ni les employeurs ne semblent avoir réussi jusqu'à présent à répondre au besoin des soignants d'être davantage reconnus et rémunérés* », a déclaré Johannes Gräske, professeur à l'ASH, à la publication de cette enquête. Or, l'institut de recherche IW estime que, d'ici à 2035, le besoin supplémentaire en personnel de soins pour les personnes dépendantes devrait s'élever à un demi-million. Autant de personnes qu'il faudra recruter, dans un contexte de réduction parallèle de la population active au travail.

• En Italie, peu d'Ehpad, mais des « badanti »

Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sont tout sauf équivoques : comparé à ses voisins, le réseau italien de résidences pour personnes âgées dépendantes est peu développé. Avec 18,6 lits pour 1 000 résidents de 65 ans et plus, le parc est très en dessous de ses voisins français (51 pour 1 000) et allemands (54,4). Un observatoire de la LIUC Business School, une université de Lombardie, a ainsi calculé qu'il manquait 360 000 lits à l'Italie pour atteindre la moyenne des pays de l'OCDE.

Ce décalage considérable s'explique par le fait que les résidences pour personnes âgées sont, en Italie, un phénomène récent : elles ne sont apparues dans la Péninsule qu'au début des années 1990, et sont beaucoup plus présentes dans les régions du nord du pays que dans celles du centre, du sud et les îles, où le modèle traditionnel de la famille, fondé sur la coexistence entre les générations, reste très présent.

Lire aussi | [En Italie, le temps des familles](#)

Mais un autre facteur permet de mieux comprendre le moindre développement des structures collectives dans la péninsule : c'est le système des *badanti*, qui constitue un rouage discret mais essentiel de la société, permettant à des centaines de milliers de personnes âgées de continuer à vivre chez elles en toute sécurité, même quand leurs forces déclinent. Ces aides à domicile, souvent logées chez leur employeur, sont à la charge exclusive des familles, mais le coût qu'elles représentent reste très inférieur à celui d'une maison de retraite : leur salaire moyen dépasse rarement le millier d'euros par mois. Ainsi, loin d'être réservé aux familles bourgeoises, ce mode de prise en charge est privilégié par toutes les classes sociales.

« *La badante, c'est une extension de la famille. Elle permet de laisser le plus longtemps possible les personnes âgées dans leur cadre, là où elles se sentent bien* », résume ainsi Valerio Urru, membre du réseau associatif 50 & Più, spécialisé dans les dispositifs de soutien aux personnes âgées. Combien sont-elles en Italie ? L'administration en reconnaît environ 400 000, mais la plupart des acteurs du secteur estiment qu'il faut doubler ce chiffre pour avoir une idée plus proche de la réalité, et tablent sur une importante augmentation de leur nombre dans les prochaines décennies.

Cette main-d'œuvre, la plupart du temps féminine, est issue, dans 75 % des cas, de l'immigration. Aussi, ces dernières années, de véritables filières spécialisées se sont structurées pour les recruter, à travers des agences de placement ou par le biais des églises. Majoritairement originaires d'Europe de l'Est (Ukraine, Moldavie ou Roumanie), les *badanti* viennent parfois d'Amérique du Sud ou des Philippines. Mais quelle que soit leur origine, leur présence sur le sol italien n'a jamais été contestée par aucun responsable politique, même à l'extrême droite.

• Au Royaume-Uni, une majorité de maisons de retraite privées

Dans les années 1980, l'immense majorité des maisons de retraite au Royaume-Uni faisaient partie du secteur public. En 2019, elles n'étaient plus que 3 %, auxquels s'ajoutent les 13 % d'établissements appartenant au secteur non lucratif. Le reste – soit 84 % – est aujourd'hui géré par le privé.

Cette vaste réorganisation est la conséquence d'une loi passée par Margaret Thatcher en 1990, à la fin de son mandat. La première ministre britannique de l'époque a notamment transféré la responsabilité de la prise en charge des soins de long terme – y compris pour la grande vieillesse – aux autorités locales. Celles-ci, avec des budgets limités et la quasi-impossibilité de contracter des emprunts, mettent depuis la pression sur les maisons de retraite pour réduire sans cesse les coûts. Aujourd'hui, les services publics prennent en charge financièrement uniquement les patients qui détiennent moins de 23 500 livres (28 000 euros) d'épargne. Les autres doivent d'abord vider leurs économies pour obtenir une place.

