

N° 536

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

Enregistré à la Présidence du Sénat le 23 février 2022

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur l'enquête
de la Cour des comptes sur la prise en charge médicale
des personnes âgées en Ehpad,*

Par M. Bernard BONNE et Mme Michelle MEUNIER,

Sénateur et Sénatrice

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, *présidente* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteure générale* ; M. Philippe Mouiller, Mme Chantal Deseyne, MM. Alain Milon, Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, MM. Olivier Henno, Martin Lévrier, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Florence Lassarade, Frédérique Puissat, M. Jean Sol, Mmes Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mme Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Laurent Burgoa, Jean-Noël Cardoux, Mmes Catherine Conconne, Annie Delmont-Koropoulis, Brigitte Devésa, MM. Alain Duffourg, Jean-Luc Fichet, Mmes Frédérique Gerbaud, Pascale Gruny, M. Xavier Iacovelli, Mmes Corinne Imbert, Annick Jacquemet, Victoire Jasmin, Annie Le Houerou, Viviane Malet, Colette Mélot, Michelle Meunier, Brigitte Micouleau, Annick Petrus, Émilienne Poumirol, Catherine Procaccia, Daphné Ract-Madoux, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, M. René-Paul Savary, Mme Nadia Sollogoub, MM. Dominique Théophile, Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Mélanie Vogel.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
EXAMEN EN COMMISSION.....	13
RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES.....	33

Mesdames, Messieurs,

En application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, qui dispose que « *la Cour des comptes peut être saisie par les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale, de toute question relative à l'application des lois de financement de la sécurité sociale* », la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat a, par courrier 12 janvier 2021, demandé au Premier président de la Cour des comptes de procéder à une **enquête sur la prise en charge médicale en établissement pour personnes âgées dépendantes** (Ehpad). Cette enquête s'inscrit dans un travail d'analyse des politiques de soutien à l'autonomie poursuivi par la commission des affaires sociales depuis plusieurs années. Pour mener à bien ces travaux, la commission a mobilisé tous les moyens à sa disposition : mission d'information, travaux de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et recours à l'expertise de la Cour des comptes¹.

La présentation des conclusions de cette enquête intervient dans un contexte qu'il convient également de rappeler. La publication le 26 janvier dernier du livre « *Les fossoyeurs* » du journaliste Victor Castanet, fruit d'une enquête de plusieurs années, a donné une visibilité sans précédent à la question des modalités de prise en charge de la dépendance. L'émotion légitime suscitée par ce travail a déclenché une réponse institutionnelle. Le Gouvernement a commandé une enquête sur les faits allégués à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des finances. Notre commission a décidé de mettre en place une mission d'information dotée des pouvoirs d'une commission d'enquête. Afin de limiter toute redondance avec les enquêtes en cours, elle a choisi de concentrer notre travail sur les modalités et les évolutions de la politique de contrôle à mener en direction des Ehpad.

¹ 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>

L'enquête présentée par la Cour des comptes le 23 février 2022 trouve donc sa place à la fois dans une actualité brûlante et, à ce titre, elle constitue la première étape du travail de la commission d'enquête, et dans une démarche plus large, entamée depuis plusieurs années par la commission.

L'enquête de la Cour des comptes avait donc pour sujet initial la médicalisation des Ehpad. Son sous-titre « *un nouveau modèle à construire* » souligne les difficultés auxquelles doivent faire face le secteur des Ehpad et annonce un nouveau modèle d'hébergement fondé sur une prise en charge plus qualitative des résidents et une plus grande attractivité du secteur pour les professionnels. Dans ce cadre, la Cour examine les leviers d'une prise en charge médicale de qualité, dans une approche davantage soucieuse de l'évolution des besoins des personnes âgées. Il ressort de cette enquête que la question de la médicalisation irrigue tous les aspects de la gouvernance du secteur et qu'une grande variété de leviers (indicateurs, référentiels, financement, coopération) peut être actionnée en faveur du renforcement de cette politique.

Mais, au fil de ses développements, la Cour a élargi la focale de son analyse et propose également des mesures de renforcement du suivi de l'activité des établissements, des pistes d'évolution des modalités d'exercice de la tutelle exercée par les autorités publiques, autant d'éléments qui font écho à l'actualité des dernières semaines.

I. LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES RÉSIDENTS : UN CUMUL DE DIFFICULTÉS

L'état des lieux de la médicalisation des Ehpad dressé par la Cour ne peut pas laisser les autorités sanitaires sans réaction. L'enquête conforte plusieurs éléments de constat déjà instruits par les travaux de la commission relatifs à l'évolution de l'état de santé des résidents, au défaut d'attractivité du secteur pour les professionnels et aux effets de cette situation sur la prise en charge des résidents. Deux points saillants ressortent de cette analyse. Le premier est celui de la dégradation de l'état de santé des résidents en Ehpad. Les résidents vieillissent et leur état de santé nécessite une prise en charge renforcée. Les données disponibles montrent en effet que l'âge moyen des résidents en Ehpad ne cesse de progresser, il était de plus de 86 ans en 2015, et que concomitamment le niveau de dépendance des personnes accueillies dans ces établissements ne fait que croître puisque plus de la moitié des résidents (54 %) est désormais très dépendante (GIR 1 ou 2). Il est donc normal, au vu de ces éléments, que les besoins en soins médicaux évoluent à la fois quantitativement et qualitativement.

Le deuxième élément est également connu de la commission, ce sont les difficultés de recrutement du secteur qui rendent plus difficile l'accompagnement en soins des résidents. La Cour souligne ainsi qu'un tiers des Ehpad ne dispose pas d'un médecin coordonnateur.

Face à ces défis, la Cour propose une réponse graduée qui permettra d'adapter la prise en charge médicale à l'évolution de l'état de santé des résidents et d'améliorer la qualité de leur prise en charge globale.

II. DES AJUSTEMENTS INCRÉMENTAUX ET CUMULATIFS

La Cour ne méconnaît pas les difficultés de recrutement qui pèsent sur les établissements et leurs conséquences tant pour la prise en charge individuelle des résidents que pour l'exécution de tâches qui, bien que distinctes du soin, ont pour vocation d'améliorer la prise en charge tels que les projets d'établissements, l'évaluation de l'état de santé et de dépendance des résidents (les fameuses coupes budgétaires) ou encore les rapports d'activité médicale annuels.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge passe par une organisation plus efficace au sein des établissements. Pour atteindre cet objectif, la Cour propose le développement de « bonnes pratiques » dans toutes les activités des établissements afin de les aider à définir une organisation optimale aussi bien en matière de taux d'encadrement, que de formation des personnels ou de développement d'actions de prévention. Plusieurs exemples illustrent cette démarche.

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.

Le développement de référentiels doit s'accompagner d'une action sur l'organisation interne des établissements, notamment celle des cycles de travail.

Cet effort porté sur l'organisation doit englober les modalités de prise en charge de certaines situations et notamment promouvoir une action volontariste dans le domaine de la prévention. Cette problématique fait écho aux difficultés de notre système de santé en la matière, bien que la promotion de la santé et la prévention soient mises au premier rang des objectifs de la stratégie nationale de santé. Pour atteindre ces objectifs, la Cour préconise une approche fondée sur l'élaboration de protocoles indiquant les conduites à tenir notamment en matière de chutes, de prévention des escarres, de réponses aux situations de dénutrition, avec la volonté de dépasser la prévention individuelle et de développer des axes de prévention collective.

Dans ce volet prévention, une attention particulière doit être apportée à la gestion de la polymédication des personnes âgées, un sujet majeur de santé publique. L'objectif est de réduire la surconsommation, notamment celle de médicaments psychotropes, et l'iatrogénie médicamenteuse qui provoque des hospitalisations et des décès. Pour les résidents en Ehpad, la Cour préconise la mise en place d'une politique institutionnalisée, inscrite au niveau du projet d'établissement, mais surtout guidée par une exploitation plus systématique des données médicales détenues par l'assurance maladie.

Les solutions proposées par la Cour nécessitent le développement d'indicateurs et de référentiels destinés à suivre l'organisation et l'activité des établissements. Ces indicateurs ont vocation à être rendus publics afin d'apporter une meilleure information aux familles sur le fonctionnement des établissements. Cette solution dont on comprend l'intérêt pour faire évoluer l'organisation des établissements se heurte à plusieurs difficultés ainsi que cela a été souligné lors de l'audition du Premier président de la Cour des comptes. Tout d'abord, il faut élaborer ces référentiels. Si la construction des référentiels de bonne pratique relève des missions de la Haute autorité de santé, cette dernière ne se considère pas en mesure d'élaborer des référentiels de taux d'encadrement. Ensuite, alors que sont pointés les difficultés de recrutement dont souffrent les Ehpad, tenir à jour de tels indicateurs aurait pour effet de réduire le temps de prise en charge des résidents. Il conviendra donc de trouver un juste équilibre entre la nécessité de proposer des solutions normalisées sur la façon d'améliorer la qualité de l'organisation et de la prise en charge des résidents et l'instauration de référentiels trop nombreux ou trop chronophages.

III. ACTIONNER LE LEVIER DU FINANCEMENT POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

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.

Si le financement des Ehpad est d'ores et déjà fondé sur l'évolution de l'état de santé des résidents un infléchissement est nécessaire. Les défauts de mise à jour des coupes (système d'évaluation utilisé par les professionnels de santé pour définir le niveau de dépendance d'un patient) qui sous-tendent le calcul des dotations, retardent la revalorisation des budgets et sont source de pertes de recettes préjudiciables à la qualité de la prise en charge.

En outre, **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.

Les modalités de financement destinées à favoriser la prise en charge des besoins d'accompagnement des résidents doivent également 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. La Cour préconise également le recours au tarif global qui permet une meilleure prise en charge médicale des résidents en salariant et en intégrant les professionnels, cette dernière proposition répond par ailleurs aux difficultés d'accès au médecin traitant.

Enfin la Cour propose une réforme substantielle de la tarification ternaire (forfait relatif aux soins, forfait relatif à la dépendance, tarif relatif à l'hébergement). Partant du constat selon lequel la frontière entre les dépenses qui relèvent du soin et celles qui relèvent de la dépendance est artificielle et que par ailleurs la part des financements départementaux ne cesse de décroître, elle propose la construction d'un modèle de tarification unifié où l'assurance maladie assumerait un financement quasi intégral des charges relatives aux soins et à la dépendance. Cette réforme est également préconisée par le rapport Libault et certaines fédérations du secteur. Une telle proposition soulève bien entendu la question de la place des départements dans la nouvelle gouvernance mise en œuvre par cette réforme de la tarification et du maintien d'un lien territorial dans la gestion des établissements.

IV. DES MARGES D'AMÉLIORATION POUR L'EXERCICE DE LA TUTELLE ET DES CONTRÔLES

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.

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. C'est insuffisant. La Cour pointe la nécessité de renforcer les moyens affectés à cette tâche. Les moyens disponibles pour la mise en œuvre des contrôles sont en effet incertains. Il est fréquent que l'essentiel des inspections reposent sur des inspecteurs en charge d'autres responsabilités, pour lesquels ces inspections ne sont qu'une activité marginale.

Plusieurs pistes peuvent être suivies pour améliorer cette situation. Le renforcement du suivi de ces contrôles est une première étape puisqu'il est aujourd'hui difficile d'appréhender précisément le nombre de contrôles effectués en Ehpad car les ARS et les départements les identifient mal. Élargir le périmètre de ces contrôles qui s'inscrivent principalement aujourd'hui dans l'orientation « *inspection et prévention des risques de maltraitance dans les établissements* » constitue une autre démarche nécessaire. Ces programmes de contrôle sont partagés avec les départements. Ce renforcement suppose de renforcer les moyens de contrôle. Les nouvelles missions confiées à la HAS permettront de favoriser un meilleur recours à l'évaluation mais ne résoudront pas tous les problèmes.

Le contrôle de la section hébergement qui représente entre 45 % et 68 % des recettes perçues par les établissements fait l'objet de développements spécifiques. Ce forfait hébergement joue un rôle central, ou devrait jouer un rôle central, dans la qualité de la prise en charge des résidents, il sert en effet à financer les dépenses immobilières ou des activités d'animation qui sont autant d'éléments importants dans cette prise en charge et dans le développement des actions de prévention.

La Cour observe que les autorités sanitaires ne disposent que d'un pouvoir de contrôle partiel sur les flux de la section hébergement, notamment dans les Ehpad privés, et suggère 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.

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. Cette situation est en partie provoquée par l'insuffisance du dialogue de gestion entre établissement et autorités de tutelle mais également par une vision trop administrative et trop descriptive de ces contrats.

Enfin, la Cour rappelle que les autorités de tarification disposent d'un pouvoir d'autorisation de l'activité, soumise à renouvellement périodique qui doit les conduire à opérer un contrôle de régularité sur l'application des normes de fonctionnement.

La question du renforcement du contrôle et plus largement de l'amélioration de l'exercice de la tutelle demeure un sujet ouvert et à traiter rapidement.

V. EHPAD DE DEMAIN : ENTRE RÉSEAUX ET INTÉGRATION

Souhaitant dégager des perspectives pour les années à venir, la Cour se prononce en faveur d'une « mise en réseau » des Ehpad considérant que les établissements isolés ne sont plus en mesure d'assumer seuls les problématiques liées à la santé, la sécurité et même le bien-être de leurs résidents. Une insertion au sein d'un réseau d'acteurs de santé ou d'un groupe d'envergure régionale ou nationale est une condition nécessaire, mais non suffisante, de l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Le développement de passerelles entre les différents modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes, entre domicile et établissements mais également avec les établissements sanitaires est impératif pour améliorer la prise en charge des résidents.

Cette démarche repose sur une double logique. Tout d'abord, une logique de renforcement de l'organisation des établissements. La Cour souligne les effets bénéfiques que peuvent apporter aux établissements le fait de s'intégrer dans un réseau comportant plusieurs Ehpad pour le fonctionnement quotidien, la réflexion sur l'organisation interne, voire la mutualisation de moyens. Ensuite, une logique de parcours pour les résidents, notamment par le biais d'une coopération organisée entre Ehpad et établissements de santé.

Les autorités de tarification sont déjà promoteurs de démarches de coopération plus fortes afin de mieux articuler le parcours du résident devenu patient avec d'autres établissements. Pour l'heure, le secteur privé est déjà restructuré, le privé non lucratif est en cours de restructuration tandis que les dispositifs de mutualisation mis en place dans le secteur publics restent éloignés des bénéficiaires que peut accorder l'intégration dans un groupe.

Ces réflexions de la Cour des comptes viendront enrichir les travaux de la commission d'enquête relative au contrôle des Ehpad. De façon plus large, elles permettront d'alimenter la réflexion sur la prise en charge des personnes âgées.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 23 février 2022, sous la présidence de Mme Catherine Deroche, présidente, la commission procède à l'audition de M. Pierre Moscovici, Premier président de la Cour des comptes pour donner suite à l'enquête de la Cour des comptes, transmise en application de l'article L.O.132-3-1 du code des juridictions financières, sur la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous entendons ce matin M. Pierre Moscovici, premier Président de la Cour des comptes, pour la présentation de l'enquête demandée à la Cour sur la prise en charge médicale en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) – sujet ô combien d'actualité !

M. Moscovici est accompagné de : M. Denis Morin, président de la 6^e chambre ; Mme Véronique Hamayon, conseillère-maître, contre-rapporteuse ; M. Vincent Feltesse, conseiller-maître, rapporteur général ; Mme Camille Andrieu et M. Guillaume de La Batut, chargés de mission ; ainsi que Mme Marion Reibel, stagiaire à la Cour

Je salue nos collègues qui participent à nos travaux en visioconférence. J'indique que cette audition fait l'objet d'une captation vidéo retransmise en direct sur le site du Sénat, qui sera ensuite disponible en vidéo à la demande.

J'ai demandé ce travail à la Cour en janvier 2021, dans le prolongement des travaux de la commission d'enquête sur la crise sanitaire. Le constat de la vulnérabilité accrue des résidents d'Ehpad est désormais bien connu, mais la crise a vraiment fait apparaître une déconnexion entre ces établissements et leur environnement sanitaire, à laquelle il convient de remédier. D'une commission d'enquête à l'autre, ce rapport constitue par ailleurs une contribution intéressante à verser aux travaux de notre commission d'enquête sur le contrôle des Ehpad qui débiteront au mois de mars.

L'enquête dresse un constat sévère en constatant que « l'Ehpad actuel est à bout de souffle », alors qu'elle souligne par ailleurs l'ampleur des moyens supplémentaires déployés au cours des cinq dernières années.

M. Pierre Moscovici, Premier président de la Cour des comptes. – Je vous remercie vivement de m'avoir invité à vous présenter le rapport de la Cour sur la prise en charge médicale en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les fameux Ehpad. J'ai toujours grand plaisir à

vous retrouver, et cette audition en est une nouvelle occasion. La mission de la Cour est de nourrir le débat public, d'éclairer la décision et de contribuer à votre contrôle sur les affaires sociales - ce rôle dévolu à la Cour par la Constitution me tient très à cœur. Nous entretenons d'ailleurs avec la Haute Assemblée d'excellents rapports.

Le rapport que je vous présente aujourd'hui, à votre demande, complète d'autres travaux récents, dont le rapport de novembre 2021 sur la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, ainsi que le rapport de janvier 2022 relatif aux services de soins à domicile. Quant au rapport public annuel que j'ai remis le 15 février au Président de la République, je le présenterai demain au Sénat. Celui-ci comprend un chapitre entier consacré à la gestion de la crise sanitaire dans les Ehpad, qui a attiré l'attention dans le contexte actuel. Ce travail est, je crois, de grande qualité et de grande ampleur. L'équipe qui a travaillé sur ce sujet comprend notamment Denis Morin, président de la 6^e chambre, souvent auditionné devant votre commission, Vincent Feltesse, conseiller-maître, rapporteur général, et Véronique Hamayon, conseiller-maître, présidente de section et contre-rapporteuse.

En janvier 2021, la Cour devait donc examiner la médicalisation des Ehpad à l'aune de la crise sanitaire et du projet de loi « Grand âge et autonomie ». Ce sujet, trop souvent oublié, s'inscrit désormais au cœur de l'actualité à la suite de la publication d'un récent ouvrage sur la question. C'est pourquoi j'ai tenu à exposer moi-même devant vous les constats de la Cour au regard des multiples enjeux, dont l'éthique, que ce sujet soulève. On reconnaît le degré d'évolution d'une société à la place qu'elle accorde à ses personnes âgées. Ce rapport devrait alimenter la réflexion sur la prise en charge médicale des anciens, au-delà d'éventuelles poursuites judiciaires individuelles.

Nous nous sommes appuyés sur les constats des contrôles effectués par les juridictions financières au sein de 57 Ehpad, publics ou privés, choisis pour refléter la diversité de nos territoires. Nous avons aussi examiné l'action des pouvoirs publics mise en œuvre dans d'autres pays, tels que l'Allemagne, la Belgique, le Danemark ou le Japon. Comparaison n'est pas raison, mais cette approche est féconde pour comprendre l'organisation et le financement de notre système, ainsi que l'efficacité de la prise en charge de nos voisins. Ceux-ci sont beaucoup plus avancés que nous s'agissant de l'information du grand public et la diffusion d'indicateurs qualité. Conséquence de la crise covid, les Ehpad sont traités de manière spécifique dans le rapport public annuel. Sont examinés en profondeur les leviers d'une prise en charge médicale de qualité et le rôle qui pourrait être dévolu aux Ehpad dans une approche plus soucieuse de l'évolution des besoins - cette notion est importante - des personnes âgées.

Je citerai trois éléments phares de notre enquête.

Premièrement, l'évaluation du groupe Orpea n'était pas prévue. Nos travaux se sont concentrés sur le numéro 1 du secteur en France, Korian, et le numéro 4, Colisée, et sur des Ehpad privés lucratifs, parfois totalement isolés.

Deuxièmement, les Ehpad publics ne sont pas mieux gérés que les établissements privés, lucratifs ou non. Le facteur déterminant de la gestion de l'accueil et des soins est lié non à la nature de l'établissement, mais à la qualité et à l'efficacité de l'encadrement. Ce dernier repose sur le triptyque : directeur général, médecin coordinateur, infirmier coordinateur.

Troisièmement, le contrôle se heurte à une double contrainte. D'une part, la compétence des juridictions financières est limitée, elles ne peuvent pas contrôler la partie Hébergement. Depuis la loi du 17 décembre 2008, les Ehpad ne sont plus tenus de retracer dans un compte distinct les charges et les produits des prestations non supportées par des financements publics. Par ailleurs, nos contrôles ne sont pas inopinés, mais planifiés et annoncés, ce qui ne permet pas de repérer certaines situations alarmantes. Nous formulerons des propositions pour y remédier.

À l'issue de cette enquête, la Cour a d'abord dressé un état des lieux de l'organisation et du fonctionnement des Ehpad, notamment de la tarification, du régime de l'autorisation. Elle a ensuite examiné la qualité de la prise en charge médicale, singulièrement affectée par le manque persistant de personnels qualifiés et la dégradation des conditions de travail qui en découle. Enfin, la Cour propose des pistes d'évolution pour un nouveau modèle d'Ehpad visant à renforcer leurs capacités de prise en charge, de contrôle, ainsi que leur insertion territoriale.

Je présenterai maintenant les principaux enseignements de notre rapport.

Un constat s'impose : en dépit d'améliorations récentes, la prise en charge actuelle dans les Ehpad n'est pas suffisamment adaptée aux besoins des personnes âgées. En France, 1,4 million de personnes bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), à rapporter aux 17,5 millions de Français de plus de 60 ans ; 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. Plus de 57 % d'entre elles souffrent d'une maladie neurodégénérative, et 12 % présentent des troubles du comportement. 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. La fin de vie est donc au cœur du quotidien de ces établissements. Cette situation est préoccupante compte tenu du vieillissement continu de la population depuis quarante ans, et ce phénomène s'accroît en raison de l'allongement de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des *baby boomers*.

Le nombre des plus de 85 ans devrait doubler d'ici à 2050. Or la prévalence de la perte d'autonomie croît fortement avec l'âge.

Le nombre des personnes âgées dépendantes va augmenter dans des proportions importantes, et, partant, les besoins en Ehpad. Entre 2011 et 2015, la proportion des résidents de 90 ans ou plus est passée de 29 % à 35 %. Entre 2011 et 2018, 54 % de personnes accueillies en Ehpad sont très dépendantes. La dépendance n'est toutefois pas uniforme et peut être aggravée par des pathologies plus ou moins lourdes, au premier rang desquelles la maladie d'Alzheimer. De 70 % à 80 % des personnes atteintes de troubles cognitifs sont hébergées en Ehpad, c'est-à-dire 400 000 personnes. Ces structures d'hébergement jouent donc un rôle central au sein des structures d'accueil du fait de médicalisation, de la quasi-disparition de l'hébergement en maison de retraite et de la diminution du nombre d'unités de soins de longue durée. Entre 2007 et 2020, les places permanentes en Ehpad ont augmenté de 67 %. Cette croissance spectaculaire demeure néanmoins insuffisante au regard des besoins estimés par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). En 2030, 21 millions de séniors 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.

Face à ces constats assez préoccupants, que faire pour appréhender le grand âge avec pertinence et efficacité ? Il faut d'abord comprendre les grands enjeux sous-jacents à la prise en charge médicale en Ehpad, afin d'être en mesure d'impulser des réformes adaptées et novatrices. Je soulignerai les trois enjeux clés de cette problématique.

D'abord, le modèle de financement sur lequel s'appuie la prise en charge n'est pas adéquat. Il repose sur une division en trois sections dont le poids varie selon le type d'établissement : les soins, essentiellement financés par l'assurance maladie, la dépendance, financée par les départements *via* l'APA en établissement, et l'hébergement qui est à la charge quasi exclusive de la personne âgée - à l'exception des places habilitées à l'aide sociale, financées par les départements. Le financement public étant majoritairement réparti entre les sections Soins et Dépendance, notre rapport ne mentionne pas ou n'évoque qu'à la marge les conditions d'hébergement.

Le volume global de dépenses destinées aux sections Soins et Dépendance dépassait en 2019 les 11 milliards d'euros, ce qui représente une croissance de 31 % par rapport à 2011, presque trois fois plus rapide que celle du produit intérieur brut (PIB) sur cette période. À la suite des mesures prises conformément au Ségur de la santé, le montant dépasse les 14 milliards d'euros, qui ne comprennent au demeurant pas les dépenses de médecine de ville et d'hospitalisation pour les résidents en Ehpad, lesquelles atteignaient 2,4 milliards d'euros avant la pandémie.

Toutefois, cette hausse des moyens n'a pas permis de répondre aux besoins des résidents. La prise en charge effective des plus fragiles est peu assurée en raison du manque d'unités d'hébergement renforcées (UHR), de pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et d'unités de vie protégées (UVP) dans les Ehpad. En outre, les inégalités se sont renforcées. Entre territoires, les écarts concernant les équipements sont passés en dix ans de 15,9 % à 16,7 %. Pour les résidents, les valeurs de « points GIR » départementaux en 2021 qui sont utilisées pour le calcul des dotations présentent des écarts : 6,20 euros dans les Alpes-Maritimes, 9,47 euros en Corse, 11,80 euros en Guyane, avec une moyenne de 7,34 euros. Cela traduit une forme d'inefficacité de notre modèle de financement.

Ensuite, la gestion des ressources humaines en Ehpad participe à la dégradation de la prise en charge. Le secteur entier fait face à des manques persistants de personnel qualifié, ce qui entraîne des effets directs sur la qualité de la prise en charge – certains résidents sont couchés dès 18 heures, voire seize heures ! En outre, le recours intensif à des contractuels en contrat de courte durée contribue à dégrader la prise en charge. Les rotations importantes empêchent un suivi efficace des résidents. *In fine*, les fonctions d'aides-soignants sont exercées par des salariés qui n'ont pas la qualification requise. Les conditions de travail et les cadences sont telles que l'absentéisme est très élevé. Nous consacrerons un chapitre du prochain rapport annuel sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale (RALFSS) aux risques professionnels dans le secteur médico-social. Nous avons également constaté un manque de médecins coordonnateurs dans 50 % des Ehpad, alors qu'ils jouent un rôle clé dans le suivi des patients et que leur présence répond à une obligation juridique.

Enfin, les autorités de tarification et de contrôle peinent à remplir leurs missions.

D'une part, les agences régionales de santé (ARS) ne parviennent pas à inscrire l'activité des établissements dans une vision stratégique de moyen terme. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), que seuls 30 % des Ehpad ont signés, restent des outils administratifs purement descriptifs. Par ailleurs, ni les ARS ni les départements n'ont promu un système de fonctionnement en réseau, alors que l'insertion dans un groupe d'acteurs de santé, d'envergure régionale ou nationale, est une condition nécessaire à l'amélioration de la prise en charge.

D'autre part, les contrôles sont insuffisants : un Ehpad n'est contrôlé que tous les vingt à trente ans, et les résultats ne sont pas rendus publics ! Nous devrions nous inspirer de nos partenaires européens. L'autorité danoise réalise par exemple des visites dans les établissements et publie directement sur son site les résultats obtenus : en 2021, quelque 250 résultats d'inspections réalisées en un an ont été rendus disponibles. Je continue de penser que la transparence, dans ce domaine comme dans nombre d'autres, est une vertu.

Se pose ensuite la question des actions à mener. Nous en identifions trois principales.

Premièrement, les modalités de financement doivent être repensées en fonction des besoins des résidents. Nous recommandons une fusion des sections Soins et Dépendance pour mettre fin à un système trop complexe et source d'inégalités. L'ARS agirait comme responsable unique, mais comme le suggère la Cour dans son rapport de novembre 2021 intitulé *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées*, les départements doivent être confortés comme responsables de la politique de prévention dans les territoires. Ils resteront partie prenante des CPOM pour les structures habilitées à l'aide sociale, mais aussi pour veiller à la bonne insertion territoriale des Ehpad. Toutefois, ils ne seraient plus les interlocuteurs du quotidien, car les Ehpad sont des lieux de plus en plus médicalisés. Et la santé est une compétence de l'État. Cela allégera les formalités administratives pour les Ehpad, qui demeurent des structures fragiles.

Les dotations doivent absolument mieux prendre en compte le niveau des besoins en soins et le degré de dépendance. Le GIR moyen pondéré (GMP) et le Pathos moyen pondéré (PMP) servent de bases pour calculer les dotations allouées. Leur mise à jour doit être plus fréquente. Plus du quart des Ehpad reçoivent des dotations calculées sur des estimations trop anciennes. En outre, les modalités de financement doivent participer à l'amélioration de la prévention. Pour ce faire, il faut réintroduire des dotations pluriannuelles

Enfin, il faut encourager le passage au tarif global, qui couvre les rémunérations versées aux médecins spécialistes et généralistes, aux gériatres et aux auxiliaires médicaux libéraux. Certains examens de biologie et de radiologie doivent être pris en charge. Par ailleurs, les médecins pourraient être salariés et l'accès à du temps médical pour les résidents dépourvus de médecin traitant mériterait d'être facilité. Aujourd'hui, le tarif global ne bénéficie qu'à 28 % des Ehpad. S'il était généralisé, cela représenterait un coût maximum de 400 millions d'euros. Mais ce serait une manière de sécuriser la qualité de la prise en charge.

Deuxièmement, pour pallier l'insuffisance des soignants, il faut impérativement remédier au manque d'attractivité du métier qui perdure depuis trop longtemps. Il faut notamment améliorer la reconnaissance des professionnels de la filière des soignants en Ehpad. La revalorisation salariale prévue dans le cadre du Ségur de la santé, ainsi que le lancement d'une campagne de recrutements assortie d'un plan de formation professionnelle doivent être poursuivis et amplifiés.

La formation professionnelle est un levier d'action à exploiter plus largement, afin de prendre en charge des personnes dont l'état de santé et de dépendance évolue. Je pense aux personnes handicapées vieillissantes et aux nombreux seniors souffrant de pathologies psychiatriques.

Le problème fondamental des ressources humaines doit être traité à tous les niveaux : plus de formation ; plus de valorisation ; plus de progression de carrière pour les aides-soignants ; plus de reconnaissance pour les infirmiers coordinateurs et les psychologues ; une action forte pour pallier le manque de ressources médicales *via* le tarif global et une meilleure articulation avec les établissements de santé, notamment les équipes mobiles de gériatrie et d'hospitalisation à domicile.

Troisièmement, l'accent doit être mis sur le contrôle et la capacité d'organisation des autorités de tutelle. Comme l'actualité récente nous l'a montré, un contrôle effectif est la condition *sine qua non* d'une bonne prise en charge. Alain disait : « Tout pouvoir sans contrôle rend fou. » De même, toute prise en charge sans contrôle devient inopérante, inefficace et inacceptable. Le mode de contrôle des Ehpad doit être profondément renforcé. Les CPOM doivent être transformés en outils de pilotage stratégique dotés de moyens financiers pluriannuels en faveur de la prévention et d'un plan d'insertion de l'Ehpad dans son environnement sanitaire et social. De nouveaux indicateurs doivent être créés pour suivre les domaines les plus en tension dans les Ehpad. Il serait par exemple pertinent de définir des ratios cibles sur le nombre maximum de résidents pris en charge par un professionnel de soins qualifié, sous forme de référentiels de bonnes pratiques. L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) et la Haute Autorité de santé (HAS) ont commencé à travailler en ce sens.

L'amélioration du contrôle passe aussi par l'extension des compétences des autorités de contrôle. Aujourd'hui, l'utilisation des recettes d'hébergement échappe au contrôle de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes (CRTC). Ces recettes sont-elles affectées à l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées ? À l'investissement - si oui, quel est-il ? À la mise en réserve en vue de distribuer des dividendes ? Quelle part revient à l'établissement et au groupe ? Je serai très franc : nous ne le savons pas et n'avons pas en l'état les moyens de le savoir. Seule une approche décloisonnée des services fournis peut permettre de retracer l'utilisation des fonds privés issus du tarif d'hébergement et de déceler la maltraitance résultant de l'insuffisance des moyens déployés.

Je forme le vœu que le législateur fasse évoluer rapidement le champ de compétence de la Cour et des CRTC. Il y va de l'information du citoyen, de notre possibilité de contrôler, au sein de l'établissement et du groupe, les produits d'hébergement et les postes de charge qu'ils financent. Je pense notamment à l'immobilier et aux achats. Je tiens à votre disposition une note sur ce sujet avec un projet de modifications des articles L. 111-7 et L. 211-7 du code des juridictions financières.

S'ajoute un devoir de transparence envers les proches des résidents. Ils doivent avoir connaissance du degré de qualité de la prise en charge de leurs aînés. Nous recommandons la publication des évaluations externes et des grands indicateurs de qualité à l'instar de plusieurs de nos voisins européens, dont le Danemark.

La promotion du modèle de l'Ehpad comme centre de ressources dans les territoires, à mi-chemin entre le domicile et le médical, doit devenir prioritaire. Si ce modèle a déjà été expérimenté en Nouvelle-Aquitaine, il ne dispose pas d'un cadre juridique ouvrant des financements spécifiques. Le dispositif « Ehpad Centre de ressources » consacré par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 constituera, je l'espère, une première étape fondatrice. C'est la disparition d'un fonctionnement en silo qu'il faut promouvoir et la suppression de l'étanchéité entre l'établissement et le domicile. Alors que la France enregistre 600 000 résidents en Ehpad, contre 100 000 en Italie.

Notre rapport se résume en trois idées-forces.

Tout d'abord, le modèle économique sur lequel est fondé l'Ehpad nécessite d'être rénové. On ne peut laisser s'accroître les dépenses sans résultats visibles pour les usagers. Il faut certes dépenser, mais cela passera par une réorganisation du modèle, la fusion des sections Soins et Dépendance, l'introduction de dotations pluriannuelles, et ce en vue de l'adaptation aux évolutions démographiques et sociomédicales françaises.

Ensuite, le renforcement de la prise en charge médicale et de sa qualité est plus que jamais nécessaire dans les Ehpad. Il convient d'adapter la formation du personnel, de mieux prendre en compte les résidents atteints de troubles cognitifs, d'améliorer le niveau de soins *via* le tarif global, d'assurer la publicité et la transparence des résultats.

Il est très inhabituel pour la Cour de préconiser des dépenses supplémentaires, mais les besoins, massifs, vont s'accroître. Le coût global des mesures envisagées se situe entre 1,3 milliard et 1,9 milliard d'euros par an. Nous l'assumons.

Enfin, c'est au travers d'un nouveau modèle que les Ehpad s'affirmeront en tant qu'établissements de référence. Mieux contrôlés, mieux coordonnés avec les autres acteurs de la gérontologie, plus ouverts, les Ehpad pourront s'adapter aux besoins. C'est le cœur de ce rapport.

Le défi du grand âge ne peut être laissé de côté. Prendre en charge nos aînés, c'est prendre en charge la société tout entière. Dans *La Légende des siècles*, Victor Hugo écrit : « Et l'on voit de la flamme aux yeux des jeunes gens. Mais, dans l'œil du vieillard, on voit de la lumière. » Cette lumière symbolise les épreuves surmontées, la vigueur d'esprit, la lueur d'espoir, la foi dans le progrès. C'est aussi l'avenir que nous préparons en refondant le modèle des Ehpad !

Mme Catherine Deroche, présidente. – Merci beaucoup de ce rapport vraiment très intéressant. Je considère votre audition comme la première de la commission d'enquête, d'ores et déjà axée sur le contrôle. Vos propositions à ce sujet sont fructueuses. Je laisse la parole à M. le rapporteur Bernard Bonne, qui participe à nos travaux en visioconférence.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Merci de ce rapport extrêmement intéressant et qui correspond en grande partie à celui que Michelle Meunier et moi-même avons rédigé l'an dernier sur la prévention et l'évolution de la prise en charge des personnes âgées en Ehpad. Nous avons bien observé ce qui se passait au Danemark sans pouvoir nous y rendre du fait de la crise sanitaire. Ce pays avait fait le pari de ne plus construire de tels établissements. N'ont ainsi été accueillies dans les Ehpad que les personnes les plus fragiles ayant d'importants troubles, notamment cognitifs, nécessitant une lourde médicalisation. Les autres seniors pouvaient rester à domicile grâce à un accompagnement très adapté.

Nous sommes entièrement d'accord avec vous sur la nécessité de revoir complètement le modèle des Ehpad. Nous avons proposé dans notre rapport la fusion expérimentale des sections Soins et Dépendance, sous l'égide des ARS ou des départements. Il faut également revoir totalement la médicalisation dans les Ehpad et l'augmenter considérablement.

Vous soulignez la difficulté pour les juridictions financières de contrôler les sections d'hébergement, surtout au sein des établissements à but lucratif. Quelles pistes d'amélioration pourraient être envisagées pour le contrôle, y compris de l'utilisation des sommes perçues ? Quelles obligations de communication faudrait-il imposer aux établissements ? La commission d'enquête examinera tous les écueils du système et proposera d'autres solutions afin que nous gagnions en transparence. Quel est votre avis sur les CPOM ? S'ils sont très intéressants ponctuellement, lorsqu'ils concernent un groupe, ne masquent-ils pas la réalité individuelle de chaque établissement ? La commission d'enquête pourrait souhaiter à son tour entendre la Cour des comptes afin de recueillir d'autres éléments très intéressants.

Mme Michelle Meunier, rapporteure. – Les travaux de la Cour sont tous importants, mais celui-ci a une résonance particulière eu égard à la réflexion que nous avons déjà entamée avec Bernard Bonne et compte tenu de la triste actualité sur les Ehpad. Nous partageons votre constat de l'absence de visibilité concernant les effectifs de soins. Pour y remédier, vous préconisez la constitution de référentiels afin d'évaluer les ratios minima requis pour prendre soin des personnes âgées. Qui doit élaborer ces référentiels ? Comment y associer les acteurs locaux, en priorité les départements, mais aussi les centres communaux d'action sociale (CCAS) ? Comment s'assurer de leur respect par les établissements ?

La surconsommation médicamenteuse dans les Ehpad, qui n'est pas nouvelle, pose toujours problème. Vous suggérez de mettre à disposition des établissements les données de l'assurance maladie. Comment lever les verrous qui freinent cette mise en place ? Ne pourrait-on prévoir l'apposition de labels qualité ?

Concernant la démocratie participative, les familles des personnes hébergées peuvent être associées au conseil de la vie sociale présent dans chaque Ehpad. Cet outil est utile pour avoir une vision exacte des conditions de vie et de travail dans ces établissements. Quelles sont vos recommandations en la matière ?

M. Pierre Moscovici. – Je constate une assez large convergence d'analyse qui est de bon augure. Je le redis : la Cour et les membres de la 6^e chambre sont totalement disponibles pour participer à vos travaux ou vous renseigner sur des enquêtes particulières que nous avons menées. Nous devons aller encore plus loin ensemble dans nos contrôles. Outre les mesures législatives, les contrôles inopinés sont absolument nécessaires pour avancer et éviter des toilettages artificiels.

Monsieur Bonne, pour les sections Soins et Hébergement, les Ehpad ont deux sources de financement : les dotations représentent plus de 90 % des crédits, sans que soient prises en compte les actions de prévention et de lutte contre la surconsommation médicamenteuse ; quant aux crédits non reconductibles, ils sont par nature incertains. C'est pourquoi la Cour préconise de faire du CPOM un outil de planification stratégique et d'y intégrer un volet financier correspondant à des objectifs de santé publique et de prévention.

Les entraves rencontrées par les juridictions financières sont doubles. D'une part, la section Hébergement des Ehpad privés ne peut être contrôlée. D'autre part, l'accès aux comptes du siège des groupes devrait être rétabli au travers de l'obligation, supprimée en 2008, de transmettre aux ARS un compte spécial retraçant les produits et charges d'exploitation non financés par les fonds publics, c'est-à-dire essentiellement l'hébergement. Ce compte doit également retracer les flux financiers entre la personne morale gestionnaire et le siège social ou toute autre entreprise du groupe. Cela permettrait un contrôle approfondi des Ehpad et autres établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESMS) privés.

Madame Meunier, s'agissant de la prise en charge médicale, il faut être conscient que le médecin coordinateur (Medec) est souvent absent. Il est chargé des admissions, de la politique de santé de l'Ehpad, mais pas du suivi individuel. Les médecins traitants ont également très peu de temps à consacrer aux résidents. Les échanges entre ces médecins ne sont pas toujours fluides et les commissions gériatriques, qui doivent se réunir une à deux fois par an, sont souvent des coquilles vides. Les Medec n'ont pas

forcément une vue d'ensemble de la consommation médicamenteuse de l'ensemble des résidents.

Il existe un outil informatique très utile. Géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), ce dispositif RESID-ESMS contient des données précieuses sur les dépenses de médecine de ville des personnes âgées. Néanmoins, il n'est pas partagé par les Ehpad ni par les ARS. La CNAM devrait leur ouvrir cet accès, mais seulement pour les grands agrégats afin de garantir la confidentialité des données individuelles. Dès lors, le médecin coordinateur pourrait mener, en lien avec tous les autres acteurs - pharmaciens, infirmiers de coordination, directeurs d'établissement - une réflexion qui associerait tous les personnels infirmiers de l'établissement aux pratiques de prescription et de déprescription - celle-ci est devenue un standard en matière de bonnes pratiques gériatriques.

Les conseils de la vie sociale ont été institués par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, à une époque où ces outils de démocratie participative étaient balbutiants. Il faut les adapter aux nouveaux besoins, notamment leur fermeture, qui sont apparus lors de la crise. Le tribut des anciens a d'ailleurs été très important, puisque les résidents d'Ehpad représentent 36 % des morts du covid. Il convient également de consolider les nouveaux moyens d'échanges qui ont été créés avec les familles. De même qu'il faut renforcer la participation des aidants, des associations d'usagers, des élus, et encourager le développement de CVS communs à plusieurs établissements.

Je reviendrai sur la situation au Danemark. Ce pays a pu arrêter la création d'établissements, mais il partait d'institutionnalisation des personnes âgées supérieure à la nôtre.

M. Vincent Feltesse, conseiller-maître, rapporteur général. - Faut-il se fixer des objectifs en termes d'ETP, ce qu'évoquait un rapport de l'Assemblée nationale ou celui de Dominique Libault ? Cela aboutit déjà à beaucoup de dépenses. On aura des référentiels sur les temps d'auxiliaires de vie sociale (AVS). Si ces référentiels doivent être établis au niveau de la HAS, et un travail est en cours, il est important qu'il y ait une transparence sur les indicateurs pour les familles. Par exemple, vous connaissez le portail pour les personnes âgées où l'on trouve le prix de journée en Ehpad public, soit 1 800 euros par mois, et celui en Ehpad privé, 2 400 euros par mois. Cette transparence pourrait aussi valoir pour quelques indicateurs clés, comme cela se fait dans d'autres pays.

La participation des élus locaux pourrait se faire dans un CVS ouvert.

Mme Véronique Hamayon, conseillère-maître, contre-rapporteuse. - Oui à un référentiel de bonnes pratiques, mais sur le ratio d'effectifs, la HAS s'est déclarée incompétente.

M. Denis Morin, président de la 6^e chambre de la Cour des comptes. – Trois aspects nous ont frappés sur la surmédicalisation.

D’abord, le circuit de distribution du médicament n’est pas sécurisé – on peut trouver un médicament par terre, alors que la personne âgée était censée le prendre – et c’est grave. Ensuite, il y a une surconsommation de psychotropes : 57 % des résidents sont sous psychotropes en permanence. Cela renvoie à la défaillance de la prise en charge et aux sous-effectifs. Enfin, le suivi des risques de iatrogénie médicamenteuse liée à une surconsommation de médicaments. Ces trois sujets nécessitent un renforcement de la coordination entre le médecin traitant, le médecin coordonnateur et l’infirmière coordonnatrice.

Mme Michelle Meunier. – Vos réponses ne vont-elles pas à l’encontre de votre huitième recommandation ? Vous voulez renforcer la mutualisation et engager des fusions pour éviter des monogestions d’associations spécifiques sur un Ehpad. À quelle échelle voulez-vous ces regroupements, notamment en nombre de lits ? Est-ce que cela ne va pas à l’encontre des recommandations de bientraitance, de bienveillance, si la taille des établissements est trop importante ? On s’éloignerait de l’intérêt des personnes, et les lanceurs d’alertes seraient moins faciles à identifier.

M. Denis Morin. – Nous ne voulons pas augmenter la taille de chaque structure, même si la taille moyenne des Ehpad en France est de 80 résidents, soit bien moins que dans d’autres pays voisins. Notre préoccupation, c’est surtout l’appartenance à une structure plus large, par exemple un établissement public hospitalier ou une structure privée lucrative ou non lucrative. La crise sanitaire a montré les défaillances de coordination entre les Ehpad et les hôpitaux. Il faut un lien entre les Ehpad et les hôpitaux appartenant à un même territoire. Les faire appartenir à une structure plus large permet de formaliser des procédures, notamment la distribution de médicaments, ou une politique de conformité, comme il peut en exister dans des groupes privés ou publics. Voilà ce que nous appelons de nos vœux, et pas des grands Ehpad de 200 résidents. Actuellement, il y a plutôt un éclatement avec 7 500 Ehpad de taille modeste, et surtout 4 500 personnes morales gérant un seul Ehpad.

M. Daniel Chasseing. – Ce rapport est extrêmement complet. Je suis d’accord avec vous sur vos propositions concernant la qualification du personnel, la fusion des soins dépendance, revoir le GMP et surtout le PMP : plus on fait de prévention, plus le PMP chute. Il faut aussi renforcer l’accompagnement à domicile et surveiller la consommation médicamenteuse. Je suis favorable à l’ouverture des Ehpad vers le territoire et le fait d’accompagner les personnes en accueil de jour. Il faut aussi accueillir davantage les pharmaciens, qui peuvent jouer un rôle très important pour limiter la iatrogénie, et veulent davantage s’impliquer. Oui, il faut plus d’accueil de jour.

Par contre, non à l'élimination du département de la gestion des Ehpad. Le conseil départemental est la collectivité de proximité. La région est très loin, alors que le département joue un rôle de contrôle et de décentralisation des soins par un budget dépendance et soins qui serait attribué au département.

Il faut augmenter très rapidement le nombre de soignants, car les personnes sont couchées à 16 heures faute de bras pour faire des changes. Il faut passer à un ratio de 0,4 à 0,5, voire peut-être, comme cela avait été proposé déjà en 2017 dans le rapport de Philippe Bas, doubler le nombre de soignants.

Mme Florence Lassarade. – Quelle est la part de la prévention ? La prévention chez la personne âgée, c'est aussi la nutrition. Quelle évaluation en avez-vous faite ? Il faut aussi prévenir les chutes, avec la physiothérapie, la kinésithérapie, l'ergothérapie, voire l'activité physique. J'ai pu constater que dans les maisons de retraite, lorsque le kiné libéral part à la retraite, le kiné salarié, très mal payé, prend le relais. Et le patient qui faisait auparavant le tour du village fait le tour de son lit... Les patients ne font plus assez d'exercice physique. Ce n'est pas seulement un problème d'Ehpad.

Quelle est la part consacrée au handicap spécifique du vieillissement, et en particulier la dégénérescence maculaire liée à l'âge, qui conduit à la cécité ? Il n'y a pas d'accompagnement spécifique en Ehpad.

Mme Frédérique Puissat. – Vous nous proposez une nouvelle gouvernance, avec une place prépondérante des ARS par rapport aux départements dans la fusion des nouvelles sections. L'ARS est-elle suffisamment organisée et capable de s'adapter à cette nouvelle approche ?

En identifiant l'Ehpad comme le tout soin, ne va-t-on pas déséquilibrer un peu ces structures, qui ont parfois des personnes très dépendantes et d'autres moins ? Il faut aussi préserver le personnel.

Avons-nous les moyens de nos politiques ? Lorsque nous allons voir des parents dans des hôpitaux, nous sommes parfois obligés de nous habiller avec un sac poubelle, parce que les hôpitaux n'ont pas les moyens d'avoir des équipements de protection individuelle adaptés pour préserver les anciens.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Votre enquête arrive à point nommé. Il manque des contrôles, et ils sont beaucoup trop rares. Ils doivent s'intensifier pour plus de transparence.

Il faut lancer des démarches qualité dans les Ehpad, en prenant l'exemple du réseau Habitat jeunes, qui est dans une démarche de responsabilité sociale des organisations (RSO), qui intègre des enjeux sociaux, environnementaux et économiques. Ces établissements s'interrogent entre eux sur la qualité qu'ils apportent aux usagers. Il faudrait appliquer ce référentiel pour améliorer la qualité et mieux dépenser l'argent public.

Plusieurs d'entre nous sont dans des conseils d'administration ou de surveillance, où il y a une double tutelle ; chacun se renvoie la responsabilité d'un manque de financement. Durant les débats de la loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (3DS), nous nous étions demandé s'il fallait tout donner au département ou aux ARS. Les statistiques montrent que les personnes âgées ont besoin de soins importants. Je partage donc votre avis pour donner la responsabilité aux ARS.

Les départements doivent s'y retrouver, car ils sont très attachés à leur compétence. Comment les responsabiliser dans la prévention ? Comment leur affecter la prise en charge de la personne âgée dépendante à domicile, et aux ARS les Ehpad ?

M. Alain Milon. - J'ai beaucoup apprécié vos propositions de prise en charge des personnes âgées en Ehpad, qui rejoignent celles des rapports de Mme El Khomri ou de nos collègues Michelle Meunier et Bernard Bonne.

Le Danemark est *a priori* le meilleur exemple en Europe, mais pour financer l'ensemble de ses mesures, l'âge de la retraite a été porté à 67 ans. Quels nouveaux financements proposez-vous pour une meilleure prise en charge des Ehpad ?

M. Pierre Moscovici. - Je suis d'accord avec M. Chasseing sur le rôle des pharmaciens.

Concernant la tutelle, l'ARS a aussi des délégations territoriales. Les départements doivent rester présents dans les Ehpad relevant de l'aide sociale. Dans le cadre des CPOM, ce sont eux qui ont en charge la bonne insertion territoriale. La duplication actuelle de la tutelle, sur le plan financier et sur le plan fonctionnel, est tout à fait néfaste. Il faut que le département s'insère dans un pilotage global géré par l'ARS.

À propos de la prévention, nous avons évoqué la nutrition dans notre rapport. Le Gouvernement a annoncé un plan anti-chutes. La prévention passe par une meilleure articulation avec la médecine de ville. Les ARS sont calibrées pour cette tutelle. Nous l'avons vu lors de la crise sanitaire.

Faut-il équilibrer les populations de résidents ? Nous proposons un virage domiciliaire. L'argent public n'est pas dépensé de manière efficiente. Il faut regrouper dans les ARS les soins et la dépendance, en préservant la compétence des départements.

Certes, nous allons avoir des dépenses supplémentaires. Le sujet des retraites est devant nous. Dans notre rapport de juin sur la stratégie des finances publiques en sortie de crise, nous avons écrit que nous ne pourrions pas échapper à une telle réforme. Contrairement à ce qui avait été pensé initialement, il faudrait commencer par une réforme paramétrique, avant d'aller vers une réforme systémique, plutôt que l'inverse, qui serait trop complexe. Une bonne réforme doit être négociée, prendre le temps, et tenir compte d'un certain nombre de spécificités. La Cour des comptes a déjà publié un rapport et une note sur le sujet. Cette réforme n'est pas la seule piste de financement.

Mme Véronique Guillotin. – La télémédecine est-elle bien ancrée dans les Ehpad, et qu'en est-il de la présence de nuit ? Cela permettrait d'évoquer les urgences la nuit et les consultations spécialisées.

Il y a un problème sur les soins dentaires, puisque les déplacements ne sont pas pris en charge. Certaines personnes renoncent aux soins dentaires, avec des dénutritions, des chutes et des décès. Cela est-il pris en compte ?

Il est nécessaire qu'il y ait une montée en compétence des médecins coordonnateurs. Certains patients sont aux confins de la psychiatrie, des troubles cognitifs, du grand âge... On ne sait plus trop s'ils doivent relever d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) ou d'un Ehpad. Ne faudrait-il pas obliger les médecins coordonnateurs à être gériatre ? Il faudrait que ce médecin puisse transmettre des bonnes pratiques auprès des médecins traitants, y compris pour une désescalade médicamenteuse.

M. Jean-Luc Fichet. – Je partage vos analyses. Les médecins coordonnateurs peuvent-ils être aussi prescripteurs dans les établissements pour pallier au manque de médecin ?

Actuellement, les personnes âgées qui arrivent en Ehpad ne sont pas bien prises en charge pour leur qualité de vie. Vous indiquiez qu'un Ehpad public coûtait 1 800 euros par mois, et un Ehpad privé 2 500 euros. Mais là, on parle d'Ehpad à 200 euros la journée, 6 200 euros par mois, sans voir d'approche qualitative différente.

Par qualitatif, j'entends le bien-être, la disponibilité des soignants, des espaces agréables à vivre. Souvent, les articles évoquent les odeurs de ces établissements. C'est lié à la formation du personnel et à l'agencement des locaux.

Il ne faut pas seulement contrôler, et le contrôle ne doit pas être une sanction. S'il y a des gens compétents et des moyens financiers suffisants, cela suffit pour avoir de la qualité.

Les compléments alimentaires foisonnent dans les Ehpad, et font souvent l'objet de prescriptions médicales parallèles. J'ai lu dans un journal qu'ils seraient remboursés par la Sécurité sociale, est-ce vrai ?

M. René-Paul Savary. - Avez-vous constaté des détournements de l'APA ? Vous n'avez pas pu examiner comment a été utilisé l'argent pour l'hébergement, mais pour la dépendance, il semblerait qu'il y ait au niveau de certains groupes une remontée de la part hébergement qui est mutualisée et versée directement aux établissements avec le GMP. Ne faudrait-il pas revoir ce système ? Plus on a de groupes, plus il y a de bonnes pratiques, mais aussi de mauvaises.

Il faut plus d'argent, mais si c'est à crédit, ce ne sera pas bon pour les générations futures. Soyons attentifs.

Avez-vous réfléchi à la façon dont il pourrait y avoir moins d'administratif, de façon à ce que le personnel soit surtout au plus près du malade, et non à remplir sans arrêt des évaluations ?

Ne faudrait-il pas plus de domotique dans les établissements ? Certains établissements modèles pourraient servir d'exemple.

M. Olivier Henno. - Le modèle est épuisé et sera difficile à rénover. Il faut raisonner moins en fonction des structures et des compétences, et davantage en fonction des patients. Qui veut aller en Ehpad ? Personne. Cette décision est toujours douloureuse à prendre.

Le Pr Jean-François Delfraissy disait, lors d'une audition, qu'en France on meurt mal. C'est en partie dû au fonctionnement des Ehpad, avant même les scandales qui ont été récemment mis au jour.

Si nous allons vers un virage domiciliaire - et peut-être aussi des appartements partagés ? - n'aura-t-on pas alors trop de places en Ehpad ? Faudra-t-il éventuellement fermer des Ehpad ?

Mme Jocelyne Guidez. - Qu'en est-il des Ehpad ultramarins, dans des territoires où il y a très peu de médecins ? Il faut plus de bienveillance face à la vie mais aussi face à la mort, et aider les aidants à accompagner leurs proches.

Mme Catherine Deroche, présidente. - Mme Victoire Jasmin souhaite aussi évoquer l'outre-mer. Vous nous avez proposé une modification législative sur les pouvoirs de la Cour des comptes. En avez-vous d'autres à nous proposer ?

Les CPOM ne peuvent servir de fondement à un contrôle de qualité. Comment les améliorer ?

M. Pierre Moscovici. - Nous proposons une rénovation du modèle, et non d'en finir avec les Ehpad. Nous ne voulons pas instaurer le tout domiciliaire. Il faudra toujours une répartition entre les deux. Nous voulons aussi partir des besoins des personnes âgées, pour améliorer leur situation. Comme élus, comme enfants, nous avons constaté des inégalités.

La qualité est fondamentale dans le contrôle et pour l'amélioration du modèle des Ehpad.

Il faut un tarif global, qui concerne l'ensemble des actions à mettre en œuvre.

J'ai mentionné tout à l'heure une évolution législative possible, mais il y en a d'autres : identifier dans un compte spécifique les montants de produits et charges d'hébergement et leur transmission aux ARS, au département et à la CNSA ; l'extension du champ de contrôle des juridictions financières; et enfin le décloisonnement des autorisations entre hébergement et domicile avec un rôle accru dévolu au CPOM.

Je me réjouis de votre accord dans la loi 3DS. Les chambres régionales et territoriales des comptes auront une fonction d'évaluation des politiques publiques. En la matière, il serait bon que le contrôle soit davantage étendu, pour mieux informer le citoyen, et pour mieux contribuer à vos travaux. Nous vous transmettrons une note sur ces évolutions législatives.

M. Denis Morin. – Nous ne sommes pas contre donner des pouvoirs de prescription au médecin coordonnateur, et il peut déjà prescrire, mais sous réserve de la lutte contre les interactions médicamenteuses et de la coordination entre les différents intervenants. Il faut mettre en place un procédé pour éviter les trois risques que j'évoquais tout à l'heure – mauvaise distribution de médicaments, surconsommation de psychotropes et iatrogénie. Plus il y a de prescripteurs, plus il y a un risque de iatrogénie.

Il n'y a pas de lien entre le niveau du reste à charge et la qualité de la prise en charge. On ne peut pas dire que lorsque c'est plus cher, c'est mieux. Souvent, c'est même le contraire. C'est par le développement des contrôles inopinés que nous arriverons à détecter les situations les plus calamiteuses. Malheureusement, Orpéa n'est pas un cas isolé.

Je n'ai pas d'éléments sur les compléments alimentaires.

Le recours à la télémedecine a augmenté durant la crise du covid, mais assez peu dans les Ehpad, alors qu'elle aurait pu être un recours. Nous devons vérifier, par une politique tarifaire adaptée et par le filtrage du médecin traitant, que la télémedecine se déploie. Elle peut répondre à un besoin plus large, notamment dans les déserts médicaux.

Le médecin coordonnateur n'a pas à être gériatre. Si c'était obligatoire, on en aurait encore moins. Dans de nombreuses régions, se mettent en place, autour d'établissements hospitaliers pilotes, des équipes mobiles de gériatrie qu'on peut projeter dans les Ehpad, et qui sont un appoint précieux pour améliorer la prise en charge des patients. Elles devraient pouvoir se rendre également dans les Ehpad. Mais cela dépend souvent d'initiatives de terrain.

Monsieur Savary, nous n'avons pas mis au jour des situations de détournement de l'APA. Nous le pouvons d'autant moins que nos compétences sont bornées horizontalement et verticalement : nous ne pouvons pas remonter dans les groupes pour suivre les flux de financement. Nous voyons que certains flux montent, mais sans savoir où ils vont et comment ils sont utilisés.