Lire aussi | [Affaire Orpea : l'ancien « cost killer » du groupe d'Ehpad entendu par les députés](#)

Ce double mouvement – privatisation et pression sur les coûts – a provoqué plusieurs faillites retentissantes de maisons de retraite, ainsi qu'une « *financiarisation* » accrue du secteur. Un groupe symbolise ces difficultés : Four Seasons, placé sous administration judiciaire en 2019. A l'époque, le groupe dirigeait 322 maisons, abritant 17 000 résidents. Depuis 2000, il avait fait l'objet de quatre rachats par des fonds d'investissement privés, à chaque fois à coups d'endettement. En 2016, Four Seasons « *faisait face à des menaces d'insolvabilité, alors que la rémunération de ses administrateurs s'élevait à 2,71 millions de livres [3,2 millions d'euros]* », précisent les chercheurs Théo Bourgeron, Caroline Metz et Marcus Wolf, auteurs d'une [note sur le sujet pour l'Institut Veblen](#), publiée en janvier.

Des résidents d'une maison de retraite rassemblés pour fêter un anniversaire à Scunthorpe (Royaume Uni) le 4, mai 2020. LINDSEY PARNABY / AFP

Sous pression, le groupe se démenait pour réduire ses coûts. La dérive a été particulièrement criante

dans l'une de ses maisons de retraite à Bristol, où un rapport du régulateur britannique du secteur évoque des appels d'urgence de patients restés sans réponse, des médicaments non distribués, des résidents qui n'avaient pas été lavés pendant un mois...

Si le problème du financement des maisons de retraite est identifié de longue date, aucun gouvernement n'a vraiment osé s'y atteler. En 2017, la première ministre, Theresa May, a proposé que les Britanniques couvrent une partie de leur prise en charge par la vente de leur résidence principale après leur mort. Immédiatement surnommée « *taxe sur la mort* » par l'opposition travailliste, la réforme a été annulée. En 2021, son successeur, Boris Johnson, a annoncé une hausse de 1,25 % des cotisations sociales sur les salaires, qui entrera en vigueur en avril. Mais, de l'avis des spécialistes, cela s'annonce largement insuffisant.

• En Espagne, la solidarité familiale joue à plein

En Espagne, il n'est pas rare que les personnes âgées, une fois devenues veuves, très âgées ou dépendantes, s'installent chez leurs enfants. Une solidarité entre générations qui explique sans doute un moindre recours au placement en Ehpad. « *Deux personnes âgées dépendantes sur trois restent vivre à domicile, le leur ou celui d'un proche, contre une sur trois qui est placée en résidence* », résume José Augusto Garcia Navarro, président de la Société espagnole de gériatrie et gérontologie.

Maria Cantuel, actrice et scénariste de 35 ans, a ainsi passé de nombreux jours chez ses parents, auprès de sa grand-mère, Purificacion Prieto Casillas, afin de l'accompagner à la fin de sa vie. Celle-ci est décédée à 86 ans en 2021, d'un cancer généralisé, après un an en soins palliatifs. « *La garder à la maison a été difficile, mais c'est ce qu'elle préférerait et nous aussi. Le personnel hospitalier qui la suivait venait tous les quinze jours et nous a beaucoup aidés. Ma mère, qui est employée de banque et a 55 ans, télétravaillait en même temps, mon père préparait les repas. Nous lui donnions ses médicaments et sa morphine, on la changeait, et on se relayait pour dormir auprès d'elle. Dans une résidence, elle serait morte dans la solitude.* »

Un physiothérapeute rend visite à un retraité à Madrid, le 24 avril 2020. OSCAR DEL POZO / AFP

Juan Manuel Carreras non plus n'a pas douté. Ce Madrilène de 74 ans a hébergé son père pendant plus de vingt ans, du début des années 1980 à 2004. « *Quand ma mère est morte et que mon père en a eu assez de vivre seul, il est venu vivre à la maison. Jamais de ma vie, je n'ai envisagé de le mettre dans une résidence: il était à l'aise, ses deux petits-enfants étaient heureux, ma femme le conduisait à ses rendez-vous médicaux. Nous nous en sommes occupés jusqu'à ce qu'il décède d'un cancer, à l'hôpital* », dit-il.