C'est la même restriction à nos compétences pour les cliniques privées : nous voyons des flux financiers qui partent de structures locales et remontent vers les groupes, mais sans pouvoir suivre la pertinence de ces flux. Le Premier président vous proposera des points pour faciliter notre contrôle, tout en sachant que nous sommes dans le secteur privé. Il y a des restrictions de nature.

Dans un rapport récent, nous avons montré qu'en raison du vieillissement accéléré de la population, qui est devant nous - contrairement à certains voisins européens - et va se produire entre maintenant et 2035, nous aurons un vieillissement rapide de la population. Nous ne proposons pas de stopper l'ouverture de places en Ehpad. Il faut de front mener l'équipement et la médicalisation des Ehpad et le virage domiciliaire. Ce sera une des choses les plus compliquées. Il faut assurer le maintien à domicile le plus longtemps possible, avant une prise en charge institutionnalisée, en étant certain qu'il y aura un suivi médical. Nous poursuivons cette double logique. Il y a encore lieu de continuer à augmenter le nombre de places en Ehpad.

Mme Véronique Hamayon. - Parmi les 57 Ehpad contrôlés par l'équipe, un seul - un établissement public - était en outre-mer, à La Réunion. Nous ne pouvons donc pas parler des spécificités ultramarines.

M. Vincent Feltesse. - C'est un Ehpad public qui avait un problème d'hébergement, qui est en train de se résoudre. Dans cet Ehpad, le taux d'encadrement n'était pas mauvais, mais la prise en charge était défaillante.

Dans plus de 50 % des contrôles, il n'y avait pas ou pas assez de médecins coordonnateurs. Nous ne pouvons pas surinvestir sur des médecins coordonnateurs qui ne sont pas présents.

Les dépenses de médecine de ville dans les Ehpad ne cessent de diminuer, alors que les populations sont de plus en plus âgées et dépendantes. Nous avons un problème de démographie médicale.

Les infirmiers coordonnateurs sont extrêmement importants, mais ils ne bénéficient pas d'un statut. Ils ne sont même pas inscrits dans le code de l'action sociale et des familles - ce qu'il faudrait faire.

Il faudrait davantage former d'aide-soignants ; cela prend deux à trois ans, c'est donc assez simple à faire.

Toutes les professions paramédicales – kinésithérapeutes, nutritionnistes, psychologues... – ont souvent un rôle fondamental. Il faut mieux les intégrer dans les Ehpad.

Nous avons vu des compléments alimentaires dans les Ehpad contrôlés, mais l'alimentation dépend de la section hébergement. Or l'alimentation, de même que la qualité de l'animation, est essentielle dans le quotidien d'une personne âgée. Nous plaidons pour pouvoir contrôler ces sections hébergement, car il peut y avoir des abus, mais aussi parce que c'est extrêmement important dans la vie d'un résident.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Je vous remercie pour la présentation de ce rapport, qui est important pour nos travaux, qui devraient se terminer en juin.

La commission autorise la publication de l'enquête sous la forme d'un rapport d'information.

Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible [en ligne sur le site du Sénat](#).

RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES

Cour des comptes



Chambres régionales
& territoriales des comptes

LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES ÂGÉES EN EHPAD

Un nouveau modèle à construire

Communication à la commission des affaires sociales du Sénat

Février 2022

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES	5
SYNTHÈSE	11
RECOMMANDATIONS	17
INTRODUCTION	19
CHAPITRE I UN CADRE DE FINANCEMENT ET UNE ORGANISATION À AMÉLIORER MALGRÉ DES MOYENS EN PROGRESSION CONSTANTE	21
I - UNE POPULATION ACCUEILLIE EN EHPAD DE PLUS EN PLUS FRAGILE	21
A - Une population dans les Ehpads de plus en plus dépendante et avec de nombreuses pathologies.....	21
B - Une place centrale prise par les Ehpads dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes mais légèrement inférieure à d'autres pays.....	22
II - DES MODALITÉS DE TARIFICATION ET D'AUTORISATION TROP COMPLEXES ET NE CORRESPONDANT PLUS À LA RÉALITÉ DES BESOINS MALGRÉ LA HAUSSE DES DÉPENSES	25
A - Des dotations soins et dépendance qui ont connu une hausse et permis une progression de la médicalisation.....	26
B - La persistance d'une répartition inéquitable selon les territoires.....	31
C - Des modalités de financement à simplifier et devant mieux correspondre à la réalité des établissements.....	33
D - Un régime d'autorisation trop strict ne permettant pas la bonne articulation avec les services de maintien à domicile.....	41
CHAPITRE II UNE PRISE EN CHARGE MÉDICALE INSUFFISANTE MALGRÉ LES EFFORTS RÉALISÉS	45
I - DES MANQUES PERSISTANTS DE PERSONNELS QUALIFIÉS	45
A - La difficulté à assurer l'accompagnement en soins avec les effectifs disponibles.....	45
B - Les failles dans l'accompagnement des résidents.....	52
II - DES PROCESSUS À MIEUX STRUCTURER POUR GARANTIR UN ACCOMPAGNEMENT DE QUALITÉ	56
A - Des dispositifs issus de la loi de 2002 qui n'ont pas porté tous leurs effets.....	56
B - Des protocoles centrés sur les soins individuels et les démarches de l'accompagnement à la fin de vie.....	61
C - Une surconsommation médicamenteuse peu prise en compte, faute de partage d'informations.....	62
D - Des actions de prévention insuffisantes.....	65
E - Une implication inégale des établissements dans l'outil de prévention de la perte d'autonomie que peut être l'activité d'animation.....	68
III - DES AUTORITÉS DE TARIFICATION ET DE CONTRÔLE QUI PEINENT À FAIRE FACE À LEURS MISSIONS D'ORGANISATION DE L'OFFRE, DE FINANCEMENT ET DE CONTRÔLE	69
A - Des retards dans la contractualisation et des degrés d'ambition hétérogènes.....	69
B - Des fonctions de contrôle insuffisamment assurées.....	72
C - L'enjeu de la bonne insertion territoriale.....	75
IV - LE CARACTÈRE BÉNÉFIQUE DE L'APPARTENANCE À UN RÉSEAU OU À UN GROUPE D'ÉTABLISSEMENTS	79
A - La recherche d'une coopération plus forte.....	79

B - Les limites des mutualisations territoriales dans le secteur public	80
C - Les bénéfices d'une politique de groupe	81
CHAPITRE III DES PISTES POUR UN NOUVEAU MODÈLE D'EHPAD.....	85
I - UNE PRISE EN CHARGE SOINS ET DÉPENDANCE RECENTRÉE SUR LA QUALITÉ ET LA PRÉVENTION	85
A - Améliorer la mesure de la qualité, assurer la transparence sur les indicateurs, systématiser et structurer la démarche qualité	85
B - Inciter à la prévention en intégrant davantage les dépenses de soins	87
C - Amplifier le virage numérique	90
II - UNE DIVERSITÉ DU MODÈLE EHPAD À ASSUMER	91
A - Mieux accompagner les troubles cognitifs dans des unités dédiées et reconnues	91
B - Préserver un accueil non Alzheimer, au besoin modulable et temporaire	92
C - Anticiper les besoins immobiliers de l'Ehpad de demain	93
III - MIEUX ARTICULER L'EHPAD ET LE DOMICILE, EN POSITIONNANT LES EHPAD COMME « CENTRES DE RESSOURCES » DANS LES TERRITOIRES.....	93
CONCLUSION GÉNÉRALE	97
LISTE DES ABRÉVIATIONS	99
ANNEXES	103

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des sept chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

*
*

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur la base du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

La Cour des comptes a été saisie par la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat, par lettre du 12 janvier 2021, en application de l'article LO. 132-3-1 précité, d'une demande d'enquête portant sur la prise en charge médicale en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

L'enquête menée sous l'égide de la formation interjuridictions relative aux établissements et services médico-sociaux, constituée par arrêté du Premier président n° 19-233 du 14 mars 2019 modifié, qui associe la sixième chambre de la Cour des comptes et 17 chambres régionales et territoriales des comptes.

Cette enquête a été menée selon une double approche, complétée par des éléments de comparaison internationale :

- une approche de la prise en charge médicale au plus près des établissements, avec les contrôles réalisés dans 57 Ehpad situés sur tout le territoire métropolitain et la Réunion et de tous statuts juridiques ;

- une approche plus systémique de la prise en charge médicale des résidents en Ehpad, avec l'examen des politiques et des actions menées par les pouvoirs publics au niveau national et par les autorités de tutelle des Ehpad (agences régionales de santé et conseils départementaux), à partir d'un échantillon de cinq régions (Auvergne-Rhône-Alpes, Grand-Est, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie) et cinq départements (Bas-Rhin, Drôme, Gironde, Haute-Garonne, Meurthe-et-Moselle).

Les conséquences de la crise sanitaire, dont l'impact a été majeur dans les Ehpad, ne sont qu'approchées marginalement dans le présent rapport. En effet, un chapitre du rapport public annuel de la Cour des comptes publié le 16 février 2022 est consacré aux Ehpad face à la crise sanitaire de janvier 2020 à juillet 2021.

Les contrôles d'Ehpad effectués par les chambres régionales des comptes ont été contredits et publiés suivant leurs procédures et les contrôles menés par la sixième chambre de la Cour ont donné lieu à une contradiction et à l'envoi d'observations définitives.

Le projet de rapport a été préparé par M. Carcagno puis M. Feltesse, conseillers maîtres à la sixième chambre, rapporteurs généraux de la formation interjuridictions, M. Mahieu, premier conseiller à la chambre régionale Île-de-France, rapporteur général adjoint, M. Bouricha, conseiller référendaire à la sixième chambre, M. Causse, conseiller référendaire en service extraordinaire à la sixième chambre, M. Brunet, premier conseiller à la chambre régionale des comptes Occitanie, Mme Knoll, première conseillère à la chambre régionale des comptes Bourgogne-Franche-Comté, M. Leglastin, président de section à la chambre régionale des comptes Corse, M. Dejean et Mme Gandin, vérificateurs à la sixième chambre, avec l'appui de Mme Jacquet, documentaliste référente de la formation interjuridictions.

Un relevé d'observations provisoires a été communiqué aux fins de contradiction à 22 destinataires ainsi que des extraits les concernant à 37 gestionnaires d'Ehpad par courrier du 10 décembre 2021.

*
**

Le rapport a été délibéré le 25 janvier 2022 par la formation interjuridictions relative aux établissements sociaux et médico-sociaux, présidée par M. Morin, président de la sixième chambre, et composée de M. Gajan, président de section à la chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, M. Bruner, Mme Mondoloni et M. Burkel, conseillers maîtres à la sixième chambre, M. Sire, conseiller référendaire, vice-président de la chambre régionale Hauts-de-France, Mme Bonnafoux, conseillère référendaire, présidente de la chambre territoriale de la Nouvelle Calédonie, M. Boura, président de section à la chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes, M. Maximilien, président de section à la chambre régionale des comptes Île-de-France, M. Martin, premier conseiller à la chambre régionale des comptes de Normandie, Mme Gérard, première conseillère de la chambre régionale Pays de Loire et Mme Arend, conseillère à la CRC Martinique ; Mme Hamayon, conseillère maître à la sixième chambre étant contre-rapporteur. Le rapporteur général était M. Feltesse, conseiller maître à la sixième chambre.

Il a été examiné et approuvé le 9 février 2022 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, Mme Camby, rapporteure générale du comité, MM. Morin et Andréani, Mme Podeur, MM. Charpy et Gautier, Mme Démier, M. Bertucci, présidents de chambre, MM. Martin, Meddah, Lejeune et Advielle, Mmes Bergogne et Renet, présidents de chambre régionale des comptes, ainsi que de Mme Hirsch, Procureure générale, entendue en ses avis.

Compétence des juridictions financières et choix des Ehpad contrôlés

La Cour des comptes est compétente pour contrôler les services de l'État (notamment les ARS) et ses établissements publics, sur la base de l'article L. 111-3 du code des juridictions financières (CJF) ainsi que les institutions de sécurité sociale (art. L. 111-5 du CJF).

Le contrôle des hôpitaux (établissements publics nationaux), et des Ehpad qui en dépendent, a toutefois été délégué aux chambres régionales et territoriales des comptes (CRTC) par un arrêté du Premier président du 12 décembre 2017, pris sur la base de l'article L. 111-15 du CJF.

Le contrôle des Ehpad publics autonomes, qui sont des établissements publics locaux, relève, lui, de la compétence des CRTC (art. L. 211-3 du CJF).

Dans tous les cas, les juridictions financières sont compétentes pour contrôler l'intégralité des finances des Ehpad publics, qu'ils soient hospitaliers ou autonomes.

Lorsqu'une enquête relève à la fois de la compétence de la Cour et des CRTC, les juridictions financières peuvent, comme dans le cas de la présente enquête, mener des travaux communs dans le cadre d'une formation interjuridictions (FIJ), sur le fondement de l'article L. 141-13 du CJF.

Par ailleurs, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016² et le décret du 12 décembre 2016³ pris pour son application ont donné aux juridictions financières la compétence pour contrôler les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social, financées par l'État ou ses établissements publics ou par un organisme gestionnaire d'un régime obligatoire de sécurité sociale (article L. 111-7 du CJF⁵) ou encore par une collectivité territoriale ou un établissement public local (article L. 211-7 du CJF⁶). Ce n'est donc que depuis l'entrée en vigueur de ces textes que la Cour et les CRTC peuvent contrôler les Ehpad privés, qu'ils soient à but lucratif ou non.

Le champ de ce contrôle des Ehpad privés est toutefois limité. En effet, si les juridictions financières peuvent contrôler les activités liées aux soins et à la dépendance, elles ne peuvent pas contrôler l'intégralité des flux financiers relevant de la section hébergement, puisque les établissements n'ont plus l'obligation d'en retracer les charges et produits dans un compte distinct, comme c'était le cas avant la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008.

Le champ de la présente enquête : un échantillon illustratif de 57 établissements

Pour les besoins de l'enquête, les juridictions financières ont contrôlé 57 Ehpad en France métropolitaine, en Corse et à La Réunion. Il s'agit d'un échantillon illustratif et non représentatif, au sens statistique du terme, des 7 500 Ehpad présents sur le territoire. La diversité des établissements contrôlés reflète à grands traits celle des établissements au niveau national (cf. annexe n° 3) : 23 Ehpad publics, dont 10 rattachés à un établissement public de santé, 19 Ehpad privés commerciaux et 15 Ehpad privés associatifs. La part des Ehpad privés lucratifs est surreprésentée dans l'échantillon (33 % des Ehpad contrôlés alors qu'ils ne représentent que 24 % au niveau national).

Pour leur option tarifaire, ils se répartissent en 17 Ehpad au tarif global avec pharmacie à usage intérieur (PUI), huit au tarif global sans PUI et 32 au tarif partiel sans PUI.

Les Ehpad privés lucratifs de l'échantillon appartiennent, pour 12 d'entre eux, à deux groupes commerciaux (la SAS⁷ Médica France Korian et la SAS Colisée Patrimoine Group, respectivement 1^{er} et 4^{ème} gestionnaire au niveau national) et pour quatre autres à des groupes de taille moyenne. Enfin, trois d'entre-eux sont l'unique établissement du gestionnaire.

L'implantation territoriale des Ehpad de l'échantillon est variée : 10 Ehpad sont implantés dans une commune rurale, sept dans une ville isolée, 16 dans une banlieue et 24 dans une ville-centre.

La très grande majorité des contrôles a eu lieu durant l'année 2020 et au tout début de l'année 2021, en pleine pandémie de covid 19, ce qui a rendu plus difficile les contrôles sur place, conditionnés à la situation sanitaire de chaque établissement.

² Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

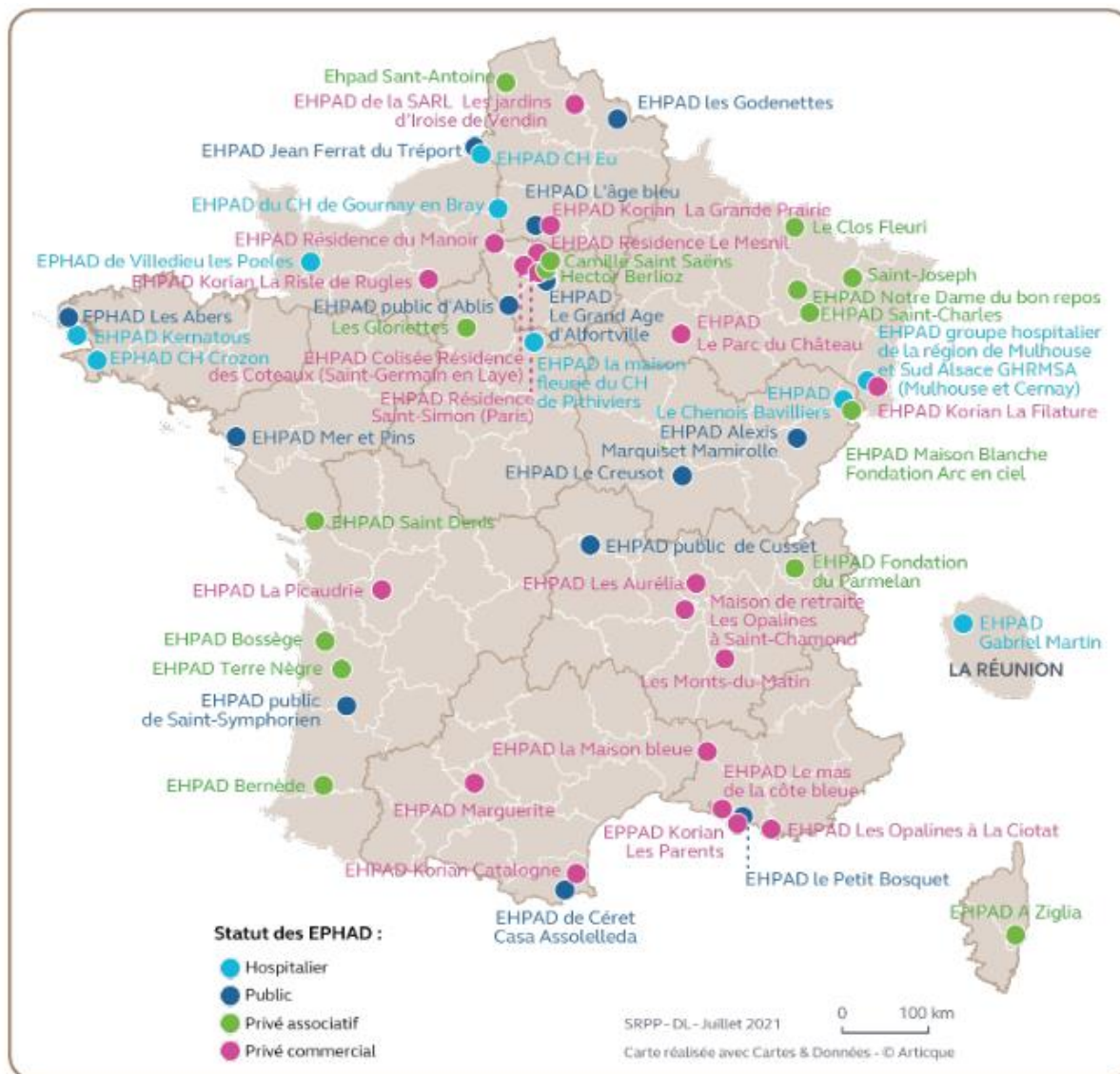
³ Décret n° 2016-1696 du 12 décembre 2016 relatif au contrôle des juridictions financières sur les établissements sociaux et médicaux-sociaux et les établissements de santé de droit privé.

⁵ La loi du 26 janvier 2016 a créé un article L. 111-8-3 au sein du CJF, ensuite abrogé par l'ordonnance n° 2016-1360 du 13 octobre 2016 qui a transféré ses dispositions vers l'article L. 111-7.

⁶ Les dispositions de cet article figuraient initialement dans un article L. 211-10 du CJF.

⁷ Société par action simplifiée.

Carte n° 1 : les 57 Ehad contrôlés



Synthèse

La population de personnes âgées dépendantes, estimée à 2,5 millions de personnes en 2015, pourrait atteindre 4 millions en 2050. La question de leur prise en charge va donc se poser de manière de plus en plus aiguë.

En dépit de la volonté des pouvoirs publics de promouvoir un « virage domiciliaire », les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) occupent une place centrale dans l'offre de prise en charge, puisqu'ils accueillent aujourd'hui environ 600 000 résidents, soit 15 % de la population de plus de 80 ans vivant en France. Cette proportion est stable depuis plusieurs années, à un niveau cependant légèrement inférieur à celui observé dans les pays comparables.

Une augmentation des dépenses qui ne permet pas de répondre aux besoins d'une population de plus en plus fragile

Le volume global de la dépense publique consacrée aux soins et à la dépendance en Ehpad a progressé de 30 % entre 2011 et 2019, près de trois fois plus vite que le PIB, pour atteindre 11,24 Md€ en 2019. À ce montant s'ajoutent des dépenses de soins dispensés aux résidents, financées par l'assurance maladie, estimées pour 2018 à 1,34 Md€ pour les soins de ville et à 1,02 Md€ pour les hospitalisations et urgences.

Pour autant, cette importante progression des dépenses n'a pas suffi à répondre aux besoins d'une population de plus en plus fragile. En particulier, alors que 42 % des personnes âgées en Ehpad étaient atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2015, elles sont aujourd'hui plus de 57 % à souffrir d'une maladie neurodégénérative.

Face aux enjeux d'adaptation de l'offre, une meilleure appréhension de la prévalence et de l'évolution des affections liées à la dépendance dans la population paraît nécessaire, pour anticiper les besoins futurs et concevoir des plans à la hauteur des enjeux.

Des manques persistants de personnels qualifiés

Si le ratio des effectifs par résident a progressé ces dernières années, les effectifs de soignants demeurent insuffisants pour garantir un accompagnement de qualité. La Cour préconise la constitution de référentiels, permettant d'évaluer les ratios minima requis pour répondre aux différentes fonctions de soins dans des conditions satisfaisantes.

Au-delà du taux d'encadrement lui-même, l'amélioration de la qualité de la prise en charge passe par une amélioration de l'organisation du travail et de la répartition des tâches, ainsi que par un renforcement de la qualification et de la formation des personnels, notamment des aides-soignants.

Elle passe aussi par une meilleure reconnaissance professionnelle, qui peut être un vecteur d'attractivité et de stabilisation des personnels, dont les conditions d'exercice difficiles se traduisent par des taux d'absentéisme et de rotation élevés.

La fonction médicale apparaît particulièrement en difficulté. Dans la moitié des Ehpad, soit il n'y a pas de médecin coordonnateur, soit le nombre d'heures effectuées est insuffisant. Ce manque de personnel médical peut avoir des conséquences d'autant plus lourdes que les résidents n'ont pas toujours accès à un médecin traitant. La permanence d'un infirmier de nuit apparaît également trop peu développée.

Quant aux infirmiers coordonnateurs, qui jouent un rôle essentiel, leurs fonctions ne sont pas définies réglementairement, pas plus que n'est prévu un ratio minimum d'encadrement.

Enfin, la prise en charge des résidents en Ehpad souffre du trop faible niveau d'intervention des ergothérapeutes, des psychomotriciens et des psychologues, pourtant essentiels pour les résidents atteints de troubles cognitifs.

Des actions de prévention et une démarche d'amélioration de la qualité encore insuffisantes

En matière de prévention, des programmes sont menés sur des sujets comme l'hygiène, la santé bucco-dentaire, la dépression ou le risque suicidaire. Ils sont toutefois d'ampleur limitée.

L'enjeu de la surconsommation médicamenteuse est, quant à lui, trop peu pris en considération. La plupart des établissements ne sont ainsi pas en mesure de réduire la consommation de psychotropes, destinés aux personnes atteintes de troubles cognitifs et psychiques. Les données, produites par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) *via* le système d'information Resid-ESMS, permettent de disposer d'un « profil » de consommation de soins par établissement. Elles pourraient être utilisées pour connaître et réduire cette surconsommation, mais elles sont trop peu diffusées.

La mobilisation des établissements dans les activités d'animation, qui participent à la prévention de la perte d'autonomie, est inégale et globalement insuffisante, même si certains Ehpad ont développé en la matière des politiques remarquables.

Enfin, les outils introduits par la loi du 2 janvier 2002, comme les projets d'établissement et les évaluations, sont encore trop peu utilisés dans des démarches structurées d'amélioration de la qualité. La participation des résidents et de leurs familles au conseil de la vie sociale (CVS) est insuffisamment développée. Si des projets d'accompagnement personnalisés, éléments majeurs de la qualité de la prise en charge, ont été mis en place dans la plupart des établissements, ils sont rarement actualisés en cours d'année et ne bénéficient pas à tous les résidents.

Des modalités de tarification et de contractualisation qui atteignent désormais leurs limites

Le financement des Ehpad est complexe. Il repose sur trois sections (soins, dépendance, hébergement) et sur la quasi-automatisme des calculs des dotations à partir d'équations tarifaires, visant à leur conférer plus d'objectivité.

La simplification et l'harmonisation territoriale de ce financement apparaissent nécessaires. D'une part, la distinction entre les dépenses liées aux soins et celles liées à la dépendance est de moins en moins justifiée et un regroupement de ces deux sections, sous l'égide d'un responsable unique, qui pourrait être l'agence régionale de santé (ARS), semble pertinent. D'autre part, les critères d'évaluation du degré de dépendance des personnes hébergées, ou points groupe iso-ressources (GIR), qui déterminent la dotation de financement

et sont différents d'un département à l'autre, doivent converger, pour qu'il soit mis fin aux disparités territoriales. Une telle mesure représenterait une enveloppe financière supplémentaire estimée à 0,3 Md€ pour un alignement au 9^{ème} décile des points GIR départementaux.

Par ailleurs, il importe que les équations tarifaires tiennent davantage compte des besoins spécifiques liés à la prise en charge des troubles cognitifs des résidents et qu'elles conditionnent certaines dotations à des indicateurs relatifs à la qualité de la prévention.

Parallèlement, il convient de renforcer la dimension territoriale et qualitative des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), conclus entre chaque gestionnaire, l'ARS et le département, et de mieux les articuler avec les services d'aide à domicile, garantissant ainsi la place des départements.

Enfin, les régimes d'autorisation doivent être revus, afin de permettre une plus grande souplesse et favoriser le développement de services à domicile par les Ehpad.

Les CPOM, qui auraient pu être un outil d'amélioration du maillage territorial, ont eu des effets très limités. En effet, d'une part, seule une minorité d'Ehpad en est à ce jour doté, d'autre part, leur contenu manque de portée. Le volet financier et qualitatif des CPOM doit, en particulier être renforcé, dans l'optique du développement d'une politique de santé publique, notamment en termes de prévention.

Plus largement, une réforme du modèle des CPOM mériterait d'être envisagée, afin de réduire les barrières entre domicile et établissement et faire jouer à l'Ehpad le rôle d'un « centre de ressources » en gérontologie.

Des filières territoriales à structurer, des structures encore trop isolées

La structuration des filières gériatriques dans les territoires, hétérogène, est trop longtemps restée centrée sur le champ sanitaire, sans intégrer suffisamment les Ehpad ni les services d'aide à domicile, même si des progrès se sont fait jour depuis la crise sanitaire.

L'intégration des Ehpad et des autres services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie dans une organisation territoriale permettant d'adapter les parcours des personnes âgées en fonction de l'évolution de leurs besoins, est à mettre en place systématiquement. La contribution des établissements hospitaliers à cette organisation territoriale devrait en particulier être mieux intégrée dans les projets médicaux des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Cette organisation repensée doit s'accompagner d'un renforcement des contrôles et d'une plus grande transparence, à l'instar de ce qui se fait dans plusieurs pays étrangers, qui publient les résultats des indicateurs qualité en Ehpad, ce qui permet au grand public d'avoir accès à ces informations.

Dans le secteur privé, associatif ou commercial, le mouvement de regroupement des gestionnaires se poursuit, même s'il reste inachevé. Les Ehpad publics autonomes sont en revanche très dispersés. Or, l'appartenance d'un Ehpad à un groupement ou son rattachement à un établissement de santé lui permet d'avoir accès à meilleure une expertise en termes d'organisation et de bénéficier de moyens mutualisés à l'appui de son activité. Il convient donc d'encourager les fusions d'établissements, ainsi que la mutualisation de leurs moyens dans les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

Des pistes pour un nouveau modèle d'Ehpad

Des pistes d'évolution du modèle de l'Ehpad sont à rechercher via quatre leviers : une plus grande transparence de la mesure de la qualité, un pilotage rénové de la prise en charge en soins, une meilleure adaptation à la diversité des publics accueillis et une insertion territoriale plus dynamique.

Le premier levier consiste en la publication d'indicateurs permettant de mesurer le respect, par chaque établissement, des normes applicables. Les pouvoirs d'inspection et de contrôle des ARS et des départements doivent également être exercés de façon effective, pour apprécier le respect, par les établissements, des objectifs de qualité et de prévention sanitaire définis dans les CPOM.

Il est également fondamental que les familles aient accès, de manière transparente et simple, aux informations concernant les personnes âgées hébergées. Cette transparence est un outil d'amélioration de la qualité. Les nombreux dispositifs numériques mis en place à l'occasion de la pandémie et les investissements numériques prévus dans le cadre du « Ségur de la santé » peuvent apporter un complément utile aux outils plus anciens que sont les conseils de la vie sociale ou les registres d'enregistrement des plaintes.

Le deuxième levier consiste à organiser l'accès des résidents à un médecin traitant, le cas échéant salarié lorsque les libéraux font défaut, et assurer une meilleure prise en compte de la prévention en Ehpad. Pour cela, il serait nécessaire d'ouvrir le tarif global à plus d'établissements. Cette option permet en effet de financer l'ensemble de l'activité médicale sous forme de forfait pour l'établissement et facilite le recours au médecin salarié, ce qui se traduit, pour les établissements qui en bénéficient, par un moindre recours aux hospitalisations et une moindre consommation médicamenteuse. Il serait cependant nécessaire de pouvoir évaluer les économies induites par ce dispositif pour en connaître le coût net. Les données dont dispose la Cnam permettraient de le faire. À ce stade, la Cour l'a estimé à 0,4 Md€.

L'ensemble des mesures concernant le financement des Ehpad recommandées par la Cour pourrait, selon les options retenues pour la réforme de la grille Pathos et en fonction d'évaluations à réaliser sur l'impact de l'extension du tarif global, représenter une dépense supplémentaire comprise entre 1,30 Md€ et 1,90 Md€, soit une croissance de 12 à 17 % du montant global des dotations. Par ailleurs, les expérimentations en cours sur le recrutement de médecins prescripteurs et sur la mise en place d'astreintes d'infirmiers de nuit montrent déjà leur intérêt.

Le troisième levier consiste à mieux prendre en compte la prévalence des maladies neurodégénératives parmi les résidents d'Ehpad, et à systématiser les unités et dispositifs de prise en charge adaptée dans les établissements. Pour autant, les Ehpad doivent continuer à accueillir des résidents en perte d'autonomie non atteints de troubles neurocognitifs, selon des modalités de prise en charge davantage ouvertes sur le domicile et la ville. Pour gérer la diversité des publics accueillis, la sectorisation et la modularité des Ehpad doivent être accentuées, ce qui implique de disposer de bâtiments et de locaux adaptés. La Cour invite l'ensemble des financeurs à identifier les établissements encore inadaptés à l'accueil de certains profils et à anticiper l'évolution des publics et des prises en charge.

Enfin, le dernier levier concerne l'évolution du rôle de l'Ehpad dans son territoire d'implantation. La nécessité de diversifier les modes d'accompagnement des personnes âgées

et de surmonter la dichotomie entre établissement et services à domicile est unanimement reconnue. L'Ehpad conçu comme « centres de ressources » serait le lieu d'organisation, de coordination et d'optimisation des ressources d'un territoire dans une logique de services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Il mobiliserait ainsi les compétences du plateau technique que représente l'établissement, pour les déployer vers l'extérieur, le positionnant ainsi comme une plateforme de ressources pour le domicile.

Recommandations

Mieux intégrer les Ehpad dans les territoires, revoir le rôle des autorités de tutelle et alléger les contraintes administratives.

2. Fusionner les sections soins et dépendance sous l'égide des ARS afin de simplifier la tarification des Ehpad et de réduire les disparités départementales (*DGCS, CNSA*).
7. Transformer les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en outils de pilotage stratégique et financier et les doter :
 - d'un plan d'intégration de l'Ehpad dans son environnement sanitaire et social (partie soins sous l'égide des ARS et partie services et prévention de la part d'autonomie avec les départements) ;
 - de moyens financiers pluriannuels dont une part conditionnée à des objectifs de santé publique et de qualité ;
 - de la définition des conditions de modulation d'une offre d'hébergement et de services adaptée aux personnes accueillies (*DGCS, CNSA, SGMAS*).
8. Renforcer la mutualisation et engager des fusions entre gestionnaires mono-établissements (*ARS, départements, gestionnaires d'Ehpad*).
11. Promouvoir le développement de l'Ehpad en tant que « centre de ressources » (*DGCS, DGOS, CNSA*).

Renforcer la prise en charge médicale dans les Ehpad.

1. Mieux prendre en compte les personnes atteintes de troubles cognitifs, en :
 - complétant et fiabilisant les données sur la prévalence des maladies neurodégénératives, pour adapter la prise en charge des personnes qui en sont atteintes (*DGOS, DGCS, CNSA, SPF*) ;
 - intégrant, dans les indicateurs de dépendance (GIR moyen pondéré) ou de niveau de soins nécessaires (Pathos Moyen Pondéré), les besoins spécifiques liés aux troubles cognitifs, pour permettre de financer, sans perte de ressource pour les Ehpad, les prises en charge des personnes concernées (*DGCS, CNSA*).
3. Rendre annuelle l'évaluation déclarative des GMP et PMP, et aider les établissements à développer des outils informatiques nécessaires (*DGCS, CNSA*).
10. Encourager et financer un recours élargi des Ehpad au tarif global (*DGCS, DSS, CNSA, Cnam*).
4. Afin de lutter contre la surconsommation médicamenteuse, assurer une plus large diffusion des données agrégées de santé des résidents par Ehpad, établies à partir des données de l'assurance maladie (application Resid-ESMS). (*Cnam*).

Renforcer la démarche de qualité

5. Mettre en place de façon systématique une démarche d'amélioration de la qualité, notamment en s'appuyant sur des projets de vie individuels régulièrement mis à jour, et organiser l'accompagnement en respectant les rythmes de vie (*ARS, départements gestionnaires d'Ehpad*).
6. Définir réglementairement les fonctions d'infirmier coordonnateur (*DGCS*).
9. Après avoir élaboré des indicateurs de qualité (consommations de médicaments psychotropes,...) et de moyens requis (dont ratios de personnels médicaux et soignants, présence des médecins prescripteurs), rendre obligatoire leur publication pour chaque Ehpad (*DGCS, HAS, CNSA*).

Introduction

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ont été définis par une succession de lois fondatrices entre 1997 et 2002⁹. Ils succèdent aux anciennes maisons de retraite et doivent faciliter une meilleure prise en charge des résidents. Celle-ci concerne à la fois l'hébergement, payé par le résident, avec toutefois la possibilité d'une aide par le département, les soins, financés par l'assurance maladie *via* les agences régionales de santé (ARS) et la dépendance relevant des départements. Les Ehpad dépendent ainsi de deux autorités de contrôles et de tarification.

Il existe en 2020 7 502 Ehpad accueillant un peu plus de 600 000 personnes âgées dépendantes, soit une personne de plus de 75 ans sur dix et une sur trois de plus de 90 ans¹⁰. Cette population se caractérise par sa très grande fragilité, l'âge moyen d'entrée en Ehpad étant de 85 ans et 9 mois.

Les Ehpad peuvent être de statut public (44 % des Ehpad), privé non lucratif (31 %) ou privé lucratif (24 %)¹². Ils sont présents sur l'ensemble du territoire, de façon contrastée selon les statuts. Par exemple, les Ehpad privés non lucratifs sont davantage implantés dans l'Est, dans le Nord, en Île-de-France et en Pays de la Loire et les Ehpad commerciaux sont plus présents en Île-de-France, en Nouvelle-Aquitaine, ainsi que le long de la côte en Provence-Alpes-Côte-D'azur.

Il y a en moyenne un peu plus de 63 équivalents temps plein pour 100 résidents, pour des Ehpad qui fonctionnent 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année¹³.

La majorité des Ehpad ouverts depuis 2000 (65 %) sont de taille moyenne, puisqu'ils disposent de 60 à 99 places. La part des Ehpad de plus de 200 places ou de moins de 45 places tend à diminuer. Le prix médian d'une chambre individuelle est de 2 004 € par mois¹⁴.

L'enquête sur la prise en charge médicale des résidents en Ehpad demandée à la Cour par la commission des affaires sociales du Sénat a été réalisée à partir du contrôle de 57 Ehpad réalisé par les juridictions financières et de l'examen des politiques et des actions menées par les pouvoirs publics au niveau national et par les tutelles, essentiellement les ARS, complété par une étude internationale. Elle n'aborde pas les thématiques relatives à l'hébergement, à

⁹ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

¹⁰ Drees, *Études et résultats* n° 1015, juillet 2017.

¹² Source Cour des comptes et Finess 2020.

¹³ CNSA, La situation économique et financière des Ehpad entre 2017 et 2018, mai 2020.

¹⁴ CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, 2021.

quelques exceptions près, du fait notamment de la compétence limitée des juridictions financières pour contrôler les sections hébergement des Ehpad privés.

Les conséquences de la crise sanitaire sur les Ehpad et leurs résidents ne sont qu'approchées marginalement dans le présent rapport. En effet, un chapitre¹⁵ du rapport public annuel 2022 de la Cour y est tout particulièrement consacré. Dans ce chapitre, la Cour souligne le lourd coût humain de l'épidémie de covid 19, révélateur de faiblesses structurelles et souligne que le montant exceptionnel des dépenses, conjoncturelles et pérennes, consenties pendant cette crise ne pourra se justifier que si le modèle même des Ehpad évolue en profondeur.

L'enquête fait le point sur l'augmentation du nombre de places en Ehpad depuis 20 ans et sur l'accroissement des moyens financiers accordés à leur médicalisation. Les modalités de financement, fondées sur une tarification ternaire (sections soins, dépendance et hébergement) et un financement à la ressource, ainsi que le régime d'autorisation, sont analysées notamment sous l'angle de leur adaptation aux publics accueillis dans les établissements (chapitre I).

Sur la base du contrôle des 57 Ehpad, la présente enquête analyse dans quelle mesure la médicalisation répond à la réalité des besoins et des situations constatées dans les établissements, notamment au regard de la qualité des prises en charge, des effectifs, de la qualifications du personnel et de l'appartenance d'un établissement à un réseau ou à un groupe. Elle examine les conditions dans lesquelles l'offre de médicalisation se structure, la force du maillage territorial autour des Ehpad, le rôle des autorités de tutelle dans la contractualisation, le contrôle et l'évaluation (chapitre II).

Enfin, des pistes pour un nouveau modèle d'Ehpad sont envisagées afin de renforcer leur insertion territoriale, sanitaire et organisationnelle (chapitre III).

¹⁵ Cour des comptes, Rapport public annuel 2022, « *Les personnes âgées hébergées dans les Ehpad* », février 2022.

Chapitre I

Un cadre de financement et une organisation à améliorer malgré des moyens en progression constante

I - Une population accueillie en Ehpad de plus en plus fragile

A - Une population dans les Ehpad de plus en plus dépendante et avec de nombreuses pathologies

Selon la Drees, l'âge moyen des résidents en institution¹⁶ était de 85 ans et 9 mois en 2015 contre 85 ans en 2011. En quatre ans, la proportion des personnes âgées de 90 ans ou plus parmi les résidents en institution est passée de 29 % à 35 %. Les Ehpad accueillent les résidents les plus âgés. L'âge moyen en Ehpad est de 86 ans et 4 mois en 2015.

La durée de séjour était en moyenne de 2,5 ans en 2015. L'Ehpad est souvent le dernier lieu d'hébergement de la personne âgée et le dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France¹⁷. La fin de vie fait donc partie du quotidien des Ehpad.

Le niveau de dépendance des personnes accueillies en Ehpad s'est accru entre 2011 et 2018 : leur GMP (groupe iso-ressources – GIR – moyen pondéré) passe en moyenne de 689 en 2011 à 723 en 2018¹⁸. Plus de la moitié des résidents (54 %) y est désormais très dépendante (en GIR 1 ou 2).

¹⁶ L'accueil en institution regroupe plusieurs types d'accueil : Ehpad, résidences autonomie, USLD, maisons de retraite non Ehpad.

¹⁷ Drees *Études et Résultats* n° 1094, novembre 2018.

¹⁸ CNSA, *Situation économique et financière des Ehpad entre 2017 et 2018*, mai 2020.

Le GIR moyen pondéré (GMP)

Le niveau de dépendance d'un résident est mesuré à partir de la grille Aggir, codifiée en annexe 2-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), qui permet de mesurer notamment la possibilité pour chaque résident d'effectuer des gestes quotidiens comme s'alimenter, faire sa toilette, ou se déplacer. Chaque résident est positionné dans un des six groupe iso-ressources (GIR) de la grille à partir d'un nombre de points attribués pour chaque item. Un GIR 6 correspond à une autonomie totale et un GIR 1 est rattaché à une absence quasi-totale d'autonomie. Le GMP est une moyenne des points GIR des résidents présents dans l'établissement à un instant donné. Un GMP élevé renseigne sur une perte d'autonomie importante.

Les besoins en soins médicaux mesurés par le PMP (Pathos moyen pondéré) connaissent comme le GMP une importante évolution passant de 180 en 2010 à 209 en 2018.

Le Pathos moyen pondéré (PMP)

Le niveau de soins requis pour la prise en charge des pathologies des résidents est mesuré à l'aide de l'outil Pathos¹⁹. Une évaluation médicale à partir d'un référentiel permet d'attribuer à chaque résident un indicateur Pathos. Le PMP est une moyenne des indicateurs de chaque résident présent dans l'établissement à un instant donné.

En 2015, parmi les résidents en institution, 260 000²⁰, étaient recensées comme atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, soit au moins un tiers des personnes accueillies et 42 % sur le champ des seuls Ehpad. Il y a en France, au total, entre 900 000 et 1,2 million de personnes malades d'Alzheimer et de maladies apparentées (avec 225 000 nouveaux cas par an), 160 000 personnes atteintes de la maladie de Parkinson (avec 25 000 nouveaux cas par an) et de 100 000 atteintes de sclérose en plaques²¹.

Selon France Alzheimer, 70 % à 80 % des résidents en Ehpad seraient en réalité atteints de troubles cognitifs (400 000 personnes). Ces données sont proches de celles présentées dans le rapport remis par les professeurs Jeandel et Guérin, qui estimaient que 80 % des résidents présentent des troubles de la cohérence, et que 57 % sont touchés par les maladies neurodégénératives, 15 % par des affections psychiatriques vieilles et que 12 % présentent des troubles psychologiques avec troubles du comportement.

B - Une place centrale prise par les Ehpad dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes mais légèrement inférieure à d'autres pays

La prépondérance de l'Ehpad dans les structures d'accueil est la conséquence de l'effort de médicalisation des maisons de retraite et des logements-foyers à partir de 2003 et de la partition des unités de soins de longue durée (USLD) de 2007 à 2010 entre le champ médico-social et le champ sanitaire.

¹⁹ Outil de codage permettant de définir les pathologies et le profil des patients pour évaluer les soins médicotecniques requis pour assurer la prise en charge de l'ensemble des résidents.

²⁰ Drees, *Études et Résultats* n° 1015, juillet 2017.

²¹ Rapport d'évaluation des politiques de la sécurité sociale (Reps)-Autonomie, annexé au PLFSS 2021.

Tableau n° 1 : évolution de l'offre médicalisée de places pour personnes âgées

	2007	2020	Évolution en places	Évolution en %
<i>Ssiad²² et Spasad²³</i>	82 466	126 814	44 348	54 %
<i>Unité de soins de longue durée (USLD)</i>	72 434	31 051	- 41 383	-57 %
<i>Résidence autonomie (foyers logements)</i>	153 301	119 178	- 34 123	-22 %
<i>Accueil de jour</i>	3 486	15 803	12 317	353 %
<i>Hébergement temporaire</i>	7 785	13 499	5 714	73 %
<i>Hébergement permanent en Ehpad</i>	352 514	589 419	236 905	67 %
<i>Hébergement en maisons de retraite non Ehpad</i>	82 797	4 617	- 78180	-94 %
<i>Total de l'offre</i>	754 783	900 381	145 598	19 %

Source : CNSA (panorama statistique pour 2017, Historique FINESS au 31 décembre 2020, USLD (valeur 2019))

Plus de la moitié des lits d'USLD (41 000) a été convertie en Ehpad. La réforme organisationnelle, qui tendait à mieux spécialiser les USLD par rapport aux Ehpad, a conduit à des résultats insuffisants au regard des objectifs de la réforme. Le rapport des professeurs Jeandel et Guérin²⁴ fait le constat du rapprochement des profils et des besoins de soins entre les résidents des USLD et des Ehpad. L'évolution des USLD en corollaire du renforcement de la médicalisation des Ehpad fait partie des objectifs assignés par la ministre chargée de l'autonomie à la direction générale de l'offre de soins (DGOS), en lien avec la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) du ministère des solidarités et de la santé, dans une feuille de route annoncée le 13 décembre 2021.

L'offre des logements-foyers devenus résidences autonomie, après avoir décliné de 2007 à 2017, a augmenté de 9 000 places depuis 2018, sous l'effet des mesures de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015. Cette offre s'inscrit entre le domicile ordinaire et l'Ehpad, afin de proposer aux personnes exposées au risque de perte d'autonomie, des formes de logement avec services.

Une part des plus de 80 ans en Ehpad plutôt moindre en France que dans d'autres pays

La part des personnes âgées de plus de 80 ans en Ehpad se situe en France à un niveau stable depuis 2005 et légèrement inférieur à 15 %. Il est proche de celui de l'Allemagne.

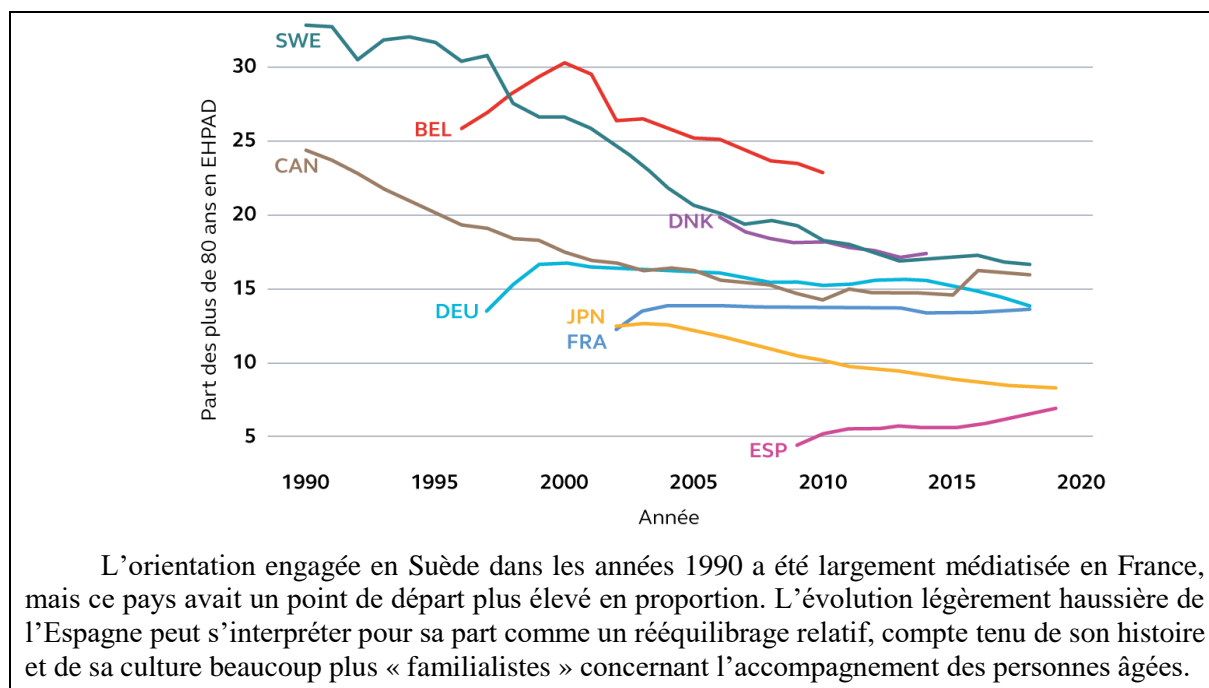
Avec des différences – dont les variations de conventions statistiques²⁵ ou des changements de méthode de décompte peuvent aussi être la cause – l'orientation des pays étudiés est collectivement et nettement domiciliaire, avec une proportion de plus en plus faible de personnes âgées de plus de 80 ans orientées vers une admission en établissement d'hébergement.

²² Service de soins infirmiers à domicile.

²³ Services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

²⁴ Claude Jeandel et Olivier Guérin, *25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie*, rapport à la DGS et à la DGOS, juillet 2021.

²⁵ Dans certaines statistiques sur les « ménages collectifs », les statistiques belges incluent non seulement les maisons de retraite mais aussi les hôpitaux psychiatriques, par exemple.



À côté de ces établissements, près de 760 000 personnes (âgées ou en situation de handicap) bénéficient de l'aide à domicile (services d'aides et d'accompagnement à domicile et aides à domicile en emploi direct). Elle permet le maintien à domicile d'une majorité de personnes âgées n'ayant pas besoin d'aide médicalisée. Suivant la demande très majoritaire des français de vieillir à domicile, les pouvoirs publics au niveau national affichent une priorité pour le maintien à domicile. Celle-ci, qualifiée de « virage domiciliaire », a pour effet de limiter l'évolution du nombre de places en Ehpads davantage que de réduire sa place dans l'offre d'accompagnement.

Selon une étude de la direction de la recherche et des études statistiques (Drees)²⁶, en 2030, 21 millions de seniors de 60 ans ou plus vivront en France, soit 3 millions de plus qu'en 2019. Sur la base du modèle de projection « Lieux de vie et autonomie » (Livia), la Drees, mentionne que « *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 Ehpads entre 2019 et 2030, puis encore 211 000 entre 2030 et 2050, qui viendraient s'ajouter aux 611 000 résidents sur les places existantes* ».

²⁶ Drees, *Études et Résultats*, n° 1172, décembre 2020

II - Des modalités de tarification et d'autorisation trop complexes et ne correspondant plus à la réalité des besoins malgré la hausse des dépenses

La dépense publique en faveur de la prise en charge médicale des résidents en Ehpad relève, d'une part, du financement de la section soins des Ehpad par les agences régionales de santé (ARS) sur les dotations allouées par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et, d'autre part, du financement de la dépendance par la dotation relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement versée par les départements. Si les dépenses d'hébergement à la charge du département pour les places habilitées à l'aide sociale peuvent contribuer à améliorer la prise en charge médicale, leur contribution indirecte n'est pas retracée ici.

Un financement tripartite

Un Ehpad reçoit trois sources de financements :

- un forfait relatif aux soins directement versé par l'assurance maladie à l'établissement. Il doit permettre de couvrir les dépenses relatives à la prise en charge médicale des résidents. Outre les équipements médicaux et les médicaments prescrits, il sert aussi à financer la rémunération du médecin coordonnateur, des médecins salariés dans le cadre du tarif global de soins³⁴, des infirmières et des aides-soignantes et, le cas échéant, l'intervention d'autres professionnels de santé extérieurs à la structure selon son option tarifaire (cf. *supra*) ;
- un forfait relatif à la dépendance, dont le montant est fixé par le président du conseil départemental du lieu d'implantation de l'établissement. Ce forfait doit permettre à l'établissement de couvrir les dépenses liées à la perte d'autonomie des résidents, notamment pour accomplir les actes du quotidien. Il concerne ainsi essentiellement les prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en finançant la présence d'un personnel qualifié (aides-soignants, aides médico-psychologiques, etc.), ainsi que les frais de matériel lié à la perte d'autonomie. Bien que le montant de ce forfait soit fixé par le président du conseil départemental, seule une partie de ce forfait est prise en charge et acquittée par le département en fonction du niveau de ressources et de dépendance des résidents (*via* l'APA), le reste étant à la charge des résidents ;
- un tarif relatif à l'hébergement qui permet de couvrir les charges liées aux prestations hôtelières (restauration, animation, accueil) ainsi que les charges de la structure (administration générale, entretien). Il est à la charge du résident sauf si ce dernier, du fait de son niveau de revenus, est éligible – totalement ou partiellement – à l'aide sociale à l'hébergement (ASH). Lorsque l'Ehpad est habilité à l'aide sociale, le tarif hébergement est fixé par le président du conseil départemental.

³⁴ Dans le cadre du tarif partiel de soins, majoritaire dans les Ehpad aujourd'hui, la relation entre le résident et le médecin traitant s'organise comme celle d'un assuré social comme les autres. Le résident acquitte les honoraires, dont il est remboursé. La difficulté survient lorsque le résident perd son médecin traitant libéral (départ à la retraite, autres, etc.), sans que celui-ci puisse être remplacé par un confrère. Le résident se trouve alors sans médecin traitant, et l'option de tarif partiel de soins de l'Ehpad ne lui permet pas de disposer du budget nécessaire pour salarier du temps médical pour une solution alternative.

Le poids de ces trois sections est très inégal. Selon le type d'établissements, l'hébergement représente entre 46,5 % et 53,8 % de la charge totale, la section soins entre 31,5 % et 38,5 % et la section dépendance entre 14,4 et 15,7 %³⁵.

Les dépenses des ARS et des départements sont passées de 8 608 M€ en 2011 (dont 76,6 % de dotations soins des ARS) à 11 238 M€ en 2019 (dont 78,2 % des ARS), soit une augmentation de 31 % entre 2011 et 2019. Cette évolution est presque trois fois plus forte que la croissance du PIB sur la même période (+ 12 %). L'augmentation des dotations est liée aux installations de places et à l'effort de médicalisation au sein des Ehpad dans les conventions tripartites puis par la réforme de la tarification à partir de 2017.

A - Des dotations soins et dépendance qui ont connu une hausse et permis une progression de la médicalisation

1 - Une importante réforme de la tarification des Ehpad pour leur médicalisation

Les réformes mises en place en 2017 concernant le financement des Ehpad

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) et la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 75) ont prévu la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) d'ici 2022, la mise en place d'un nouveau cadre de présentation budgétaire (l'état prévisionnel de recettes et de dépenses – EPRD) et une réforme des règles de détermination des ressources des Ehpad, d'une logique de couverture des charges à une logique de pilotage par la ressource, *via* les deux forfaits globaux soins et dépendance.

Le forfait global relatif aux soins et le forfait global relatif à la dépendance correspondent chacun au résultat d'une équation tarifaire. S'y ajoutent, le cas échéant, des financements complémentaires ou ponctuels. Ces forfaits seront versés à tous les établissements à l'issue d'une période transitoire durant laquelle les Ehpad convergeront vers leur niveau de ressources cible.

La mise en œuvre concrète de cette réforme, qui devait s'effectuer progressivement de 2017 à 2023, a donné lieu à des contestations et à des mouvements sociaux intervenus dans les Ehpad en 2018 après que de nombreux établissements aient constaté une baisse de leurs ressources³⁶ sur la section dépendance. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a fixé à 2021 la date limite de la convergence pour les soins.

³⁵ CNSA, *Situation économique et financière des Ehpad entre 2017 et 2018*, mai 2020. NB : la CNSA n'a pas eu accès la part de la section hébergement pour les Ehpad privés lucratifs.

³⁶ L'Igas, dans le rapport de sa mission de médiation, (Igas, *Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les Ehpad*, avril 2018) a relevé qu'« autour de 20 à 25 % [des établissements] se retrouvent avec une recette globale « soins + dépendance » en baisse (...), le « gain » sur les soins étant plus que compensé par le « perte » dépendance », ce qui l'a conduit à recommander une accélération de la convergence pour les soins ».

a) *Un effort cumulé de plus de 750 millions d'euros en cinq ans pour accompagner la réforme de la tarification en soins*

Sur la section soins, la tarification repose sur une convergence vers un tarif plafond calculé à partir d'une équation tarifaire qui repose sur le GIR moyen pondéré soins (GMPS). Cet indicateur synthétique rend compte, pour les personnes hébergées dans l'Ehpad, du niveau d'autonomie moyen (GMP, déterminé à partir de la grille Aggir) et des besoins en soins (PMP, calculés à partir du référentiel Pathos), au moyen d'un coefficient pondérant la valeur respective de chaque indicateur³⁷. Les valeurs des GMP et PMP retenues sont celles qui ont été validées par les médecins de l'ARS et du département. L'allocation budgétaire des établissements est fondée sur la formule de calcul de la ressource plafond : [nombre de points GMPS*valeur du point³⁸*capacité de l'établissement]. En cinq ans, la dotation de chaque établissement converge progressivement vers la cible.

Le principe de la réforme de 2015 consistait à permettre à des Ehpad une remise à niveau de leurs financements (le tarif plafond n'était que rarement accordé dans la période précédente). Il a permis de répartir plus équitablement les ressources et de reconnaître l'augmentation des besoins des résidents, notamment quand l'actualisation des indicateurs de soins requis et de dépendance a été réalisée (cf. *infra*). À la fin de la période de cinq ans, c'est un montant total de 762,80 M€ qui aura été délégué par les ARS aux Ehpad pour la convergence soins.

Tableau n° 2 : coût total de la réforme pour les soins

En M€	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Montant délégué ARS	51,2	72,4	160,5	204,2	274,5	762,8

Source : Instructions budgétaires 2017 à 2021, tableaux DRL

Pour les Ehpad contrôlés, la convergence soins a eu le même impact positif que celui qui a été analysé au niveau national. Seuls six des 57 Ehpad contrôlés sont en convergence négative sur la dotation soins. Il s'agit de deux Ehpad hospitaliers, trois Ehpad publics et un Ehpad privé non lucratif. Certains Ehpad contrôlés ont connu une remise à niveau d'autant plus importante que la convergence s'est appliquée à partir de nouvelles valeurs GMP et PMP validées, alors que les précédentes étaient anciennes et ne reflétaient plus la situation des résidents. Ainsi, le GMP de l'Ehpad Korian Catalogne (Pyrénées-Orientales) est passé de 765 à 804 points et son PMP de 211 à 301 points entre la validation de 2010 et celle de 2017, entraînant dès 2018 une évolution de 10 % de la dotation soins.

Les administrations en charge des travaux grand âge et autonomie estiment³⁹ qu'en 2020, la réforme de la tarification relative aux soins a induit le recrutement de 19 000 ETP supplémentaires depuis 2015.

³⁷ Le coefficient est de 2,59 pour majorer le PMP par rapport au GMP. L'équation s'écrit : $GMPS = GMP + 2,59 * PMP$.