« *Dans les pays méditerranéens, comme l'Espagne, il existe une tradition de prise en charge des anciens ancrée, souligne M. Garcia Navarro. Auparavant, elle incombait aux épouses et aux filles, ce qui était une forme de discrimination. Et avec l'incorporation des femmes au marché du travail, les familles se trouvent souvent débordées. Des aides sont indispensables.* »

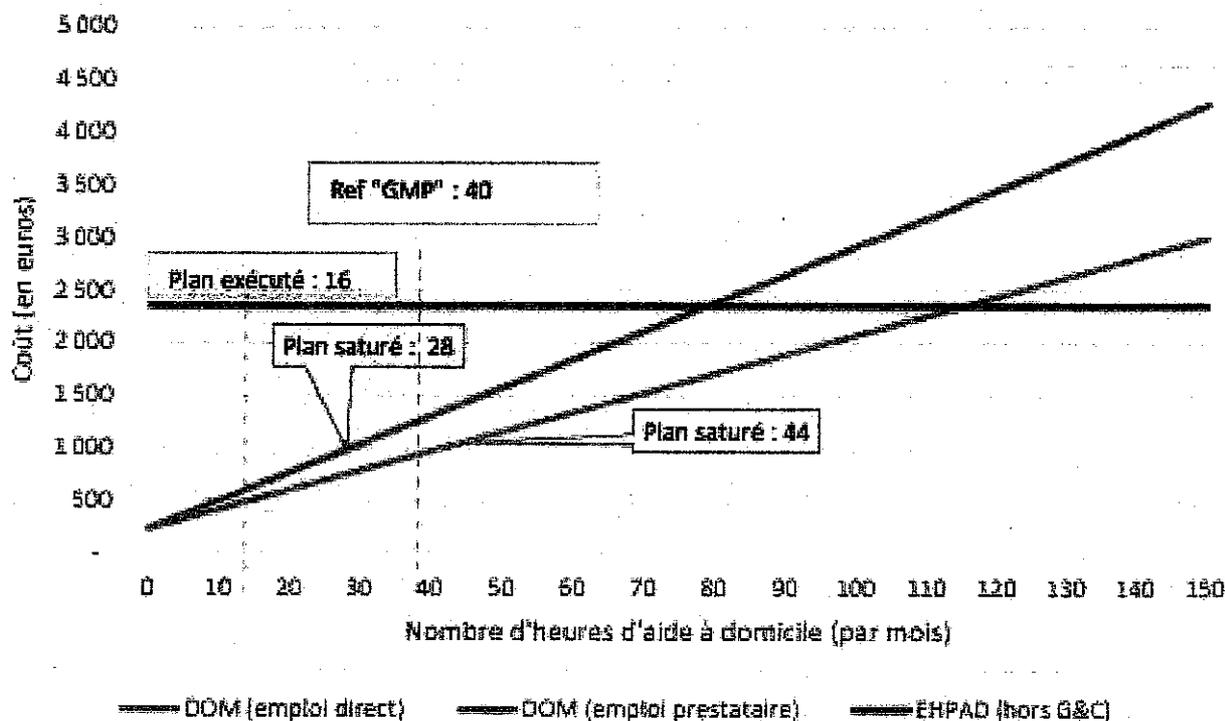
L'envers de cette solidarité familiale est le manque d'investissement public pour la prise en charge de personnes dépendantes : 0,7 % du PIB espagnol y est consacré, contre 1,5 % en moyenne dans l'Union européenne, et près de 360 000 personnes se trouvent sur liste d'attente pour recevoir des aides à domicile, selon les données de l'Institut des personnes âgées et des services sociaux. Le temps moyen d'attente pour l'examen des dossiers est de quatre cent vingt et un jours.

Anne-Françoise Hivert (Malmö (Suède), correspondante régionale), **Eric Albert** (Londres, correspondance), **Cécile Boutelet** (Berlin, correspondance), **Jérôme Gautheret** (Rome, correspondant), **Sandrine Morel** (Madrid, correspondante) et **Marie Charrel**

4. Comparaison des coûts à domicile et en Ehpad et du partage du coût, GIR 4

En GIR 4 le coût est également supérieur à l'Ehpad par rapport au domicile.

Figure 15 – Comparaison des coûts de prise en charge selon le lieu de vie, pour différents volumes d'aide à domicile (GIR 4)



Mais contrairement aux situations de GIR 2 et 3, la dépense publique est plus importante pour tous les niveaux de revenus à l'Ehpad par rapport au domicile (quand on se situe au niveau du plan exécuté), et par ailleurs le RAC à domicile reste très modéré.

Figure 16 - Partage du coût entre dépenses publiques et reste-à-charge pour l'individu, GIR4, volume horaire du plan moyen exécuté 16 heures mensuelles