³⁸ La valeur du point varie suivant l'option tarifaire appliquée dans l'Ehpad : tarif global, tarif partiel et selon que l'établissement dispose ou non d'une PUI.

³⁹ DGCS, DSS, CNSA, note du 2 juillet 2019 à la ministre des solidarités et de la santé relative aux travaux grand âge et autonomie : propositions de mesures relatives à la tarification des Ehpad.

Cet effet de l'augmentation des ressources sur la croissance des effectifs n'a pas toujours pu être vérifié auprès des Ehpad contrôlés. Certains se heurtent aux difficultés de recrutement. Pour d'autres la convergence permet un retour à l'équilibre budgétaire, pour certains enfin l'augmentation ne s'est pas traduite par des augmentations d'emplois rapides. Pour l'Ehpad Colisée Le Mesnil (Val-d'Oise), la revalorisation de 27 % de la dotation soins et de 13 % de la dotation dépendance a principalement permis un retour à l'équilibre des budgets soins-dépendance, ainsi que des compléments de rémunération pour les personnels en tension, sans augmentation notable d'effectifs (+ 1 ETP d'aide-soignant). L'Ehpad Les monts du matin (Drôme) a vu ses dotations soins croître de 20 % entre 2016 et 2019⁴⁰, générant des excédents, en raison d'une sous-exécution des dépenses correspondantes, en lien avec des difficultés de recrutement.

b) L'échec relatif de la réforme à enveloppe fermée sur la dépendance

Pour la dépendance, le forfait est calculé à partir du GMP et de la valeur du point, délibérée par le département, en appliquant l'équation : $[GMP \times \text{valeur du point départemental} \times \text{capacité}]$. La valeur de départ du point est déterminée comme la valeur moyenne constatée dans le département. Cette valeur ne peut être que gelée ou augmentée. La convergence vers la valeur cible s'échelonne sur sept ans. Comme l'a analysé l'Igas, à la différence de la convergence sur le soin, la convergence « dépendance » repose sur des réaffectations de ressources entre les acteurs autour de valeurs moyennes départementales⁴¹.

Parmi les Ehpad contrôlés, la convergence négative⁴² au titre de la dépendance concerne plus d'Ehpad (14) que la convergence négative pour les soins, avec une plus forte représentation des Ehpad publics. Les difficultés pour les Ehpad « perdants » ont conduit à des décisions politiques diverses de la part des départements. La date d'application de la réforme a parfois été décalée, certains ont différé l'application de la baisse des dotations, d'autres ont uniquement appliqué la convergence à la hausse ou recherché divers mécanismes de compensation. Le montant total des dotations dépendance versées par les départements a progressé principalement sous l'effet des convergences positives associées à la neutralisation des convergences négatives.

Les difficultés rencontrées par la réforme ont conduit à mettre en place, dès l'instruction budgétaire pour 2018⁴³, un mécanisme de neutralisation de la convergence négative sur les tarifs soins et dépendance, au moyen de crédits octroyés par la CNSA, afin d'éviter aux Ehpad une baisse de ressources. Selon la CNSA, l'effort de compensation a porté, de 2018 à 2020, sur près de 93 M€ (dont 62 M€ de neutralisation des pertes au titre des dotations dépendance et 31 M€ au titre des dotations soins). En 2021, l'instruction budgétaire prévoit 38 M€ pour la neutralisation de convergences négatives. Pour les Ehpad contrôlés, il est fait mention d'une compensation dans cinq Ehpad. Ce financement par la CNSA, à partir de ressources provenant pour une majeure partie de l'Ondam médico-social, contribue à rapprocher les sections soins et dépendance et annonce les réflexions sur la fusion des deux sections (cf. *infra*).

⁴⁰ Hors reprise de déficits antérieurs en 2016.

⁴¹ Igas, Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la mission de tarification des Ehpad, avril 2018.

⁴² La convergence est dite négative quand la dotation de l'Ehpad supérieure à la dotation calculée par l'équation tarifaire est ramenée progressivement vers la cible calculée.

⁴³ Instruction du 15 mai 2018 relative aux orientations de l'exercice 2018 pour la campagne budgétaire des ESMS.

2 - Des financements spécifiques marginaux à côté des crédits relevant des équations tarifaires

À côté des enveloppes portant sur le financement du fonctionnement courant des Ehpad, des crédits sont prévus chaque année pour des mesures nouvelles ainsi que pour les installations des dispositifs de prise en charge des maladies neurodégénératives en Ehpad⁴⁴ : pôle d'activités et de soins adaptés (Pasa)⁴⁵ et unités d'hébergement renforcées (UHR)⁴⁶. Ces enveloppes comprennent aussi des crédits destinés à la mise en œuvre de différentes orientations. Ainsi, en 2019, 10 M€ étaient prévus pour les infirmiers diplômés d'État (IDE) de nuit, 30 M€ pour la prévention, 20 M€ pour le passage au tarif global et 9 M€ de crédits non reductibles pour la qualité de vie au travail. Ces crédits complémentaires dédiés ne représentent qu'une très faible part des dépenses publiques alors qu'ils portent sur l'amélioration des prises en charge. Ce constat pourra conduire à interroger l'attribution de la quasi-totalité des financements sur équation tarifaire (cf. *infra*).

3 - Une meilleure qualité possible de prise en charge par le tarif global

Les données produites par la Cnam⁴⁷ pour 2018 permettent d'identifier, pour chaque Ehpad, le coût des dépenses d'assurance maladie des résidents. Les données moyennes qui en ressortent pour le coût mensuel des soins par résident sont présentées en annexe n° 4.

Le périmètre des dépenses supportées par le forfait soins de l'Ehpad varie suivant que celui-ci se trouve au tarif partiel ou au tarif global et selon qu'il dispose ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI).

⁴⁴ Il n'existe en revanche plus de grands plans nationaux. Les derniers sont le plan Alzheimer couvrant la période 2008-2012, puis le plan pour les maladies neurodégénératives couvrant les années 2014-2019.

⁴⁵ Les Pasa proposent aux résidents en Ehpad souffrant de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré des activités sociales et thérapeutiques en journée, au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement adapté à leurs besoins.

⁴⁶ Les UHR proposent un hébergement, des soins et des activités adaptées à des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée avec des troubles sévères et perturbateurs du comportement.

⁴⁷ L'outil Resid-Ehpad, devenu Resid-ESMS lors de sa généralisation aux autres structures médico-sociales, a été développé par la Cnam. Il a automatisé la transmission des listes de résidents par l'ensemble des Ehpad à leurs caisses pivots d'assurance maladie. Cette information, croisée avec le système d'information de l'assurance maladie, permet d'obtenir un état de la consommation médicale et de l'hospitalisation des résidents des structures. L'article R. 314-169 du CASF dispose que les données sont transmises chaque mois par le directeur de l'établissement ou du service à la Cnam. Le degré de couverture de Resid-Ehpad est très large, seuls 500 établissements relevant d'une caisse pivot de la MSA n'y sont pas inclus, ce qui devrait être modifié avec la mise en place de Resid-ESMS.

Les différentes options du tarif soins des Ehpad

Le tarif partiel (TP) n'intègre qu'une partie des dépenses de soins, le reste étant pris en charge à l'acte, dans le cadre de l'enveloppe de soins de ville. Sont pris en compte : les prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical et aux fournitures médicales ; les interventions du médecin coordonnateur, des infirmiers salariés ou libéraux, du pharmacien et d'auxiliaires médicaux salariés assurant les soins, à l'exception de celles des diététiciens ; les charges de personnel afférentes aux aides-soignants, aux aides médico-psychologiques et aux accompagnateurs éducatifs et sociaux (concurrentement avec les produits relatifs à la dépendance) ; l'amortissement et la dépréciation du matériel médical.

Le tarif global (TG) intègre presque toutes les dépenses de soins : aux dépenses énumérées pour le tarif partiel s'ajoutent celles destinées à couvrir les rémunérations ou honoraires versés aux médecins spécialistes en médecine générale et en gériatrie et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie (à l'exception des examens réalisés avec des équipements médicaux lourds, par exemple). Le tarif global, en salariant du temps médical, permet d'éviter les ruptures de soins entre résidents et médecins traitants libéraux (départs à la retraite non remplacés, etc.).

Ces deux tarifs varient suivant que l'établissement dispose ou non PUI. Quand l'établissement dispose d'une PUI, le tarif comprend les médicaments selon une liste fixée réglementairement, qui exclut les médicaments à usage hospitalier.

La valeur du point des équations tarifaires, qui détermine le forfait global soins de l'Ehpad, tient compte de l'option tarifaire et de la présence ou non dans l'établissement d'une PUI. En 2021 les valeurs des points sont les suivantes : 12,44 € (tarif global sans PUI), 13,10 € (tarif global avec PUI), 10,48 € (tarif partiel sans PUI), 11,11 € (tarif partiel avec PUI).

Au 31 décembre 2018, les Ehpad France entière et DOM se répartissent en 71 % en TP sans PUI, 1 % en TP avec PUI, 11 % en TG sans PUI et 17 % en TG avec PUI⁴⁸.

Tableau n° 3 : estimation des dépenses de soins de ville et d'hospitalisation (2018)

	Tarif partiel sans PUI	Tarif partiel avec PUI	Tarif global sans PUI	Tarif global avec PUI	Total
Nb de places d'Ehpad	418 487	5 894	64 836	100 201	589 419
Hospitalisations et urgences	763 M€	10 M€	102 M€	146 M€	1 022 M€
Montant mensuel moyen par résident	160 €	156 €	138 €	128 €	
Soins de ville	1 155 M€	8 M€	111 M€	67 M€	1 341 M€
Montant mensuel moyen par résident	242 €	118 €	150 €	59 €	

Source : Cour des comptes sur la base des données de l'assurance maladie

⁴⁸ CNSA, *Situation économique et financière des Ehpad entre 2017 et 2018*, mai 2020, données Hapi.

Les dépenses de médecine de ville et d'hospitalisation, qui interviennent en sus du forfait de soins versé sous forme de dotation, représentent pour les Ehpad en tarif partiel sans pharmacie en moyenne 33 % des dépenses totales de soins (mais seulement 13 % pour les Ehpad en TG avec PUI).

En appliquant au nombre total de places en Ehpad⁴⁹ les moyennes de coûts mensuels par résident constatés par l'assurance maladie dans les Ehpad relevant majoritairement du régime général, les dépenses totales de médecine de ville et d'hospitalisation sont estimées au total pour 2018 à 2,36 Md€, dont 1,34 Md€ de soins de ville.

Si le coût mensuel complet d'un résident en Ehpad à tarif global est supérieur de 11% au coût d'un résident en Ehpad à tarif partiel, dans les établissements sans PUI, l'écart de coût n'est que de 2% dans les établissements avec PUI. Ces résultats sont à prendre en compte au regard de la qualité apportée par le tarif global pour la prise en charge du résident (cf. *infra*). Les données montrent en effet que les hospitalisations sont sensiblement moins importantes pour les Ehpad en tarif global que pour les Ehpad en tarif partiel (de l'ordre de 15 % de coût d'hospitalisation en moins), ce qui contribue à faire diminuer la dépense publique totale et à améliorer la qualité de prise en charge.

B - La persistance d'une répartition inéquitable selon les territoires

1 - Des écarts entre les régions ne se résorbant pas

Entre 2010 et 2019, la médiane régionale du nombre de places en établissements et services financés par l'assurance maladie pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus est passée de 131,5 à 127,7. La dispersion des taux d'équipement interrégionaux s'est accentuée, passant de 15,9 % à 16,7 % alors qu'elle a baissé au niveau interdépartemental, passant de 21,6 % à 19,2 %. La CNSA précise que les disparités se concentrent sur l'offre en institution par rapport à l'offre de service.

Entre 2010 et 2019, l'effort financier de l'assurance maladie pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus est passé, en moyenne nationale pour la France métropolitaine, de 1 861 € à 2 322 €. La médiane des régions est passée de 1 832 € à 2 323 €. L'écart interrégional a augmenté de deux points, passant de 10 % à 12 %, alors que l'écart interdépartemental est resté stable à 16 %. Cet indicateur, en prenant en compte les actes infirmiers de soins, permet de constater qu'ils contribuent à minorer les écarts entre les régions et départements.

Sur neuf ans, entre 2010 et 2019, les écarts interdépartementaux ont diminué alors que les écarts interrégionaux ont augmenté, tant en dépenses d'assurance maladie par personne âgée qu'en équipement en capacité d'accueil en établissement. Ce dernier constat milite en faveur d'une action plus efficace de la CNSA en vue d'une répartition plus équitable de l'offre sur le

⁴⁹ Données 2018, assorties d'un coefficient de 0,95 pour prendre en compte le taux d'occupation.

territoire, notamment au moyen d'indicateurs plus fins développés par la Drees relatifs à « l'accessibilité potentielle localisée »⁵¹.

2 - Le faible effet redistributif des dotations allouées par la CNSA

Peu après la création de la CNSA, son conseil a, en 2006, adopté des critères de répartition des crédits de création de places nouvelles entre les régions. Ils consistaient à attribuer une partie des crédits (50 %) proportionnellement à la population de chaque région, et l'autre partie (50 %) dans un objectif de rattrapage des taux d'équipement. Si cette méthode et ces critères de répartition ont effectivement favorisé le renforcement et le développement de l'offre médico-sociale dans toutes les régions, ils n'ont pas permis un rééquilibrage territorial.

La Cour des comptes a souligné, dans ses rapports de 2013⁵² et 2018⁵³, les insuffisances des modalités de répartition des crédits par la CNSA et préconisé une véritable prise en compte des besoins différenciés des territoires. La CNSA a utilisé de nouveaux critères de répartition de l'offre pour les mesures nouvelles. Cependant, les inflexions sur l'offre existante restent marginales.

L'essentiel des dotations attribuées par la CNSA aux ARS (97 % sur le champ personnes âgées) est constitué par le financement des établissements existants. La réduction des écarts entre ARS pourrait s'opérer, le cas échéant, sur les mesures nouvelles versées annuellement aux ARS (environ 2 % du total des dépenses).

Il n'a pas été porté à la connaissance de la Cour, s'agissant de ce domaine, de recherches concernant des indicateurs révélateurs du niveau de besoins à couvrir ni de la combinaison de ces indicateurs (en les pondérant) dans un « indice global de besoins », à l'instar de ce qui a été établi dans le domaine des personnes handicapées. La Cour invite la CNSA à élaborer des indices globaux de besoins dans le domaine des personnes âgées selon un processus proche de celui qui a été utilisé dans le domaine des personnes handicapées. Sur la base des dotations cibles ainsi établies dans le domaine des personnes âgées, la CNSA pourrait, chaque année, agir pour réduire les disparités de l'offre médico-sociale entre les régions, en ne se contentant pas de répartir les moyens nouveaux mais en prenant en compte l'offre existante et ses projections à long terme. Cette évolution devrait faire l'objet d'une action coordonnée avec les ARS et les départements pour la programmation de l'évolution de l'offre. Des taux de modulation relativement faibles (de 0,5 % à 2 % par exemple selon les ARS) pourraient être envisagés pour ces dotations, afin de ne pas déstabiliser les établissements dans les régions « prélevées » et permettre à l'offre de s'adapter.

⁵¹ Les indicateurs d'accessibilité potentielle localisée aux diverses structures d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie au niveau communal reposent sur trois axes : l'estimation des besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes au niveau communal, l'estimation de l'offre de prise en charge à destination des personnes âgées dépendantes au niveau communal et la mesure de l'adéquation de l'offre aux besoins de prise en charge de la perte d'autonomie.

⁵² Cour des comptes, *La mise en œuvre des missions de la CNSA*, communication à la commission des finances et à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, octobre 2013.

⁵³ Cour des comptes, Rapport public annuel 2018, « *La CNSA : des missions mieux assurées, des progrès à poursuivre* », février 2018.

C - Des modalités de financement à simplifier et devant mieux correspondre à la réalité des établissements

La réforme du financement qui a accompagné le développement des Ehpad s'est fondée, depuis 1999, sur une tarification ternaire qui, à côté des progrès réalisés, emportait des effets indésirables. Le nouveau modèle de financement, préparé depuis 2009 et pleinement appliqué depuis 2017, dont la pérennité n'est pas mise en cause, a cherché à mieux objectiver les financements, mais doit lui-même être amélioré, notamment pour mieux prendre en compte la diversité des besoins de prise en charge des résidents.

1 - Une tarification ternaire désormais source de complexité et d'inégalités

a) Une nécessaire redéfinition du rôle des ARS et des conseils départementaux

La coexistence de trois sections, correspondant à trois sources de financement, a de moins en moins de sens au fil du temps et est facteur de complexité et d'inégalité territoriale. La frontière entre les dépenses qui relèvent du soin et celles qui relèvent de la dépendance est artificielle. Elle ne correspond pas à une identification tangible de différentes modalités de prise en charge. La distinction n'a pour objet que de définir une règle de co-financement entre ARS et département, à l'image de la règle de partage des postes d'aide-soignant. Cette organisation entraînait, avec le précédent régime de tarification, des négociations financières propres à chaque financeur, ARS d'une part et département d'autre part. Avec la réforme de la tarification, la distinction de financement ne se traduit que par l'application d'une valeur de point GIR différenciée selon les départements.

Or, les valeurs des points GIR départementaux en 2021⁵⁴ présentent des écarts allant de 6,20 € (Alpes-Maritimes) à 9,47 € (Corse) et 11,80 € en Guyane, avec une valeur moyenne à 7,34 €. Au-delà de l'opacité du calcul du point et des conditions de son évolution, ces écarts introduisent une disparité excessive dans les ressources allouées aux Ehpad, selon leur département d'implantation, impliquant une iniquité des conditions de prise en charge.

La part des financements départementaux ne cesse de décroître. En effet, la séparation des financements du soin et de la dépendance est de moins en moins nette : en premier lieu, les mesures prises lors de la réforme de la tarification, pour compenser les convergences négatives sur les forfaits dépendance, versés par les départements, ont été financées par des crédits de l'objectif général de dépenses (OGD) de l'assurance maladie. En second lieu, ce sont également des crédits de l'OGD qui ont financé les mesures de revalorisation salariale prises dans le cadre du Ségur et affectant les charges de personnel rattachées à la dépendance. Ces interventions des crédits d'assurance maladie sur le financement de la dépendance montrent que les départements ont peu de latitude financière pour contribuer aux réformes de la prise en charge en Ehpad : l'évolution attendue du modèle Ehpad dépend d'un pilotage et d'un financement national, que le maintien du régime de co-financement actuel ne permet pas de simplifier.

La construction d'un modèle unifié de tarification, où l'assurance maladie assumerait le financement quasi intégral des charges relatives aux soins et à la dépendance, permettrait de

⁵⁴ Données publiées en *open data* par la CNSA.

mettre en cohérence et de simplifier la structure de financement, ainsi que de regrouper, au niveau des ARS, les discussions financières relatives à la prise en charge des personnes.

Cette réforme préconisée par le rapport Libault⁵⁵ est aussi revendiquée par les fédérations représentatives du secteur. Elles font notamment valoir la part relativement faible du financement des départements (sur une enveloppe cumulée soins et dépendance) par rapport aux ARS, pour promouvoir une tarification unifiée et un financement géré par les ARS.

Une réforme de la tarification des Ehpad, reposant sur la fusion des sections tarifaires soins et dépendance au sein d'une section unifiée au titre des soins et de l'autonomie des résidents, était envisagée dans le cadre du PLFSS pour l'année 2022. L'instauration d'une valeur nationale du point GIR a été envisagée dans le cadre du projet de fusion des sections « soins » et « dépendance » des Ehpad. Dès lors que la fusion des sections n'a finalement pas été intégrée au PLFSS 2022, l'homogénéisation du point de GIR n'a pas été amorcée, pour éviter d'imposer des charges supplémentaires aux départements. La Cour estime cette réforme nécessaire.

Il convient par ailleurs d'assurer la neutralité budgétaire globale de la réforme, entre d'une part les économies qu'elle entraînera pour les départements (et qui devront s'accompagner d'une modulation des dotations qui leurs sont versées) et, d'autre part, les coûts supplémentaires qu'elle générera pour l'assurance maladie (qui devra bénéficier d'un transfert de financement).

La fusion des sections soins et dépendance, accompagnée d'une convergence nationale des valeurs de point GIR des Ehpad constitue donc un objectif légitime de simplification et d'équité qui fait largement consensus. La direction de la sécurité sociale (DSS) estime à 0,3 Md€ le coût d'une convergence de la valeur du point GIR pour la section dépendance vers le 9^{ème} décile.

Les départements interrogés pour l'enquête, s'ils reconnaissent l'utilité de simplifier la tarification, s'interrogent sur la place qui leur sera laissée afin d'organiser les parcours des personnes âgées avec la prise en charge à domicile⁵⁶. À cet égard, outre l'habilitation à l'aide sociale, les départements sont amenés à garder une place importante auprès des Ehpad, qui pourrait se concrétiser par un cadre dédié à l'insertion dans le territoire dans les CPOM et dans une participation au pilotage des dispositifs d'Ehpad « centre de ressources ». Comme la Cour l'a recommandé dans son rapport sur la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées⁵⁷, les départements doivent être confortés comme responsables de la politique de prévention dans les territoires.

La fusion des financements soins et dépendance des Ehpad s'inscrit dans un objectif de meilleure articulation des rôles respectifs des ARS et des départements dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Le renforcement de la place des ARS en matière de

⁵⁵ Proposition n° 125.

⁵⁶ Trois des cinq départements contrôlés et interrogés ont répondu à la Cour des comptes. Le département de la Drôme est favorable à la fusion des sections soins et dépendance mais sous l'égide du département. Celui de la Meurthe-et-Moselle reconnaît également l'intérêt de la fusion des deux sections, l'allègement que cela pourrait constituer pour les équipes de tarification et indique comment le département pourrait continuer à œuvrer, sans prendre position sur quelle devrait être l'autorité unique de tarification. Celui de Haute-Garonne ne s'exprime pas sur cette recommandation.

⁵⁷ Cour des comptes, *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées*, rapport public thématique, novembre 2021.

prise en charge médicalisée des résidents en Ehpad doit s'accompagner ainsi d'une consolidation du rôle des départements sur les politiques de maintien à domicile et sur l'organisation territoriale de l'offre.

b) La nécessité d'une meilleure connaissance de la section hébergement

La CNSA, ainsi que les ARS et les départements, manquent d'informations sur les dépenses d'hébergement des Ehpad privés, non habilités à l'aide sociale. Ceux-ci ont en effet des obligations de communication d'informations réduites sur la section hébergement, prévues par la réglementation⁵⁸. Il s'agit pourtant de parties majeures des budgets des Ehpad : pour les cinq Ehpad d'un des deux groupes privés lucratifs contrôlés, la section hébergement représente de 68 % à 56 % des produits. À titre de comparaison⁵⁹, dans les Ehpad rattachés à un établissement public de santé, la section hébergement ne représente que 45,8 % du budget.

Il est regrettable que les écarts considérables liés aux tarifs hébergement ne puissent pas être analysés, pour en connaître l'effet sur la prise en charge des résidents. En effet, une part conséquente des actions de prévention est susceptible d'émarger sur l'hébergement, en particulier ce qui relève de l'animation et de la vie sociale, ainsi que la contribution notamment de l'alimentation à l'état de santé des personnes.

De plus, la fonction immobilière, reposant en totalité sur l'hébergement, interagit à plusieurs égards avec l'accompagnement en soins. La qualité de l'architecture et l'adaptation des locaux influe directement sur la prise en charge, en particulier pour les troubles cognitifs. L'organisation des locaux peut également fortement impacter l'efficacité de l'organisation et la disponibilité des effectifs, comme le montre notamment l'exemple de l'Ehpad Le Grand Âge à Alfortville (Val-de-Marne), où la dispersion des sites de taille réduite génère une affectation des ressources humaines peu performante. Dans certains cas, une rénovation ou une reconstruction peut générer un gain d'efficacité sensible sur les dépenses de soins.

Par ailleurs, l'absence d'information sur les charges et les produits de la section hébergement ne permet pas de vérifier notamment la correcte imputation des charges du personnel pour les agents faisant fonction d'aide-soignant, particulièrement s'agissant des nombreux faisant fonction. Il n'est pas possible également de contrôler la nature et l'origine des excédents de gestion réalisés.

2 - Des modalités de financement à faire évoluer pour mieux s'adapter à la réalité de la population et plus prendre en compte les politiques de santé publique

Les équations tarifaires pour les soins et la dépendance déterminent de façon automatique la dotation de l'établissement. Ce système représente un progrès en permettant de sortir d'une reconduction des dotations à l'historique, de donner un caractère objectif aux dotations et de financer avec équité les établissements. Des améliorations techniques doivent cependant lui être apportées.

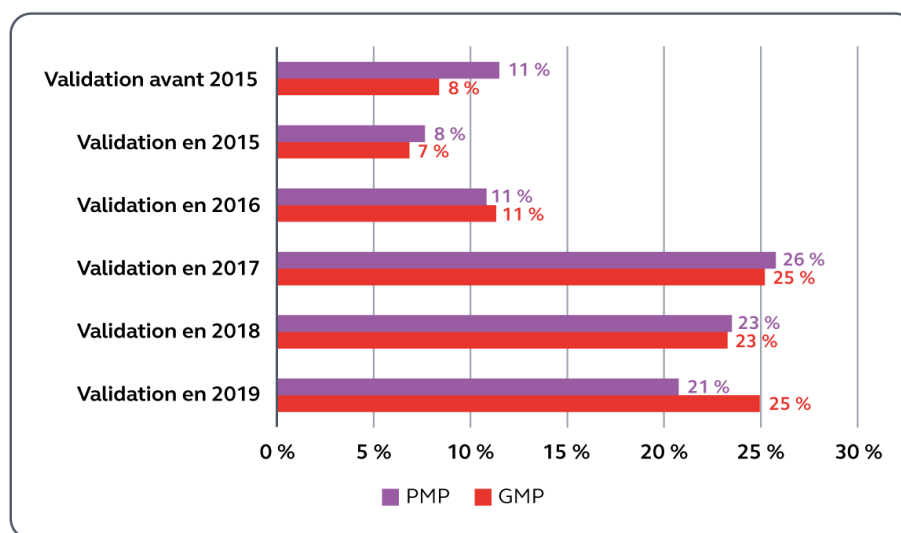
⁵⁸ Article R. 314-216 du CASF.

⁵⁹ CNSA, *Situation économique et financière des Ehpad entre 2017 et 2018*, mai 2020.

a) *Résorber le retard des coupes (GIR et Pathos) qui fondent les équations tarifaires*

La réglementation⁶¹ prévoit que les PMP et GMP soient recalculés avant la conclusion du CPOM, soit tous les cinq ans, et au cours de la troisième année du même contrat. Cependant, le rythme réel de mise à jour des coupes⁶² ne respecte pas souvent ce calendrier.

Graphique n° 1 : part des Ehpad selon l'ancienneté de validation des coupes GMP et PMP (données 2019)



Source : Cour des comptes à partir du tableau de bord de la performance des ESMS en 2019

Concernant le GMP⁶³, 73 % des Ehpad ont une coupe validée au cours des trois dernières années, 18 % ont des coupes qui datent de 2015-2016 et 8 % ont une coupe antérieure à 2015. Concernant le PMP⁶⁴, 70 % des Ehpad ont une coupe validée au cours des trois dernières années, 18 % ont des coupes qui datent de 2015-2016 et 11 % ont une coupe antérieure à 2015. Ces données montrent qu'un nombre non négligeable d'Ehpad dispose de coupes anciennes (antérieures à 2015) et que seuls 70 % des Ehpad restent, pour le PMP, dans un rythme triennal.

Parmi les Ehpad contrôlés, sept disposent de dates de validation antérieures à 2015. Pour l'Ehpad Les Opalines à La Ciotat (Bouches-du-Rhône), dont les dotations sont calculées jusqu'en 2019 sur des coupes validées en 2010, le retard dans la prise en compte de l'évolution des besoins des résidents aurait eu un impact de 300 000 € pour l'établissement de 2016 à 2019. Pour l'Ehpad du centre hospitalier de Gournay-en-Bray (Seine-Maritime) dont la coupe validée date de 2013, l'écart de dotation soins est estimé à 308 000 € pour 2020, en se référant aux valeurs PMP et GMP estimées par l'établissement.

⁶¹ Article R. 314-170 du CASF.

⁶² Les coupes sont un système d'évaluation utilisé par les professionnels de santé pour définir les pathologies et le niveau de dépendance du résident.

⁶³ Pour 5 677 Ehpad ayant renseigné cet indicateur dans le tableau de bord.

⁶⁴ Pour 5 742 Ehpad ayant renseigné cet indicateur dans le tableau de bord.

Dans plusieurs ARS et départements, les coupes ont dû être détachées des signatures de CPOM. En Auvergne-Rhône-Alpes, du fait du retard lié à la pandémie, les coupes à mi-parcours qui paraissaient moins urgentes sont reportées en faveur des coupes de renouvellement de CPOM. Certaines coupes entraînant une revalorisation de la dotation peuvent ne pas déboucher sur des CPOM⁶⁵. Le département de l'Oise indique parfois retenir un GMP plus récent et plus favorable que celui validé conjointement avec l'ARS. Pour l'ARS des Hauts-de-France, la révision triennale n'est pas réalisable, faute de moyens en personnel. Elle se dit favorable à une réforme de la procédure de validation des coupes.

La durée de validité des coupes peut être ainsi particulièrement longue, alors qu'elles ne sont que la photographie un jour donné des soins requis des résidents et de leur dépendance. Elle ne permet pas d'adapter les financements aux besoins évolutifs des résidents et pourrait conduire à ne pas accueillir, une fois la coupe réalisée, les résidents dont les besoins sont les plus importants.

En lien avec la fusion des sections tarifaires, une évolution du rythme et des modalités de validation des évaluations des besoins en soins et de la perte d'autonomie des résidents était en discussion en 2021, pour instaurer une validation annuelle des coupes PMP et GMP par les seuls médecins coordonnateurs des Ehpad et un contrôle *a posteriori* par les médecins des ARS. Cette évolution, qui n'est finalement pas programmée, est rendue nécessaire par le manque de moyens des ARS en médecins susceptibles de valider les coupes, y compris en vacataires. Elle est à présent soumise à un chantier national sur les missions et fonctions des médecins coordonnateurs.

Cependant, il existe de fortes disparités entre Ehpad en matière d'outillage et de capacité à réaliser ces coupes. Certains disposent d'outils informatiques de traçage des soins ou d'automatisation de la grille Aggir (logiciels Osiris, Titan, Netsoins), là où d'autres en sont dépourvus. Pour certains Ehpad rattachés à un groupe, comme ceux du Groupe SOS Seniors, des procédures et des formations pour sensibiliser les équipes ont été mises en place et la coordinatrice médicale du groupe assiste les établissements pour une préparation de la coupe. Les Ehpad isolés ne disposent pas d'un tel appui. Dès lors, le passage à une « coupe Pathos » annuelle doit être accompagné d'un appui au développement des outils informatiques de traçage des soins, de formations et de conseils aux médecins coordonnateurs.

En conséquence, la Cour recommande de procéder à la réforme envisagée des modalités de validation des coupes Pathos et GIR, en accompagnant les Ehpad dans la professionnalisation et la sécurisation du processus.

b) Réformer les ordonnances Pathos

Les dotations que les ARS allouent aux Ehpad pour financer les prestations soins qu'ils délivrent sont déterminées à la fois au regard du niveau d'autonomie des résidents accueillis (mesuré par la grille Aggir) et au regard des soins médicotecniques requis compte tenu de leur pathologie (mesurés par l'outil Pathos).

Le référentiel Pathos, créé en 1997, associe à des profils de résidents, des ordonnances décrivant les soins requis pour ces profils (temps d'intervention du médecin, de l'infirmier,

⁶⁵ Ainsi en Auvergne-Rhône-Alpes au 30 avril 2021, 172 coupes ont été effectuées sans aucun CPOM finalisé.

médicaments, etc.). Le défaut le plus souvent mis en avant par les représentants du secteur est l'absence de prise en compte de la prévention. Ils donnent l'exemple de la prévention des escarres, qui mobilise du personnel et requiert du matériel adapté. Alors que celle-ci est essentielle pour éviter des soins qui pourraient ensuite s'avérer lourds, elle n'est pas valorisée, contrairement à la prise en charge des escarres.

Un comité scientifique a mené un chantier d'actualisation des ordonnances Pathos. Une nouvelle version des ordonnances a été élaborée en 2015. Elle a pour objectif de remédier à leurs principaux défauts : mieux valoriser la prévention, les thérapies non médicamenteuses et l'évolution des pathologies des personnes accueillies en Ehpad. L'impact financier calculé pourrait être, selon les options retenues, de 638 M€ à 1 198 M€⁶⁶, contribuant à renforcer le taux d'encadrement des Ehpad. À ce jour, le nouveau référentiel n'est pas encore entré en vigueur et va devoir être adapté aux réflexions sur le financement des sections soins et dépendance fusionnées.

c) Aménager le modèle financier en réintroduisant des dotations pluriannuelles pour la prévention et la qualité

À côté des dotations calculées sur la base du GMPS, des crédits complémentaires sont mobilisables, qui portent sur les prestations particulières (Pasa, UHR, accueils de jour, hébergement temporaire), ainsi que sur l'amélioration des prises en charge en Ehpad⁶⁷. Or ces crédits sont limités, même si les ARS peuvent les abonder par des marges, réduites, dégagées sur les autres financements. De ce fait, les CPOM ne disposent pas des leviers financiers de nature à permettre une amélioration des prises en charge. Ce constat doit conduire à réinterroger la place des équations tarifaires dans l'attribution des ressources.

Par ailleurs, la place quasi exclusive du mécanisme d'équation tarifaire dans le financement des soins et de la dépendance rend les Ehpad vulnérables à l'évolution de la population accueillie. Au cours des dernières années, l'augmentation globale des forfaits soins et la neutralisation des convergences négatives ont permis d'éviter des situations financières difficiles. La stabilisation du régime de financement, avec les coupes annuelles prévues, pourrait fragiliser la situation de nombreux établissements, avec des dotations plus incertaines pouvant générer des comportements de précaution, craignant de recruter le personnel nécessaire et de le stabiliser.

Afin de réduire cette incertitude, outre des mécanismes possibles d'amortisseur en cas d'évolution négative des dotations, il paraîtrait pertinent, à l'intérieur des enveloppes dédiées aux soins et à l'accompagnement, de basculer une part des financements issus de l'application des équations tarifaires vers des financements en dotation pluriannuelle pour favoriser la prévention et inclure d'autres objectifs de politique publique (amélioration de la qualité, accueil

⁶⁶ Trois hypothèses de valorisations des nouvelles ordonnances ont été réalisées par la CNSA : la première ne fait pas évoluer le périmètre des métiers qui sont pris en compte et ressort à 638 M€, la seconde valorise les nouveaux métiers : ergothérapeutes, orthophonistes, diététiciens et éducateurs sportifs pour un coût de 1 198 M€, la troisième valorise directement les temps d'interventions des professionnels selon les périmètres des métiers financés par l'Ehpad pour un montant de 953 M€.

⁶⁷ La finalité de ces crédits est définie à l'article R. 314-163 du CASF, voir détail en annexe n° 6.

de populations en situation de précarité ou de handicap, expérimentations, etc.), voire du soutien financier temporaire.

Ces financements en dotation devraient faire l'objet d'un suivi annuel au moyen d'indicateurs de réalisation d'objectifs inscrits dans le CPOM.

3 - Des prises en charge au sein des Ehpad insuffisamment diversifiées

a) Une création trop lente d'unités d'hébergement renforcées (UHR) et de pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) et le développement des unités de vie protégées

Le plan national Alzheimer (2008-2012) et le plan Maladies neurodégénératives (2014-2019) ont programmé le développement en Ehpad de places de Pasa et d'UHR⁶⁸. En 2020, 1 749 Ehpad (23 %) disposent d'un Pasa et 180 d'une UHR (2,4 %). 2 493 places d'UHR sont installées au 31 décembre 2019. Les Pasa sont présents dans tous les départements. Chaque Pasa accueille environ 30 personnes chaque année, majoritairement des résidents de l'Ehpad dans lequel le Pasa est implanté.

Pasa et UHR

Le pôle d'activités et de soins adaptés (Pasa) est un dispositif qui contribue à une prise en charge renforcée des résidents présentant un trouble du comportement modéré résultant d'une maladie neurodégénérative, altérant leur qualité de vie ainsi que celle de leurs co-résidents. Il propose durant la journée des activités individuelles ou collectives, qui concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles et cognitives conservées, à la mobilisation des fonctions sensorielles et au maintien du lien social des résidents concernés.

L'unité d'hébergement renforcée (UHR) est un lieu de vie et de soins qui fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévère. L'avis d'un psychiatre est systématiquement recherché.

Les Pasa et les UHR répondent aux exigences d'un cahier des charges qui en fixe la composition du personnel qui doit être spécifiquement formé, et des exigences architecturales pour les locaux.

La création d'un Pasa ou d'une UHR dans un Ehpad est liée à une réponse à un appel à projet de l'ARS. Leur implantation est autorisée après une visite de conformité. Elle donne lieu à un versement de crédits complémentaires du forfait soins.

La mesure de la prévalence des maladies neurodégénératives parmi les résidents d'Ehpad et en population générale n'est ni complète ni actualisée, alors que des estimations font état d'un risque de quasi doublement d'ici 2050 (2,3 millions) du nombre des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées⁶⁹. Cette évolution rendra nécessaire la

⁶⁸ En Ehpad, les objectifs initiaux du plan Alzheimer étaient la création de 25 000 places de Pasa, de 5 000 places d'UHR (dont 1 666 sur le secteur médico-social).

⁶⁹ Estimation fondée sur l'évolution de structure de la population par âge à partir des niveaux de prévalence observée, Alzheimer Europe, *Dementia in Europe Yearbook 2019 – Estimating the prevalence of dementia in Europe*.

création de 200 000 à 300 000 places supplémentaires en Ehpad, avec une approche domiciliaire limitée pour les troubles cognitifs. La création de la Banque de données nationale Alzheimer (BNA), dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, même si elle constitue un outil de surveillance épidémiologique précieux souligné par Santé publique France dans son rapport de 2017, ne permet pas l'accès à des données épidémiologiques fiables et robustes. La DGOS, qui finance la BNA, participe à la refonte de ses missions pour en améliorer le fonctionnement. Cette refonte, lancée par la feuille de route maladies neurodégénératives 2021-2022, doit se poursuivre en 2022 et 2023. Le développement de ces maladies et leur impact sur l'organisation de l'accueil en Ehpad des personnes qui en sont atteintes rendent indispensable la disponibilité des données fiabilisées.

La mesure de la prévalence des maladies neurodégénératives parmi les résidents d'Ehpad et en population générale ne paraît ainsi pas suffisamment fiable et n'est ni complète ni actualisée. Pour les résidents d'Ehpad, l'exploitation des données des cotations Pathos pourrait être assurée de façon annuelle par la CNSA, de même que l'exploitation des données des rapports d'activité médicale annuels (Rama) des Ehpad, dont elle coordonne avec la DGCS la conception d'un modèle national ainsi qu'un système d'information pour en collecter et diffuser les données. Des enquêtes épidémiologiques complémentaires devraient permettre de mesurer l'évolution générale de ces pathologies. Ces données sont en effet déterminantes pour anticiper l'adaptation de l'offre, en particulier en Ehpad.

Parmi les 57 Ehpad contrôlés, la représentation des structures spécifiques est plus importante qu'au niveau national (22 Ehpad disposent d'un Pasa et quatre d'une UHR). Par ailleurs, l'Ehpad Les Aurélias à Pollionnay (Rhône) n'accueille que des résidents atteints de troubles cognitifs, mais ne dispose pas pour autant de dispositifs spécifiques Pasa ou UHR. Parmi les Ehpad sans Pasa ni UHR, certains indiquent, comme l'Ehpad Les Opalines à Saint-Chamond (Loire), qu'il n'y a pas eu d'appel à projet de l'ARS⁷⁰. La plus grande partie d'entre eux a mis en place des unités spécifiques souvent dénommées unités de vie protégées (cf. *infra*) pour faire face aux besoins des résidents. Si les crédits liés à l'installation d'un Pasa ou d'une UHR ne sont pas compris dans les équations tarifaires et constituent des crédits complémentaires, les unités de vie protégées ne font l'objet d'aucun crédit dédié.

La place qu'occupe à présent la prise en charge des maladies neurodégénératives dans les Ehpad conduit à s'interroger sur le mode de financement des unités d'hébergement renforcées et pôles spécialisés. L'expansion de l'accueil dans les Ehpad de résidents présentant des troubles cognitifs et la gradation de l'accompagnement selon l'intensité de leurs troubles doivent conduire à en revoir les modalités. Si les nouvelles ordonnances Pathos sont prévues pour mieux prendre en compte les soins des personnes présentant des troubles neurocognitifs, le financement des besoins d'accompagnement doit aussi être mieux valorisé dans l'évaluation du GIR, pour standardiser, dans les équations tarifaires, le financement en fonction des besoins des personnes accueillies, plutôt qu'en fonction des unités et pôles autorisés.

⁷⁰ L'ARS confirme ce point en indiquant que cela est dû au manque de crédits.

b) Des expérimentations pour diversifier les publics accueillis, qui reposent sur des financements non pérennes

La diversification des accueils, par exemple pour la prise en charge de personnes handicapées vieillissantes⁷¹, passe par une période d'expérimentation comme les Ehpad contrôlés permettent de le constater. Ces expérimentations, si elles sont évaluées positivement, devraient déboucher sur un financement complémentaire intégré au CPOM, ce qui n'est cependant pas le cas, sauf exception⁷². Il en résulte des incertitudes concernant la pérennisation financière des expérimentations.

Ces constats rejoignent les précédents sur la faiblesse des possibilités financières du CPOM et militent pour la réduction de la part du financement sur équation tarifaire et l'introduction de dotations sous condition de réalisation d'objectifs du CPOM.

D - Un régime d'autorisation trop strict ne permettant pas la bonne articulation avec les services de maintien à domicile

Les établissements et services médico-sociaux, notamment ceux qui accueillent des personnes âgées et leur portent assistance, sont soumis à un régime d'autorisation, instauré par la loi du 30 juin 1975 et modifié notamment par celle du 2 janvier 2002. Le pouvoir d'autorisation, détenu pour les Ehpad conjointement par l'ARS et le département, et qui a évolué vers une procédure d'appel à projet, permet de vérifier la conformité du projet aux règles minimales de prise en charge et, surtout, de contrôler la création de places pour les différents types de prise en charge, ouvrant sur des financements publics. Cette procédure implique un cloisonnement organisationnel et financier entre Ehpad et services d'accompagnement à domicile.

Des assouplissements sont intervenus récemment, notamment avec l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, permettant la création d'organisations innovantes dérogeant aux règles du droit commun, ainsi que des expérimentations d'« Ehpad hors les murs ». Pour autant, le mouvement tendant à l'assouplissement des règles d'autorisation doit se poursuivre, notamment afin de favoriser le déploiement des Ehpad « centres de ressources ». La lourdeur des procédures actuelles (appels à projets, à candidatures, à manifestation d'intérêt) ne favorise pas les initiatives et ne permet pas de répondre aux besoins locaux pourtant bien identifiés par les gestionnaires.

Une évolution du droit des autorisations et des modes de financements apparaît nécessaire. Il conviendrait de promouvoir des autorisations globalisées permettant de la souplesse entre hébergement permanent en Ehpad, hébergement temporaire, accueil de jour et services à domicile, services d'aide à domicile (Saad) et Ssiad, de façon à ce qu'un seul et même opérateur puisse délivrer des prestations individualisées, à la fois de soins et d'assistance, en établissement et à domicile. Des différences pourraient toutefois subsister, notamment entre l'offre médicalisée et l'offre non médicalisée (Saad), qui est un secteur présentant une plus grande diversité d'intervenants, sachant que la possibilité d'élargir les autorisations de certains

⁷¹ Exemples en annexe n° 7.

⁷² Si l'exemple positif de l'Ehpad Mer et Pins de Saint-Brevin-les-Pins peut être relevé, d'autres expérimentations n'ont pas encore acquis de pérennisation financière nécessaire.

acteurs tels que les Ehpad n'a pas pour objectif de réduire l'offre de services restant spécialisée sur un type d'intervention.

Cette évolution doit être envisagée en intégrant la notion de « file active territoriale » de personnes âgées en perte d'autonomie⁷³. Un gestionnaire unique, disposant d'une autorisation avec un nombre global de places et porteur d'un Ehpad-pivot pour l'ensemble du dispositif, intervenant à la fois en établissement et au domicile, apporterait ainsi par exemple des prestations pouvant varier dans le temps et selon l'évolution de l'utilisateur. Il conviendra cependant d'éviter de favoriser l'émergence de monopoles locaux dans l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Une évolution du régime d'autorisation devrait ainsi permettre de faciliter la diversification des activités et services organisés à partir d'un Ehpad. Dans un cadre d'autorisation plus souple, un Ehpad devrait être en capacité de moduler son offre pour mieux adapter sa réponse aux besoins des personnes. Les modalités de régulation d'une telle offre par les autorités de tarification sont à définir au niveau du CPOM, dans le même esprit que le dispositif d'intégration des parcours des enfants en situation de handicap mis en place par l'article 91 de la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé.

⁷³ Cette évolution pourrait s'inspirer du secteur du handicap et plus particulièrement du dispositif intégré thérapeutique éducatif et pédagogique (Ditep). Ce dispositif intégré, dont le fonctionnement est décrit par le décret n° 2017-620 du 24 avril 2017, permet à des mineurs disposant d'une notification Ditep, délivrée par la MDPH, de bénéficier de différentes modalités d'accompagnement allant du Sessad (suivi en ambulatoire) à un accueil à temps plein de semaine sur l'un des services de l'établissement en fonction de leur âge. Il s'agit de permettre une meilleure fluidité des parcours des enfants et des jeunes accompagnés au sein du dispositif et ainsi, une meilleure adaptation de la prise en charge à leurs besoins.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les Ehpad occupent une place centrale dans la prise en charge médicalisée des personnes âgées. Avec le renforcement des dispositifs de maintien à domicile, ils accueillent une population plus âgée, plus dépendante, avec des besoins en soins qui s'accroissent. Les personnes accueillies sont désormais majoritairement atteintes de troubles cognitifs.

Face aux besoins croissants et pour renforcer la médicalisation de la prise en charge, la dépense publique consacrée aux soins et à la dépendance en Ehpad a augmenté de 30 % depuis 2011, pour atteindre 11,20 Md€ en 2019. Malgré la croissance du nombre de places, la répartition de l'offre d'accueil en établissements et services demeure inéquitable, les écarts entre les régions s'accroissant entre 2010 et 2019.

La croissance de la population des personnes âgées dépendantes et l'évolution de leurs pathologies placent les pouvoirs publics devant des choix majeurs quant aux modalités de leur prise en charge. La plus importante réforme réalisée ces dernières années a été technique, concernant la tarification des Ehpad. Le financement ternaire des Ehpad crée une segmentation artificielle et inefficace entre les sections soins et dépendance et un manque de transparence sur la section hébergement des Ehpad privés lucratifs. L'importante réforme réalisée ces dernières années, avec le passage à une tarification des sections soins et dépendance reposant strictement sur le GMP et le PMP, a atteint ses objectifs de convergence pour les soins, mais elle demeure encore inadaptée, en raison du retard dans la validation des coupes et dans la prise en compte de la réforme des ordonnances Pathos. Par ailleurs, elle ne laisse pas de marges de manœuvre aux tutelles et aux établissements pour mieux financer l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents et la diversification des accueils, rendue nécessaire par l'évolution des pathologies, par ailleurs insuffisamment évaluées notamment en matière de troubles cognitifs.

Les évolutions vers de nouveaux modèles de structures intégrées de type « centre de ressources » se heurtent à la rigidité du régime des autorisations.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 1. Mieux prendre en compte les personnes atteintes de troubles cognitifs, en :
 - complétant et fiabilisant les données relatives à la prévalence des maladies neurodégénératives (MND) pour être en mesure d'adapter l'offre de prise en charge des personnes qui en sont atteintes, notamment en Ehpad (DGOS, DGCS, CNSA, SPF) ;
 - intégrant, dans les indicateurs de dépendance (GIR moyen pondéré) ou de niveau de soins nécessaires (Pathos Moyen Pondéré), les besoins spécifiques liés aux troubles cognitifs, pour permettre de financer, sans perte de ressource pour les Ehpad, les prises en charge des personnes concernées (DGCS, CNSA).*
 - 2. Fusionner les sections soins et dépendance sous l'égide des ARS afin de simplifier la tarification des Ehpad et de réduire les disparités départementales (DGCS, CNSA).*
 - 3. Rendre annuelle l'évaluation déclarative des GMP et PMP, et aider les établissements à développer des outils informatiques nécessaires (DGCS, CNSA).*
-

Chapitre II

Une prise en charge médicale insuffisante malgré les efforts réalisés

I - Des manques persistants de personnels qualifiés

A - La difficulté à assurer l'accompagnement en soins avec les effectifs disponibles

L'équipe soignante des Ehpad est composée du médecin coordonnateur⁷⁴ qui, sous l'autorité du responsable de l'établissement, assure l'encadrement médical de l'équipe soignante, des infirmiers auxquels revient la préparation et la distribution des médicaments, des aides-soignants et aides médico-psychologiques qui assistent les résidents dans l'accomplissement des activités quotidiennes. Des personnels paramédicaux peut aussi intervenir, à temps non complet : psychologues, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens. Les agents de services hôteliers effectuent pour leur part des missions d'entretien des locaux et de portage de repas. Cette dernière catégorie constitue la deuxième par son nombre et sa présence au sein des établissements, après celle des aides-soignants. Il n'existe pas actuellement de normes en matière de taux d'encadrement en Ehpad, pour les personnels de soins.

1 - Des effectifs de soins qui ont augmenté, sans visibilité sur le niveau nécessaire pour garantir l'accompagnement du résident

a) Un encadrement en progression mais des ratios de référence à définir

Selon l'étude de la Drees de décembre 2020 précitée⁷⁵, entre 2011 et 2015, le taux d'encadrement dans les Ehpad est passé de 59 à 63 équivalents temps plein (ETP) pour 100 places installées, soit une augmentation moyenne de 6,5 %, touchant principalement les postes d'aides-soignants, dont le ratio est passé de 17 ETP pour 100 places à 20, soit les trois quarts de l'augmentation du taux d'encadrement, et les postes d'infirmiers, dont le ratio est passé de

⁷⁴ Ses missions sont définies par l'article D. 312-158 du CASF.

⁷⁵ Drees, *Études et Résultats* n° 1172, décembre 2020.

5 à 6. Pour l'ensemble du personnel soignant, ce taux s'établissait à 31 ETP (39 ETP en comptant 30 % du temps d'agent de service). L'ensemble des politiques menées depuis 2015 vise à renforcer cet encadrement. Selon le ministère, la réforme tarifaire instaurée par la loi ASV et la modification des modalités de calcul des dotations ont permis une augmentation du taux d'encadrement de 3,76 ETP pour 100 lits entre 2015 et 2021. En 2021, les différentes mesures d'augmentation des forfaits de soins (actualisation des coupes Pathos et GIR, poursuite de la convergence tarifaire en soin) devrait porter à hauteur de 200 M€ sur les budgets dédiés aux personnels de soins dans les Ehpad et permettre l'augmentation d'un peu moins de 4 400 ETP des effectifs.

L'échantillon des Ehpad contrôlés confirme une tendance à l'augmentation des effectifs de soins au cours de la période examinée, généralement associée à une extension des capacités des établissements, à l'image de l'Ehpad Le Conte à Pomarez (Landes), de celui du centre hospitalier de Crozon (Finistère), où 48 emplois ont été créés en cinq ans, ou encore de celui du Parmelan à Annecy (Haute-Savoie) qui a vu ses effectifs d'aides-soignants et d'infirmiers progresser de 8 % sur la période. Certains établissements ont vu leurs moyens progresser sans pour autant que cela se traduise immédiatement dans une progression des effectifs ; ainsi l'Ehpad Korian Catalogne de Perpignan (Pyrénées-Orientales), en dépit des effets positifs de la convergence tarifaire, a tardé à mettre en œuvre les moyens en personnel correspondant à cet accroissement⁷⁶. D'autres Ehpad ont profité des augmentations de dotations pour remettre à l'équilibre leur budget soins et dépendance.

Cependant, les taux d'encadrement demeurent encore insuffisants. La grille Aggir a été construite, à l'origine, en établissant une équivalence entre nombre de points par niveau de GIR et besoins de soins, en temps de personnel. Sur la base de cette équivalence, le niveau de GIR moyen pondéré (GMP) national de 723 points en 2018 correspond à un ratio d'effectifs de 57 ETP pour 100 résidents. L'écart entre le taux d'encadrement en personnel de soins et le ratio issu du modèle GIR correspondrait à un besoin d'augmenter l'effectif de soins de 45 % (+ 18 ETP pour 100 places) – croissance qui ferait augmenter le taux d'encadrement global de plus de 25 %.

Cependant, plutôt qu'un ratio de personnel global, ou même ciblé sur les personnels de soins, il pourrait être pertinent de définir, à la manière de la réglementation relative à l'accueil des jeunes enfants, des ratios du nombre maximum de résidents à prendre en charge par professionnel de soins qualifié, en fonction du niveau d'autonomie et construire une pluralité de ratios sous forme de référentiels de bonnes pratiques⁷⁷.

⁷⁶ Le groupe Korian justifie ce retard par la nécessité de résorber les déficits antérieurs et par les tensions en matière d'emploi sur les métiers du soin.

⁷⁷ Ratio d'aides-soignants en journée, ratio de personnel de nuit, ratio d'infirmier.

Les normes d'encadrement dans les autres pays

Les taux d'encadrement en maisons de retraite sont un sujet d'analyse important, en France comme dans les pays étudiés, en lien avec la qualité de service mais aussi avec l'attractivité des emplois pour les professionnels. À l'exception de l'Allemagne depuis juin 2021, aucun pays n'a mis en œuvre des taux d'encadrement globaux opposables dans les établissements d'hébergement, la responsabilité d'adapter les effectifs aux besoins incombant aux directeurs d'établissement au Canada, au Danemark et en Suède. Pour autant, des grilles prévoyant des quotes-parts de qualifications requises et financées (infirmiers, rééducateurs, aides-soignants), en fonction du nombre de résidents, et parfois aussi de leurs profils, sont modélisées dans l'allocation de ressources en Allemagne ou encore en Belgique.

Dans les établissements japonais s'apparentant aux Ehpad, les normes d'encadrement soignant sont fonction de l'effectif accompagné mais aussi du niveau des qualifications. Deux spécificités sont à souligner toutefois : un référentiel d'encadrement infirmier élevé, soit un pour trois résidents, d'une part, et la présence dans les normes de la compétence en diététique, d'autre part.

b) Des organisations à améliorer

Un taux d'encadrement plus élevé ne garantit toutefois pas la qualité de la prise en charge, qui peut être entravée par les contraintes immobilières ou organisationnelles. Ainsi l'Ehpad Gabriel-Martin, à La Réunion, avec un taux d'encadrement soins de 41,5, dont 15,7 pour le seul personnel infirmier, est au-dessus des ratios les plus fréquemment constatés. En revanche, les conditions d'accueil des résidents apparaissent en dessous des standards, beaucoup étant accueillis en chambre double⁷⁸. De même à l'Ehpad public « Le Grand âge » d'Alfortville (Val-de-Marne), les aides-soignants sont présents en nombre mais ne sont pas toujours disponibles pour le résident aux moments clés de la journée car absorbés par d'autres tâches non liées aux soins.

L'organisation des cycles de travail est fondamentale. Ceux conçus pour assurer une présence maximale du personnel auprès du résident voient coexister plusieurs temporalités en fonction des choix des établissements. La présence continue peut-être assurée par des équipes dont les cycles sont de 12 heures ou par un mixte entre des brigades composées d'aides-soignants et d'agents de services (généralement en 12 heures) et des infirmiers chargés de les encadrer (journées de 7h30). Une continuité mal pensée de l'accompagnement peut se faire au détriment du personnel et donc du résident. Ainsi, certains établissements prévoient deux longues coupures dans la journée de 12 heures. De même, l'organisation des 35 heures sur deux semaines avec des semaines de quatre et trois jours, laisse au personnel la possibilité de se faire recruter dans d'autres établissements, entraînant une fatigue supplémentaire. Enfin, les périodes de congés peuvent être facteurs de désorganisation et entraîner l'insuffisance d'aides-soignants. Certains Ehpad ont cependant associé le personnel à la mise en place d'une organisation visant à une meilleure prise en charge du résident. Pour les Ehpad du groupe hospitalier de Mulhouse (Haut-Rhin), les cycles de travail font l'objet d'un examen par une commission associant les partenaires sociaux, avec évaluation *a priori* et *a posteriori* de la qualité de la prise en charge. D'autres Ehpad ont adapté les effectifs en fonction des temps de

⁷⁸ L'établissement indique qu'un projet de construction à neuf d'un pôle personnes âgées a recueilli un avis de principe favorable de l'ARS et du département.

la journée ; ainsi pour celui des Opalines à La Ciotat (Bouches-du-Rhône), le personnel est plus nombreux en matinée pour les toilettes et la distribution de médicaments. Au sein de l'UHR et de l'UVP de l'Ehpad Camille Saint-Saëns à Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis) du groupe SOS, le rythme des soins prévoit que les toilettes peuvent être réalisées l'après-midi. Ce même Ehpad a mis en place en 2020, au sein de l'UVP, des binômes dédiés pour permettre une meilleure complémentarité et une meilleure connaissance des résidents. L'Ehpad du Parmelan à Annecy (Haute-Savoie) a instauré un infirmier transversal « pansements » pour assurer les actes techniques plus complexes.

c) Une formation à renforcer sur la gériatrie

La qualité de la prise en charge dépend aussi de la qualification du personnel ; parmi les aides-soignants, peu nombreux sont ceux qui ont reçu une formation d'assistants de soins en gériatrie. Cette qualification, lorsqu'elle existe, n'est pas exploitée au mieux faute de temps. Les titulaires d'un diplôme d'aide médico-psychologique (AMP) n'accomplissent que rarement des missions distinctes des autres aides-soignants (AS). Ainsi, c'est une même fiche de poste pour les fonctions d'AS et d'AMP au sein de l'Ehpad du Parmelan à Annecy (Haute-Savoie), même si les AMP interviennent principalement auprès des personnes atteintes de maladies Alzheimer ou apparentées. Les agents de service hôtelier n'exercent pas de missions de soins : cependant, une partie du personnel ASH au sein du groupe hospitalier de Mulhouse (Haut-Rhin) participe explicitement aux soins, sans fondement réglementaire.

Pour les infirmiers, il n'existe pas de spécialité de gériatrie, alors que la spécificité de l'accompagnement et le niveau de responsabilité en Ehpad sont élevés, au regard d'une présence médicale limitée, pour des personnes dont l'état de santé est dégradé. La reconnaissance d'une spécialisation en gériatrie, voire d'une capacité en pratiques avancées est une piste à explorer. La DGOS mène actuellement une réflexion sur le renforcement des compétences des infirmiers en pratiques avancées mention « pathologies en soins primaires »⁷⁹, ayant vocation à prendre en charge les personnes âgées, qui pourrait répondre aux besoins dans les Ehpad.

Le renforcement de la formation et de la qualification des personnels soignants (médecin coordonnateur, IDE, aide-soignant, etc.) dans l'accompagnement des personnes âgées, en particulier en cas de troubles cognitifs, s'avère nécessaire pour améliorer la qualité de la prise en charge. Or, en plus des problèmes de formation initiale, il a ainsi été constaté une baisse du nombre de formations suivies au sein de l'Ehpad Le Mas de la Côte bleue à Martigues (Bouches-du-Rhône), avec un taux de personnel formé en diminution de 25 % entre 2017 et 2019. En 2019, au sein de l'établissement Les Monts du matin (Drôme), la plupart des formations a été suspendue du fait de l'absence de personnel disponible. La SARL Les Jardins d'Iroise ne dispose pas pour ses établissements de plan annuel de formation du personnel tout comme l'Ehpad A Ziglia (Prunelli-di-Fiumorbo en Haute-Corse). Les Ehpad rattachés à un groupe privé ou hospitalier bénéficient cependant souvent de la formation prévue en interne. L'Ehpad Saint-Denis à Vouillé-les-Marais (Vendée) consacre aussi des ressources substantielles à la formation et bénéficie, à cette fin, de subventions versées par un opérateur

⁷⁹ Dont la spécialisation porte sur différentes pathologies chroniques susceptibles de concerner des personnes âgées en Ehpad, en particulier la maladie d'Alzheimer.

de compétences. Il propose des formations qualifiantes aux agents de soins, dont 50 % ne sont pas diplômés. Des formations sur l'animation adaptée aux personnes désorientées et sur la connaissance des patients âgés atteints de troubles cognitifs sont en lien avec les caractéristiques des résidents accueillis.

2 - Les problèmes de recrutement et d'attractivité

Les difficultés de recrutement de personnel soignant en établissement et le manque d'attractivité de la filière ont été notamment soulignés par de nombreux rapports⁸⁰. Ce constat a été confirmé dans les Ehpad contrôlés, dont beaucoup sont confrontés à des vacances de postes. Afin d'y faire face, beaucoup d'établissements ont recours à du personnel contractuel de courte durée sur des fonctions d'aide-soignant. On relève ainsi 30 % d'emplois en contrat à durée déterminée chez les aides-soignants de l'Ehpad Saint-Simon de Paris et le recours aux contractuels pour assurer la continuité le week-end et pendant les vacances (Ehpad d'Ablis dans les Yvelines). De même, l'Ehpad du centre hospitalier de Crozon (Finistère) a eu recours à du personnel contractuel et intérimaire pour occuper les emplois nouvellement créés en raison de la faible attractivité des métiers du grand âge, de l'isolement géographique et de la sortie tardive des écoles de personnel infirmier. En effet, nombreux sont les personnels qui privilégient les contrats à durée déterminée voire l'intérim, qui offrent une rémunération supérieure et permettent de changer d'employeur plus facilement. Des établissements choisissent aussi la voie de l'intérim médical pour recruter du personnel infirmier, des aides-soignants ou des agents de service, ce qui constitue une difficulté pour la continuité de l'accompagnement des résidents. L'Ehpad Les Monts du matin, dans la Drôme, fait appel à du personnel intérimaire pour suppléer les vacances de poste d'infirmiers ; début 2020, il ne disposait que de trois infirmiers titulaires pour sept postes prévus. Enfin, dans certains établissements privés, la fonction d'agent de service est complètement externalisée, charge alors au prestataire de s'assurer de la permanence des effectifs (Ehpad Maison Bleue à Villeneuve-lès-Avignon dans le Gard) : ce type d'organisation accentue le risque d'instabilité des personnels qui contribuent partiellement à l'accompagnement quotidien des résidents.

Des solutions originales pour fidéliser le personnel ou développer l'attractivité

Pour fidéliser leur personnel, des groupes privés proposent des mesures spécifiques telles que des primes à l'embauche, ou des compléments santé avantageuses. C'est ainsi le cas dans plusieurs Ehpad du groupe Korian ou du groupe Colisée. Des conditions salariales plus favorables peuvent ponctuellement être proposées, notamment dans les zones frontalières où les établissements sont confrontés à une forte concurrence de l'Allemagne, de la Suisse ou encore du Luxembourg. On trouve ainsi dans des Ehpad de Mulhouse (La Filature) ou d'Annecy (Ehpad du Parmelan) des salaires plus élevés qu'ailleurs. Cette politique est également mise en place par des établissements situés à Paris (Ehpad Saint-Simon) ou sa banlieue (Ehpad Les Coteaux du groupe Colisée à Saint-Germain-en-Laye dans les Yvelines). En dépit de ces mesures, ces établissements continuent de rencontrer des difficultés pour recruter.

⁸⁰ Dominique Libault, *Grand âge et autonomie*, rapport au Premier ministre, mars 2018 ; Myriam El Khomri *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge*, rapport à la ministre des solidarités et de la santé, octobre 2019.

D'autres pistes ont été développées pour tenter d'accroître le vivier des personnels des établissements : développement de l'apprentissage (l'Ehpad Le Clos Fleuri à Fameck (Moselle) – groupe SOS – opération « un job et si j'essayais l'Ehpad »), opérations de communication spécifiques (réseaux sociaux), démarches de mutualisation (l'Ehpad du Parmelan à Annecy – Haute-Savoie) ou la création d'une passerelle de formation spécifique sur la fonction d'aide-soignant (Ehpad rattaché au GHRMSA – Haut-Rhin), mise en place d'une formation passerelle permettant aux agents de services hôteliers d'intégrer sur dossier un parcours de formation leur donnant accès à une qualification d'aide-soignant en contrepartie d'un engagement à servir.

En raison des problèmes de recrutement, il n'est pas rare que des personnes occupent des fonctions sans la qualification requise. Ce taux de personnels « faisant-fonction » était parfois particulièrement élevé pour les aides-soignants. Tel est le cas pour l'Ehpad Les Aurélias à Pollionay (Rhône), situé en milieu rural. Au sein de l'Ehpad du Parmelan à Annecy (Haute-Savoie), la moitié des personnels employés en contrat à durée déterminée se trouvent dans cette situation. Sur neuf agents de service recrutés en emplois aidés au sein de l'Ehpad Jean-Ferrat du Tréport (Seine-Maritime), quatre mentionnent des tâches en relation avec la pratique des soins. Le manque de personnel qualifié peut également se traduire par des glissements de tâches, qui aboutissent à confier des actes techniques à des personnels ne disposant pas des qualifications requises. Ainsi, au sein de l'Ehpad géré par l'Association Terre Nègre (Gironde), un glissement de tâches entre les agents des services logistiques, qui sont externalisés, et les aides-soignants est constaté. L'Ehpad du Parmelan (Haute-Savoie) en a même fait une ligne de conduite, en cas de situation de crise, puisqu'il a prévu un dispositif d'urgence de mobilisation des aidants et bénévoles pour assurer la continuité de l'activité, y compris en mobilisant du personnel administratif, ce mode dégradé n'a toutefois pas été utilisé lors de la crise de la covid 19.

Pour répondre au déficit d'attractivité des métiers du grand âge, outre les mesures de revalorisation salariale prises dans le cadre du Ségur, une campagne de recrutement, associée à un plan de formation professionnelle, a été lancée en octobre 2020. La création de plateformes sur les métiers de l'autonomie a été lancée en janvier 2021, et une simplification des dispositifs de formation est en projet, ainsi qu'une facilitation des validations de compétences. Les ARS renforcent leurs actions de soutien aux démarches d'amélioration de la qualité de vie au travail dans les établissements. Ces points méritent encore d'être fortement consolidés, comme le prévoyait le plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024, issu du rapport El Khomri⁸¹. La formation, les déroulés de carrière, la possibilité de bien exercer ses fonctions (en lien avec le taux d'encadrement), la lutte contre l'accidentologie sont des points fondamentaux. En effet, malgré les importantes revalorisations salariales, les tensions demeurent très vives dans les Ehpad en terme de ressources humaines.

⁸¹ Le plan de mobilisation comprenait 16 objectifs recouvrant un coût annuel estimé à 825 M€. La partie revalorisation salariale n'était prévue qu'à hauteur de 170 M€ et se concentrait sur la remise à niveau des rémunérations inférieures au Smic. Il comprenait également un programme national de lutte contre la sinistralité et l'amélioration de la qualité de vie au travail, une simplification des formations, la possibilité de progression de carrière. Ces mesures n'ont que peu avancé.

3 - Des conditions d'exercice difficiles et de réels problèmes de prise en charge

Les conditions d'exercice sont rendues difficiles par l'accroissement du niveau de dépendance des résidents et par un sous-effectif des équipes. L'absentéisme est fréquent, avec une médiane nationale relevée par l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) à 10 %⁸². Dans les contrôles des juridictions financières, il apparaît en progression dans la plupart des établissements. Il atteint par exemple en 2019 des niveaux de 18 % pour l'Ehpad Saint-Joseph à Saint-Jean-de-Bassel (Moselle), de 20 % à l'Ehpad A Ziglia (Haute-Corse), supérieur à 20 % à l'Ehpad de Gournay-en-Bray (Seine-Maritime) et même plus de 25 % aux Opalines à Saint-Chamond (Loire). Ces situations impliquent une forte mobilisation notamment des fonctions d'infirmier coordonnateur sur les besoins de remplacement ainsi que sur l'accompagnement des personnels remplaçants, avec des risques accentués de mauvaise appropriation des protocoles.

Peu d'établissements ont mis en place des mesures directes de lutte contre l'absentéisme : à titre d'exemple, la fondation Saint-Charles de Nancy (Meurthe-et-Moselle) a instauré une prime d'assiduité. Les Ehpad rattachés à une structure plus importante, notamment à un groupe hospitalier, bénéficient d'une plus grande souplesse pour mobiliser du personnel ; ainsi l'Ehpad rattaché au groupe hospitalier de Mulhouse (Haut-Rhin) dispose d'un logiciel dédié de volontariat permettant à des agents d'autres services d'effectuer des remplacements, lui permettant de limiter le recours à l'intérim.

La plupart des établissements se sont toutefois investis dans l'amélioration des conditions de travail, dans un objectif de prévention de l'absentéisme. Ainsi, beaucoup d'établissements se sont équipés de rails de transferts et de chaises de douches. L'Ehpad de Cusset (Allier) a mobilisé le service d'ergothérapie pour accompagner ses personnels.

Les taux de rotation du personnel soignant sont également élevés. L'instabilité dans les équipes rend difficile la formation et la montée en compétence du personnel. Les juridictions financières ont rencontré à cet égard des situations particulièrement préoccupantes. Ainsi, la rotation annuelle a pu monter à 83 % en 2017 pour les IDE de l'Ehpad La Filature à Mulhouse (Haut-Rhin), notamment en raison de l'environnement concurrentiel, avant de redescendre à 40% en 2018 et 21% en 2019. À l'Ehpad Maison Bleue de Villeneuve-lès-Avignon (Gard), au cours de l'année 2019, près de 159 personnes distinctes travaillant le jour se sont succédé pour un effectif théorique de 40 personnes, avec un taux de rotation de 50 % pour les infirmiers et de 38 % pour les aides-soignants.

Ce cumul de difficultés (insuffisance du taux d'encadrement, mauvaise organisation des cycles, absentéisme, manque de formation, etc.) peut donner lieu à de réels problèmes de qualité de prise en charge. Souvent, les plages horaires pour commencer les couchers démarrent dès 18h. Un cas particulier a été relevé avec des horaires de couchers pouvant, en fonction notamment de l'absentéisme, commencer dès 16h à l'Ehpad du centre hospitalier de Gournay-en-Bray (Seine-Maritime). Le repas du soir peut être servi tôt, sans collation, entraînant alors un jeûne long (Ehpad Le Mesnil de Bouffémont dans le Val-d'Oise). Des levers ou des couchers excessivement tôt peuvent constituer de la maltraitance pour les personnes concernées : dans

⁸² Anap, Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, premiers enseignements, juin 2018.

l'organisation des équipes, le respect du rythme de vie des résidents doit se présenter comme un impératif.

Le temps laissé pour les toilettes peut être faible dans certains établissements ; en moyenne un aide-soignant réalise neuf toilettes par jour à l'Ehpad Le Manoir du groupe Colisée à Bray-et-Lu (Val-d'Oise), soit 23 minutes par toilette ; le temps descend à 17 minutes par jour au sein de l'Ehpad du Parmelan à Annecy (Haute-Savoie). Dans plusieurs établissements, il n'existe pas d'organisation spécifique pour les toilettes complexes (Ehpad Le Mesnil du groupe Colisée dans le Val-d'Oise). Au sein de l'Ehpad Maison-Bleue de Villeneuve-lès-Avignon (Gard), la toilette est la principale critique mise en avant par les résidents ou leurs familles dans les questionnaires de satisfaction car jugée trop rapide ou effectuée de manière incomplète. La conférence nationale des directeurs d'Ehpad (CNDEPAH) estime que chaque soignant a concurrence en charge 10 résidents pour l'accompagnement du matin, ce qui se traduit par moins de 15 minutes pour la toilette, sur un temps de 43 minutes au total pour chaque résident le matin et 28 minutes l'après-midi. Selon l'association, il faudrait augmenter le temps disponible par résident à 65 minutes le matin, dont une trentaine de minutes pour la toilette et 43 minutes l'après-midi, soit un soignant pour sept résidents. Des temps trop restreints pour la toilette, à ajuster en fonction du degré de dépendance des personnes, peuvent être générateurs de maltraitance. Un suivi du temps disponible devrait faire l'objet d'une attention dans chaque Ehpad.

Par ailleurs, le Ségur de la santé a prévu diverses mesures. Une enveloppe de 1,50 Md€ a été allouée dans le cadre de la campagne budgétaire 2021 pour la mise en œuvre de la mesure socle de revalorisation salariale des personnels non médicaux, soit une augmentation de 183 € nets par mois pour les personnels des Ehpad du secteur public et privé à but non lucratif et 160 € nets par mois pour ceux du secteur privé commercial.

B - Les failles dans l'accompagnement des résidents

1 - La fonction médicale en difficulté

a) Des médecins coordonnateurs manquants dans la moitié des Ehpad

L'obligation pour tous les Ehpad de disposer d'un médecin coordonnateur a été introduite par le décret du 27 mai 2005⁸³. Cette fonction, dont la quotité est normée par l'article D. 312-156 du CASF et que la LFSS 2022 renforce avec un accompagnement financier de 36 M€, s'est imposée comme l'un des cadres structurant le fonctionnement d'un Ehpad, aux côtés du

⁸³ Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

directeur⁸⁴. Or, 32 % des Ehpad ne déclaraient aucun ETP de médecin coordonnateur en 2015⁸⁵. Selon les tableaux de bord de l'Anap au 31 décembre 2019, au moins 20 % des Ehpad n'avaient pas de médecin coordonnateur. Parmi les Ehpad contrôlés par les juridictions financières, un tiers connaissent ou ont connu récemment une vacance de poste dans la fonction de médecin coordonnateur. À titre d'exemple, l'Ehpad associatif Saint-Antoine de Desvres (Pas-de-Calais) souffre de l'absence d'encadrement médical depuis plus de trois ans, l'Ehpad ne pouvant ainsi pas assumer la totalité de ses responsabilités dans le champ du soin.

Un quart supplémentaire a une quotité de médecin coordonnateur inférieure aux seuils réglementaires⁸⁶. Des difficultés à recruter s'observent aussi bien parmi les gestionnaires publics que privés, le statut du gestionnaire n'en est donc pas un déterminant. Le secteur rural est surreprésenté, mais des vacances s'observent également en milieu urbain. Dans plusieurs cas, le médecin coordonnateur est un médecin traitant, non spécialisé en gériatrie et non formé à ces fonctions.

b) De moins en moins médecins traitants

Les consultations de médecins généralistes dans les Ehpad pris en charge par l'assurance maladie montrent une diminution : alors que les dépenses correspondantes pour les Ehpad en tarif partiel sans PUI s'élevaient entre 30 et 34 € par mois et par résident entre 2014 et 2016, elles ont baissé à 27 € en 2017 et 24 € en 2018⁸⁷. La pénurie de médecins traitants se rendant en Ehpad est un problème relevé dans plusieurs contrôles réalisés par les juridictions financières. C'est notamment le cas pour l'Ehpad Le Manoir (groupe Colisée, Bray-et-Lu, Val-d'Oise), l'Ehpad Le Parc du château (groupe Colisée, Vendevre-sur-Barse, Aube), l'Ehpad La grande prairie (SAS Medica, Monchy-Saint-Eloy, Oise) et l'Ehpad La filature (SAS MEDICA, Mulhouse, Haut-Rhin). Dans ce dernier Ehpad, 40 % des résidents n'ont pas de médecin traitant⁸⁸.

Le problème risque de s'accroître dans les prochaines années avec le départ probable en retraite d'une part conséquente des médecins traitants d'ici 10 ans⁸⁹.

Le manque de médecin traitant pour les résidents en Ehpad pose un problème aigu de santé publique. Cela est susceptible de porter gravement atteinte à la qualité de la prise en

⁸⁴ Ses missions, portent principalement sur l'admission des résidents, l'organisation de la qualité et de la sécurité des soins, avec une fonction de formation et d'encadrement technique des personnels. Le médecin coordonnateur assure également une fonction de coordination gériatrique, notamment avec les intervenants extérieurs, et de contrôle des prescriptions de médicaments. Elles ne comprennent pas le suivi individuel des résidents sauf cas particuliers.

⁸⁵ Source : Drees, Études et Résultats n° 1067, juin 2018.

⁸⁶ Le CASF ne prévoit pas de sanction particulière en cas de non-respect du temps de médecin coordonnateur. Il existe toutefois des pouvoirs de police administrative devant des « *risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies* » (article L. 313-14 du CASF) : en cas de mauvaise volonté de l'établissement, les autorités de tutelle pourraient prononcer une injonction à procéder au recrutement. Une sanction financière peut également être prononcée en cas de méconnaissance des dispositions du code, sans toutefois que cela puisse se traduire par un mécanisme de réfaction des dotations soins en raison de l'absence de médecin coordonnateur.

⁸⁷ La tendance est similaire pour les Ehpad en tarif partiel avec PUI, à un niveau inférieur.

⁸⁸ Pour faire face à ce manque de médecins traitants, le groupe Korian indique avoir développé le recours à la télé-médecine.

⁸⁹ Drees, *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ?*, mars 2021.

charge, en termes de défaut de soin, et pourrait donner lieu à un suivi de la part des ARS, au travers des rapports d'activité médicale annuels, permettant de prioriser l'accès au tarif global ou au financement de médecins prescripteurs. À défaut de ces deux modalités, les Ehpad en tarif partiel de soins ne peuvent disposer de solutions alternatives pour compenser les ruptures de soins entre résidents et médecins traitants libéraux (départs à la retraite, etc.), faute de budget pour pouvoir salarier du temps médical.

c) Des difficultés de coordination et des commissions gériatriques peu efficaces

À l'inverse de la pénurie observée dans certains territoires, le suivi médical des résidents d'Ehpad est parfois assuré par un grand nombre de médecins différents, parfois plusieurs dizaines. Dans ces conditions, la coordination et l'harmonisation de la politique de soins, en particulier concernant les consommations de médicaments, est particulièrement complexe. Dans l'Ehpad Camille Saint-Saëns du groupe SOS (Aulnay-sous-Bois, Seine-Saint-Denis), certains médecins traitants refusent de signer une convention avec l'établissement, n'utilisent pas le dossier de soins informatisé et ne préviennent pas toujours les personnels soignants de leurs visites. Même en présence de médecin coordonnateur, les commissions de coordination gériatrique ne sont pas toujours réunies.

Les difficultés dans le recrutement des médecins coordonnateurs et les manques de disponibilité de médecins traitants entraînent des problématiques de prise en charge sérieuses, en termes de prévention sanitaire et de suivi, à l'image des surconsommations médicamenteuses. Outre la formation et la qualification de nouveaux médecins en expertise gériatrique, le renforcement de la fonction de médecin coordonnateur paraît nécessaire. L'extension du tarif global et des expérimentations de médecins prescripteurs constituent des réponses complémentaires à la pénurie médicale en Ehpad. Pour renforcer l'ensemble du dispositif et assurer un suivi médical individuel intégrant une démarche de prévention, la Cour préconise la définition d'un ratio minimal de référence pour le temps de médecin prescripteur en Ehpad.

2 - Une prise en charge par les soignants insuffisamment évaluée et ajustée

a) La fonction d'infirmier coordonnateur

La fonction d'infirmier coordonnateur est bien identifiée dans le trio de direction des Ehpad. Pour autant, contrairement aux postes de directeur et de médecin coordonnateur, cette fonction n'est pas définie dans le CASF et, de fait, non quantifiée. Elle ne correspond pas non plus à une qualification particulière du diplôme d'infirmier, même si des formations existent. Les missions ne sont pas assimilables à celles des cadres de santé, que certains Ehpad recrutent néanmoins, notamment dans le secteur hospitalier. Les missions⁹⁰ sont définies par l'ordre national des infirmiers. Les difficultés de recrutement existent aussi pour les infirmiers

⁹⁰ Elles comprennent l'accompagnement des résidents et de leur famille, la gestion de la qualité, la gestion du personnel et des plannings, la gestion de la logistique des repas, du linge et de l'entretien des locaux, ainsi que la participation aux différents réseaux de santé. Certaines missions s'effectuent sous le contrôle du médecin coordonnateur.

coordonnateurs, mais les vacances de poste sont, au moins dans les Ehpad contrôlés par les juridictions financières, moins fréquentes que celles de médecin coordonnateur.

La rotation du personnel et la gestion des remplacements accaparent souvent les infirmiers coordonnateurs. Comme cela apparaît notamment dans l'Ehpad public Le Grand âge (Alfortville, Val-de-Marne), cette prédominance des tâches administratives est susceptible d'oblitérer d'autres missions essentielles, portant notamment sur l'actualisation et le suivi des protocoles de soins.

La Cour invite à mieux reconnaître la fonction d'infirmier coordonnateur. Pour assurer une effectivité et un temps disponible suffisant pour les fonctions de gestion du personnel, la définition du projet de soins et sa mise en œuvre, le portage de projets et la diffusion des bonnes pratiques, la Cour invite à définir un ratio minimal également pour cette fonction.

b) Le suivi infirmier et les autres professionnels intervenant dans l'accompagnement

Si l'essentiel de l'accompagnement quotidien en soins est effectué par les aides-soignants, les infirmiers et autres professionnels occupent une place complémentaire importante. Les infirmiers sont présents à hauteur de 5 à 6,5 ETP pour 100 places en moyenne. Les autres professions ne le sont que pour des fractions de temps et sont en général des intervenants libéraux, rémunérés en soins de ville, la grande majorité des Ehpad fonctionnant en tarif partiel.

Concernant les personnels infirmiers, la question se pose en termes de permanence, pour assurer la dispensation des médicaments et pour certains actes techniques (pansements). Il s'agit aussi d'apporter une expertise auprès des aides-soignants en cas de difficulté relevée chez une personne âgée. L'enjeu est de sécuriser la prise en charge, ainsi que de remédier aux urgences évitables.

Le problème est concentré sur la nuit, même si des manques sont parfois relevés en journée. L'organisation du travail peut en effet entraîner une discontinuité de la présence infirmière : il n'y a ainsi pas d'infirmiers à partir de 15h30 à l'Ehpad d'Ablis (Yvelines), des infirmiers libéraux passant le soir pour certains soins. Dans la plupart des établissements, l'administration des médicaments la nuit est déléguée aux aides-soignants, très peu disposant d'un infirmier la nuit. Les Ehpad hospitaliers bénéficient cependant de la proximité du centre hospitalier pour assurer cette présence (exemple de l'Ehpad du centre hospitalier d'Eu qui peut faire appel à l'infirmière du SSR). La pratique la plus répandue est le recours aux urgences et les équipes de nuit sont composées le plus souvent d'un binôme aide-soignant/agent de service, ce dernier venant prêter main forte pour les soins. Dans les contrôles opérés par les juridictions financières, de nombreux Ehpad ne disposaient pas encore de dispositif organisé d'appui de nuit aux aides-soignants. Cependant, la loi de financement de la sécurité sociale 2022 prévoit la généralisation des infirmiers de nuit à horizon 2023.

D'autres professionnels sont appelés à intervenir pour l'accompagnement des résidents, composant une équipe pluridisciplinaire : il s'agit notamment des fonctions d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, de kinésithérapeutes et de psychologues. Selon l'option tarifaire, les auxiliaires médicaux tels que les kinésithérapeutes peuvent relever d'un financement en soins de ville ou sur le budget de l'établissement. Les unités spécialisées dans l'accompagnement des maladies neurodégénératives (UHR, Pasa) font l'objet d'un cahier des charges comprenant la présence de ces spécialités, sans en définir l'effectif.

Les psychologues, considérés comme relevant de la section dépendance, ont, quant à eux, une place et un rôle qui restent à définir. Il y a aujourd'hui 0,5 ETP pour 100 places dans les établissements publics ou associatifs et 0,7 ETP dans les structures privées commerciales. Le développement de postes a été promu par certains départements au travers des conventions tripartites, voire des CPOM. La plupart des Ehpad contrôlés par les juridictions financières dispose d'un psychologue à temps partiel, parfois à temps complet. Ces fonctions ont tendance à se renforcer, voire à se spécialiser sur les projets de vie individuels⁹¹, en lien avec les missions d'animation, de lien social et d'écoute⁹². Leur rôle d'accompagnement est apparu plus fortement à l'occasion de la crise sanitaire. Suivant les propositions de la mission Jeandel-Guérin, les psychologues en Ehpad ont un rôle à jouer dans la mise en œuvre de thérapies non médicamenteuses, en particulier pour les résidents souffrant de troubles cognitifs.

En définitive, outre le cadre réglementaire des fonctions d'infirmier coordonnateur, la Cour préconise l'élaboration, au titre des recommandations de bonnes pratiques, de référentiels sur les temps de présence de médecin prescripteur et de soignants nécessaires auprès des résidents pour les principales fonctions-clés, telles que les toilettes ou la dispensation de médicaments. Ces référentiels, à décliner selon le niveau de dépendance et de besoins de soins, ont vocation à servir d'appui aux inspections-contrôles réalisées par les autorités de tarification et aux évaluations externes réformées. Pour les Ehpad, ils doivent servir d'appui à des améliorations organisationnelles, permettant de mieux répartir l'usage des ressources disponibles pour le soin et la dépendance, dans le cadre d'une tarification rénovée (cf. *supra*), et de progresser ainsi en efficience.

II - Des processus à mieux structurer pour garantir un accompagnement de qualité

A - Des dispositifs issus de la loi de 2002 qui n'ont pas porté tous leurs effets

La du 2 janvier 2002⁹³ a fixé de nouvelles règles relatives aux droits des personnes dans les établissements médico-sociaux. Afin d'assurer l'accès effectif à ces droits, elle a instauré un ensemble d'outils qui ont montré, pour certains, des limites ou n'ont pas encore été suffisamment mobilisés par les Ehpad près de 20 ans après leur introduction.

1 - Un dispositif d'évaluation à la portée limitée

Les ESMS doivent procéder régulièrement à des évaluations internes et externes de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, notamment au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. L'évaluation « interne » est conduite par l'établissement lui-même, tous les cinq ans, en associant les professionnels, les personnes

⁹¹ Place renforcée sur le projet d'accompagnement personnalisé dans les Ehpad du groupe Colisée, en lien avec la spécialisation partielle sur les troubles cognitifs.

⁹² Ehpad Korian Les Parents (Bouches-du-Rhône).

⁹³ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

accompagnées et les partenaires. L'évaluation « externe » porte sur le même champ mais est réalisée par un organisme habilité par la Haute autorité de santé (HAS), deux fois tous les quinze ans. L'article L. 313-1 du CASF conditionne le renouvellement de l'autorisation aux résultats de l'évaluation externe.

Sur l'ensemble des Ehpad contrôlés, seuls deux s'avèrent défailants en matière d'évaluations. Il s'agit de l'Ehpad de la Maison bleue à Villeneuve-lès-Avignon (Gard), qui n'a pas formalisé d'évaluation interne, et de l'Ehpad de Saint-Symphorien (Gironde), qui a présenté une évaluation interne de 2009 et n'a pas pu produire d'évaluation externe⁹⁴. Néanmoins, les contrôles révèlent cependant qu'une majorité significative de rapports d'évaluation sont relativement anciens, généralement formalisés autour des années 2013-2014 (c'est notamment le cas pour trois des cinq Ehpad contrôlés du groupe Médica⁹⁵), afin de respecter le compte à rebours des renouvellements d'autorisation⁹⁶. Pour les établissements, les évaluations internes réalisées ont, dans la majorité des cas, fait progresser les structures, identifiant des manques et dressant des pistes d'amélioration de la prise en charge. Toutefois, une part non-négligeable des structures ne s'est pas approprié ces outils. Les juridictions financières ont, de plus, constaté lors de leurs contrôles la portée limitée des rapports d'évaluation externe pour apprécier le niveau de qualité de la prise en charge. Respectant la forme attendue, ils apparaissent sur le fond peu approfondis dans des domaines essentiels, ont tendance à mettre en valeur des pratiques qui relèvent d'un fonctionnement de base et mentionnent insuffisamment les dysfonctionnements et les pistes de progrès. L'hétérogénéité des rapports d'évaluation les rend peu opérationnels pour servir d'outil de contrôle de la qualité de l'accompagnement en Ehpad. Les ARS et les départements ne s'appuient d'ailleurs que peu sur les évaluations pour programmer les inspections-contrôles, pour appuyer les diagnostics préalables aux CPOM ou même pour le renouvellement d'autorisations. Cela a d'ailleurs conduit à une refonte du système des évaluations (cf. *infra*).

2 - Des outils trop peu mobilisés dans une démarche d'amélioration de la qualité

a) Des projets d'établissement souvent inadaptés

Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans et permet de formaliser les principales actions et les orientations stratégiques de la structure, en fonction du contexte. Suite aux évaluations internes et externes réalisées, le projet d'établissement doit refléter les pistes d'amélioration. Cet outil s'avère fréquemment peu approprié : 20 % des Ehpad contrôlés en sont dépourvus, plus de 10 % sont en retard dans le renouvellement (avant même la crise sanitaire qui a tout gelé). Le retard le plus important constaté lors des contrôles concerne le projet d'établissement de l'Ehpad Maison Blanche de la Fondation Arc-en-Ciel (Doubs), échu depuis 2016. Les contenus de ces projets sont souvent insatisfaisants, celui de l'Ehpad précité ne mentionnait ni objectifs, ni modalités de suivi.

⁹⁴ Ce dernier établissement indique avoir toutefois fait réaliser une telle évaluation en 2021, postérieurement au contrôle des juridictions financières.

⁹⁵ La Filature à Mulhouse (Haut-Rhin), La Risle à Rugles (Eure) et Les Aurélias à Pollionnay (Rhône).

⁹⁶ Les autorisations des ESMS sont valables 15 ans et la loi du 2 janvier 2002 a constitué le point de départ.

b) Des conseils de la vie sociale insuffisamment réunis

Le conseil de la vie sociale (CVS) représente la principale instance de participation des usagers dans le secteur médico-social. Les CVS des Ehpad de l'échantillon sont installés et opérationnels dans la plupart des cas, malgré quelques exceptions comme ceux des deux Ehpad portés par le syndicat intercommunal à vocation unique (Sivu) « Comité des âges du Pays Trithois » (Nord) qui ne sont plus actifs depuis fin 2017. Cependant, une part significative des Ehpad contrôlés ne réunit pas assez régulièrement cette instance de participation des résidents⁹⁷. Le niveau de concertation est variable, avec des réunions qui peuvent rester formelles, sans véritable engagement de la direction à répondre, dans la mesure du possible, aux demandes, souhaits et réclamations des résidents et des familles. Certains CVS sont actifs et jouent pleinement leur rôle. Celui de l'Ehpad public départemental Mer et Pins de Saint-Brévin-les-Pins (Loire-Atlantique) se réunit très régulièrement et constitue un lieu de débats nourris qui font l'objet de compte rendus détaillés. Il joue son rôle d'instance d'expression des résidents et des familles et contribue ainsi à une gouvernance plus participative. Il exerce un réel contrôle sur la qualité de la prise en charge des résidents.

L'expression des résidents et des familles pendant la crise sanitaire

La mise en place, face à la progression de la pandémie pendant la première vague, de mesures drastiques et privatives de libertés dans les Ehpad a rapidement soulevé des questions éthiques. À l'issue de la première vague, les mesures ont été assouplies mais sont restées contraignantes durant plusieurs mois. L'accompagnement éthique a manqué auprès des professionnels, les directeurs et soignants ayant dû redonner du sens à leurs pratiques et réinventer leur métier pour maintenir la vie dans leur établissement.

Du côté des familles, des incompréhensions et des conflits se sont exprimés. Même si de nombreuses initiatives locales ont été prises afin de maintenir le lien avec l'extérieur, notamment grâce aux outils numériques, le CVS n'a pas suffisamment joué son rôle dans les décisions prises, notamment celles restrictives de libertés, dans la majorité des Ehpad. De nombreux retours de terrain font même état du fait que les CVS ne se sont pas tenus pendant la période de confinement, parfois même au-delà. Les résidents ont souffert d'un manque de participation et d'expression, ne faisant que renforcer leur situation d'isolement. La crise a été révélatrice sur le rôle croissant que doivent jouer les familles et d'une meilleure prise en compte de l'avis des résidents. Cet épisode pourrait conduire à faire évoluer le rôle des CVS, s'inspirant du modèle de la commission des usagers pour les établissements de santé.

3 - Une absence d'homogénéité des rapports d'activité médicale annuels

Le rapport d'activité médicale annuel (Rama) se présente comme un outil de pilotage interne au service des établissements, permettant le suivi annuel du projet de soins, des caractéristiques de la population accueillie et de l'évolution des bonnes pratiques de soins. Il est rédigé par le médecin coordonnateur. Les Rama sont globalement présents dans l'échantillon des Ehpad contrôlés, mais avec des contenus hétérogènes et un manque d'analyse et de suivi dans le temps. Ainsi, les Rama n'ont pas toujours été fournis avec les documents

⁹⁷ Alors que l'article D. 311-16 du CASF prévoit que le CVS doit se réunir au moins trois fois par an, une dizaine d'établissements de l'échantillon ne respecte pas cette obligation.

sollicités par les équipes de contrôle, comme au sein de l'Ehpad Le Petit bosquet, relevant du centre gérontologique départemental des Bouches-du-Rhône ou l'Ehpad de l'Association Terre Nègre en Gironde. Il n'est pas non plus produit de manière systématique, comme au sein des Ehpad du centre hospitalier d'Eu (Seine-Maritime) en 2015 et 2016 ou Hector-Berlioz de Bobigny (Seine-Saint-Denis) relevant du groupe SOS Seniors. La quantité d'informations contenues dans les Rama de l'Ehpad départemental du Creusot (Saône-et-Loire) a grandement baissé entre 2016 (105 pages) et 2019 (12 pages)⁹⁸. D'un point de vue qualitatif, les rapports transmis au titre des exercices 2014, 2017 et 2018 pour l'Ehpad du centre hospitalier d'Eu sont silencieux sur le taux de résidents hospitalisés en journée et le taux de résidents hospitalisés la nuit et les week-ends. Les Rama des Ehpad du groupe Medica ne sont pas remplis de manière complète et fiable⁹⁹. À l'inverse, le Rama de l'Ehpad Les Opalines à La Ciotat (Bouches-du-Rhône) retrace et analyse l'effectivité des bonnes pratiques mises en œuvre par les équipes sur les thématiques telles que la contention ou la nutrition. Ces outils souffrent de l'absence ou du *turn-over* des médecins coordonnateurs.

4 - L'insuffisance des projets d'accueil individualisés

Le projet d'accompagnement personnalisé vise à mettre à disposition de l'équipe pluridisciplinaire un outil de coordination et à garantir un accompagnement individualisé qui respecte les besoins, attentes et habitudes de vie du résident. Ce dernier doit être associé à sa rédaction. À l'exception de l'Ehpad associatif de Desvres (Pas-de-Calais) où il n'est présent qu'à l'état d'ébauche¹⁰⁰, la presque totalité des Ehpad de l'échantillon contrôlé a mis en place le projet d'accompagnement personnalisé, mais seulement quelques-uns le réalisent systématiquement pour tous les résidents et l'actualisent au cours de l'année.

Des exemples de bonne pratique

Au sein de l'Ehpad du centre hospitalier de Pithiviers (Loiret), le projet personnalisé est réévalué suivant les besoins du résident et *a minima* trois fois par an. Chaque soignant est le référent d'un ou plusieurs résidents et se charge de la réactualisation du projet personnel individualisé. À l'Ehpad Bossège de Saint-Laurent-Médoc (Gironde), tous les résidents disposent d'un projet de vie, comprenant leur récit de vie, avec un suivi régulier.

Le projet personnalisé de l'Ehpad Saint-Denis à Vouillé-les-Marais (Vendée) contient de nombreux éléments permettant de faciliter l'intégration du futur résident (situation de vie, protection juridique, données médicales, histoire de vie, habitudes de vie, capacités physiques et sensorielles, habitudes alimentaires, comportement, loisirs et activités, spiritualité, psychomotricité, bilan psychologique, synthèse et objectifs).

Le contenu des projets et leur suivi et donc la véritable implication de l'établissement dans l'accompagnement individualisé proposé dépend du temps et des moyens qu'il y consacre. Au sein d'un même groupe, des pratiques peuvent être divergentes. De simples formulaires

⁹⁸ L'établissement du Creusot mentionne son intention d'enrichir ce document dès 2021.

⁹⁹ Depuis ce constat, le groupe Korian a indiqué à la Cour avoir mis en place un modèle de Rama semi-automatisé afin d'harmoniser les rapports et rendre possible leur consolidation par la direction médicale.

¹⁰⁰ L'établissement affirme que, depuis le constat fait par la chambre régionale des comptes, 70% des résidents en bénéficient.

d'accueil à un véritable cahier d'accompagnement en passant par des contenus centrés uniquement sur le soin, l'outil de la loi de 2002 est très imparfaitement appliqué.

Un outil peu ou mal mis en place

À l'Ehpad du centre hospitalier de Gournay-en-Bray (Seine-Maritime), les projets personnalisés se limitent à un formulaire d'une page non élaboré de manière interdisciplinaire. À l'Ehpad Le Grand âge d'Alfortville (Val-de-Marne), les projets sont encore trop centrés sur le soin.

À l'Ehpad Maison Bleue de Villeneuve-lès-Avignon (Gard), le suivi des projets personnalisés a été confié à la psychologue qui n'est présente qu'une journée par semaine : compte tenu de ses autres tâches, cette mission n'est pas prioritaire et le travail n'a lieu que sur le temps de coupure des personnels, ce qui contribue à expliquer leur réalisation très partielle ; sur 85 résidents, seuls 7 disposaient d'un projet personnalisé.

5 - Des référentiels à la portée incertaine

Des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) puis la HAS¹⁰¹ doivent permettre de favoriser les démarches d'amélioration de la qualité. Elles présentent cependant des limites, à défaut d'objectifs quantifiés ou de références précises sur les résultats.

La mesure de la qualité de prise en charge se traduit principalement par des indicateurs de processus, autour de l'existence et du suivi des différents protocoles et de documents formalisés¹⁰², ainsi que du fonctionnement du CVS. Si ces éléments sont importants, l'adaptation de l'accompagnement aux besoins individuels et aux habitudes, le temps passé et l'attention sont tout aussi importants du point de vue du résident et reposent surtout sur la gestion du personnel : plannings des agents permettant de respecter les horaires souhaités de lever et de coucher ; temps moyen disponible par jour pour la toilette de chaque résident ; formation des personnels (et donc stabilité des modalités de prise en charge) sur l'accompagnement, en particulier pour les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. La qualité de la prise en charge est également largement conditionnée par les locaux (organisation des bâtiments, taille des chambres, présence de douches, présence de plusieurs résidents par chambre, etc.). Or, ces éléments immobiliers sont trop peu considérés.

En définitive, les Ehpad disposent, avec la loi du 2 janvier 2002, de nombreux outils mobilisables pour améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents. Cependant, ils sont rarement opérationnels et ne permettent pas de lever le doute sur le respect de la dignité des personnes accueillies dans l'ensemble des Ehpad. Ces dispositifs devraient s'inscrire, au niveau de chaque établissement, dans une démarche structurée d'amélioration de la qualité. Certaines structures ont d'ailleurs recours à des qualitiens. Mais de nombreuses autres sont restées à ce sujet dans une démarche artisanale, faisant souvent les frais des difficultés de gestion du quotidien.

¹⁰¹ L'article 72 de la LFSS pour 2018 a prévu l'intégration de l'Anesm à la HAS.

¹⁰² Remise d'un livret d'accueil comprenant la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement, conclusion d'un contrat de séjour, élaboration d'un projet d'établissement.

B - Des protocoles centrés sur les soins individuels et les démarches de l'accompagnement à la fin de vie

La mise en place d'indicateurs de qualité de prise en charge se traduit notamment par l'existence et le suivi des différents protocoles, notamment sur les chutes, les escarres et la dénutrition. La plupart des établissements contrôlés dispose de fiches de protocoles à disposition du personnel, détaillant les actions à conduire en termes de prévention ou de prise en charge, mise en place etc. Ces fiches sont mises en place par le médecin coordonnateur et doivent être actualisées régulièrement. Par exemple, au sein des Ehpad rattachés au groupe hospitalier de la région de Mulhouse Sud Alsace (GHRMSA), la prise en charge du résident fait l'objet de protocoles touchant principalement le circuit du médicament, la nutrition et la bienveillance. L'Ehpad du Sivu « Comité des âges du Pays Trithois » (Nord) a identifié sept thématiques : (dénutrition, chutes, escarres, douleur, troubles de l'humeur, risques infectieux, continuité des soins), qui font l'objet d'une prévention quotidienne, et des fiches actions spécifiques sont à disposition du personnel pour saisie sur le logiciel de soins de l'établissement des principaux indicateurs sur la douleur et les chutes. La majorité des protocoles est dédiée à la prévention individuelle et non pas collective. Leur diffusion et leur accessibilité est un enjeu de formation du personnel et de respect des bonnes pratiques. Souvent l'application des protocoles est insuffisante. À l'Ehpad Korian Catalogne (Pyrénées-Orientales), les équipes peinent à s'approprier les nombreux protocoles mis en place¹⁰³. Au sein de l'Ehpad Maison Bleue de Villeneuve-lès-Avignon (Gard), la faiblesse du temps médical conduit à leur insuffisante actualisation. À l'Ehpad Medica Saint-Simon (Paris) et à l'Ehpad La Risle à Rugles (Eure), un mauvais suivi est constaté par la mission d'audit interne du groupe.

La fin de vie fait partie du quotidien des Ehpad, cependant tous les établissements n'y sont pas préparés de la même façon. La plupart d'entre eux se sont investis dans des démarches palliatives. C'est ainsi le cas de l'Ehpad de Pithiviers (Loiret), qui a défini une procédure dite de « soins palliatifs » visant à soulager les douleurs physiques du patient et à prendre en compte sa souffrance psychologique. L'ensemble des personnels est impliqué dans cette procédure collégiale, complétée par un protocole d'administration d'une sédation, prévoyant l'association étroite de la famille et des proches du résident. Au sein de l'Ehpad du Sivu « Comité des âges du Pays Trithois » (Nord), plusieurs soignants ont été formés au toucher-massage et à l'accompagnement de la fin de vie.

En revanche, ni l'Ehpad Alexis-Marquiset (Doubs), ni l'Ehpad A Ziglia (Haute-Corse) ni l'Ehpad du Creusot (Saône-et-Loire) n'ont mis en place de procédure ni de recommandations pour l'accompagnement à la fin de vie¹⁰⁴. L'absence de recueil des directives anticipées a également été constaté au sein de l'Ehpad de la fondation Arc-en-Ciel (Doubs). Dans cet établissement, si le personnel dispose d'une procédure relative aux décès, il n'existe pas de document décrivant le processus d'accompagnement à la fin de vie.

¹⁰³ Le groupe Korian s'est, depuis lors, engagé dans une démarche de certification Iso 9 001 qui devrait permettre, selon lui, une structuration et une priorisation des protocoles.

¹⁰⁴ L'établissement du Creusot indique toutefois avoir, depuis lors, mis en place une série de mesures en ce sens : formation d'une infirmière en soins palliatifs consacrée à 20 % à cette thématique, mise en place d'une équipe de soins palliatifs interne, élaboration en cours de fiches réflexes et de protocoles, formations internes à partir de 2022.

La question de la formation du personnel à l'accompagnement à la fin de vie est une préoccupation de la plupart des établissements. À l'Ehpad Mers et Pins (Loire-Atlantique), une attention particulière y a ainsi été accordée, avec une hospitalisation à domicile en complément dans certaines situations. À l'Ehpad Korian Les Parents (Bouches-du-Rhône), la fiche de fonction du psychologue prévoit un accompagnement des résidents, sous l'angle du bien être psychologique, mais aussi des familles et des équipes de soins. Le centre hospitalier Le Chênois (Territoire de Belfort) a désigné des soignants référents douleur et fin de vie et forme les professionnels en coopération avec une équipe mobile de soins palliatifs. À l'Ehpad Les Opalines de La Ciotat (Bouches-du-Rhône), le personnel est formé et met en place des soins de confort.

De nombreux établissements ont également fait le choix de nouer un partenariat avec un réseau de soins palliatifs et/ou avec une association locale. C'est ainsi le cas de l'Ehpad Saint-Denis (Vendée) qui a conventionné avec l'équipe mobile de l'hôpital des Collines vendéennes. L'équipe mobile intervient à titre de conseil, de soutien et d'information auprès du personnel soignant et des familles.

Les moyens d'accueil spécifique pour la fin de vie sont cependant peu nombreux et se prêtent parfois mal à une gestion humaine de la fin de vie. Ainsi le centre hospitalier d'Eu (Seine-Maritime) ne dispose que de 85 chambres individuelles sur 110, les chambres doubles dans ces circonstances offrent peu d'intimité aux familles.

Des établissements s'efforcent d'éviter le décès à l'hôpital et ont développé le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) : dans cet objectif, l'Ehpad Le Conte à Pomarez (Landes) a noué une coopération conventionnelle avec l'HAD Santé service de Dax.

C - Une surconsommation médicamenteuse peu prise en compte, faute de partage d'informations.

La gestion des médicaments est un enjeu majeur de la prise en charge des résidents en Ehpad dans la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. La HAS et l'Anesm préconisent la mise en place d'une politique institutionnalisée inscrite au niveau du projet d'établissement et proposent une méthodologie de gestion du risque médicamenteux¹⁰⁵.

Selon les statistiques de l'assurance maladie sur les consommations de médicaments en Ehpad sans PUI, 8 % des résidents ont plus de 10 lignes de médicaments par prescription, ce qui constitue un facteur de risque. Sur l'échantillon d'Ehpad contrôlés, plus du tiers des établissements ont plus de 10 % des résidents avec un risque d'iatrogénie, ce taux atteignant jusqu'à 19%. Dans une petite structure comme l'Ehpad d'Ablis (Yvelines), en juillet 2019, 34 des 38 patients présents recevaient plus de dix médicaments par jour.

La prise de psychotropes mérite une attention particulière, du fait de la prégnance des troubles psychiques dans la population concernée et du risque que soit administrée une « camisole chimique » plutôt qu'une prise en charge basée sur l'intervention humaine. Ainsi, selon les données de l'assurance maladie pour les Ehpad sans PUI, près de la moitié des

¹⁰⁵ Fiche-repère « risques liés à la prise des médicaments » issue des recommandations de l'Anesm « Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées (volet Ehpad) », Anesm, 2014.

résidents prend des anxiolytiques et/ou des antidépresseurs. L'administration d'hypnotiques ainsi que de neuroleptiques concerne près du quart des résidents.

Tableau n° 4 : part des résidents d'Ehpad¹⁰⁶ prenant différentes sortes de psychotropes

	2016	2017	2018
<i>Hypnotiques</i>	25,5 %	23,9 %	22,0 %
<i>Anxiolytiques</i>	49,5 %	47,8 %	48,3 %
<i>Anxiolytiques demi-vie longue</i>	5,7 %	4,8 %	4,7 %
<i>Antidépresseurs</i>	46,8 %	46,4 %	46,8 %
<i>Neuroleptiques</i>	26,3 %	26,0 %	26,0 %
<i>Neuroleptiques chez résidents Alzheimer</i>	34,5 %	34,1 %	33,8 %
<i>Plus de 2 psychotropes de familles différentes</i>	6,7 %	6,1 %	6,6 %

Source : données assurance maladie (Resid-Ehpad)

Une part limitée à 6-7 % des résidents prend plus de deux psychotropes de familles différentes. Compte tenu des proportions de prescription pour chaque famille, il est possible d'en déduire que la plus grande partie des résidents prend un ou deux psychotropes.

Dans la plupart des cas, les établissements n'ont pas connaissance de ces données et ne peuvent en conséquence développer d'analyses, alors que l'assurance maladie est en capacité de les produire. Faute de mesurer précisément le niveau de risque pour ses propres résidents, les établissements se limitent à des intentions sur la prévention du risque d'iatrogénie, peu de démarches opérationnelles ont été identifiées. Par exemple, les cinq Ehpad contrôlés du groupe Colisée connaissent une surconsommation médicamenteuse, malgré un certain nombre de mesures adoptées pour lutter contre l'iatrogénie (médecins coordonnateurs expérimentés, diffusion des bonnes pratiques, sensibilisation des médecins traitants). Le groupe a également promu une méthode d'accompagnement thérapeutique positive et valorisante, non médicamenteuse (méthode Montessori), pour l'accompagnement des résidents désorientés. Sa mise en œuvre, qui nécessite une formation des professionnels, est néanmoins rendue complexe en raison du taux de rotation important du personnel. À l'Ehpad Korian Les parents de Marseille (Bouches-du-Rhône), les thérapies non médicamenteuses ont été développées, mais il n'est pas possible d'évaluer leur effet sur la diminution des prescriptions de médicaments à partir des outils de traçage dans le dossier personnalisé des résidents¹⁰⁷.

Des initiatives locales méritent néanmoins d'être soulignées. À l'Ehpad Saint-Denis (Pays-de-Loire), le nombre de résidents à qui sont prescrits plus de 10 médicaments est inférieur aux données moyennes, grâce à la vigilance du médecin et des personnels infirmiers, mais aussi au signalement informatisé des incompatibilités entre médicaments. Les infirmiers sont sensibilisés à la question de la « résistance » aux antibiotiques. La prise en charge de personnes désorientées nécessite notamment une adaptation des présentations et donc une meilleure

¹⁰⁶ Ehpad sans PUI, dont la majorité des résidents relève du régime général.

¹⁰⁷ Le groupe Korian a indiqué à la Cour avoir, depuis lors, mis en place des *process* et des outils au sein de son réseau afin d'analyser les corrélations entre ces traitements et les consommations médicamenteuses.

connaissance des traitements médicamenteux. L'Ehpad Les monts du matin (Drôme) a par ailleurs réalisé en 2018 un audit sur la délivrance des médicaments.

Au vu des niveaux d'administration de psychotropes, le risque de surconsommation médicamenteuse devrait faire l'objet d'une attention systématique dans les Ehpad, avec une analyse annuelle, par le médecin coordonnateur, dans son rapport d'activité et des échanges soutenus avec les médecins traitants.

Resid-ESMS, un outil précieux insuffisamment diffusé et exploité

À partir des données de Resid-Ehpad, récemment devenu Resid-ESMS du fait de son élargissement, la Cnam est en mesure de produire « un profil » par Ehpad, qui est utilisé pour conduire des échanges destinés à l'amélioration des pratiques lors de visites dans les établissements dans le cadre de campagnes d'accompagnement des Ehpad à la gestion des risques. La Cnam n'a cependant pas fourni d'évaluation de ces campagnes menées depuis 2008. Elle prévoit de les généraliser dans le cadre de son programme de rénovation de la gestion du risque.

Les profils comportent des données descriptives de l'établissement et de ses résidents, notamment au regard de la dépendance et des besoins en soins requis, une analyse des consommations médicamenteuses (pour les psychotropes, les familles d'antibiotiques prescrites notamment celles générant le plus d'antibiorésistances, les vaccinations) et la répartition des dépenses de soins prises en charge par l'assurance maladie. Ils permettent de comparer la situation de l'Ehpad au niveau régional et national. Certains indicateurs sont particulièrement intéressants pour conduire l'Ehpad à réinterroger son fonctionnement. Il est possible de citer à titre d'exemple l'indicateur sur le « passage aux urgences non suivi d'hospitalisation » ou l'indicateur « plus de dix lignes de médicaments ».

Selon la Cnam, Resid-Ehpad a aussi permis d'alimenter les travaux des partenaires impliqués dans les réformes de transformation de l'offre dans le secteur des personnes âgées depuis près d'une dizaine d'années (ATIH, DGCS, DSS, CNSA, Igas) et son utilité sera renforcée par la constitution d'une base d'indicateurs à l'échelon national en cours de construction par la Drees.

Cependant, bien que la Cnam indique que les données de présence en Ehpad issues de Resid-Ehpad sont désormais dans le Système national des données de santé (SNDS) et que les personnes autorisées à accéder au SNDS peuvent donc les utiliser, la Cour s'est heurtée à l'absence de mise à disposition des tables de Resid-Ehpad, qui lui auraient permis d'effectuer ses propres recherches, au-delà des informations fournies par la Cnam sur les Ehpad contrôlés. Par ailleurs, les ARS interrogées ont indiqué soit qu'elles n'avaient pas connaissance de ces données soit qu'elles ne les utilisaient pas. Enfin, les données ne sont pas accessibles aux médecins coordonnateurs, sauf dans le cadre des campagnes de prévention dont les périmètres sont limités. À la suite des travaux de l'enquête, la Cnam a annoncé une étude de faisabilité afin de permettre à la Cour un accès aux données par ESMS (à partir de leur Finess géographique), tout en prévenant le risque d'identification indirecte des assurés résidents des structures de faible effectif. Les administrations centrales, la CNSA et Santé publique France (SPF) ont confirmé leur intérêt pour la mise à disposition de ces données.

Il est essentiel qu'une diffusion plus large de l'outil Resid-ESMS soit assurée, tant pour la recherche de gains d'efficacité, que pour la gestion des risques et l'évaluation de la qualité de la prise en charge des résidents. À la date de remise du présent rapport, la mise à disposition des données n'était toujours pas effective.

D - Des actions de prévention insuffisantes

Au niveau national, « la stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie 2020-2022 » s'adresse aux personnes âgées dans leur ensemble, sans spécificité pour les résidents en Ehpad. Les actions collectives de prévention se montent à 110 M€ et portent, en matière de santé, surtout sur des activités physiques adaptées, avec un objectif de prévention des chutes. En 2019, les actions de prévention ont été élargies, en Ehpad, à l'hygiène et la santé bucco-dentaire, et à la prévention de la dépression et du risque suicidaire, qui correspondent, respectivement, à 1 % et à 0,9 % des dépenses de prévention collective. En 2021, a été mis en place un plan national anti-chutes, que les ARS déclinent localement.

Des enjeux de prévention partagés dans les autres pays

La polymédication, la consommation excessive de psychotropes et l'intérêt de développer les thérapies non médicamenteuses, notamment pour la prise en charge des troubles cognitifs, apparaissent comme des préoccupations largement partagées. Une publication de l'OCDE met en avant une proportion élevée de médicaments inadaptés pour les personnes souffrant de troubles cognitifs, notamment dans le domaine des antipsychotiques¹⁰⁸, dont le niveau de prescription élevé est un marqueur d'une mauvaise qualité des soins.

La lutte contre la dénutrition ou la déshydratation fait l'objet d'un niveau d'attention élevé dans les différents pays étudiés, comme en France, avec des pesées régulières et des mobilisations pluri-professionnelles dans nombre d'établissements. Dans certains pays, la présence en maisons de retraite d'une compétence de diététicien est obligatoire (Canada, Japon). Tous les pays ont développé, conformément à leur culture propre, des points de repères sous la forme de « guides alimentaires nationaux » (Canada, Danemark) et des références de bonnes pratiques. Du point de vue des bonnes pratiques gérontologiques, l'attention portée à l'activité physique adaptée des personnes âgées va de pair avec celle portée à la nutrition¹⁰⁹. Un programme européen « *Vivifrail* » a été élaboré à ce sujet. Sur la santé bucco-dentaire et la préservation des capacités auditives, dans tous les pays étudiés, la situation de la grande majorité des résidents en maisons de retraite est considérée comme très insatisfaisante et largement perfectible au-delà de quelques initiatives localisées. La prévention des chutes des personnes âgées en établissement, comme à domicile, est une thématique largement documentée dans les publications comme dans les pratiques professionnelles.

La prévention de la dénutrition, l'activité physique adaptée, la déprescription, la santé bucco-dentaire et la réadaptation auditive constituent un ensemble bénéficiant d'un haut niveau de consensus scientifique international, dont la cohérence globale prévient les chutes et préserve l'autonomie et la qualité de vie des résidents.

Les ARS organisent cette stratégie auprès des Ehpad, sur dotation de la CNSA, complétée par des enveloppes issues du Fonds d'intervention régional (FIR). Les projets de prévention soutenus ont porté principalement sur le champ bucco-dentaire, l'activité physique adaptée et la nutrition. Les programmes portent également sur le repérage des troubles psycho-comportementaux et le repérage de la dépression et prévention du suicide, ainsi que, dans une mesure plus limitée, la prévention de l'iatrogénie. Le nombre d'Ehpad concernés n'est pas

¹⁰⁸ OCDE, *Renewing priority for dementia : Where do we stand ?*, 2018.

¹⁰⁹ Hansen T. & al. *Gériatrie*, vol.6, pp 1-14, 26 avril 2021

négligeable, même si le niveau de couverture des structures reste intermédiaire¹¹⁰. Les fonds distribués paraissent pour leur part, ramenés au nombre d'Ehpad attributaires, en décalage par rapport aux enjeux de prévention sanitaire et aux niveaux de dotations globales soins et dépendance. La démarche de prévention est faiblement représentée au sein de l'échantillon des Ehpad contrôlés, aucun budget formalisé n'y est associé. Peu d'Ehpad ont répondu à un appel à projet spécifique. Lorsque des démarches de prévention ont été initiées, leurs effets ne sont pas suffisamment analysés ou les résultats demeurent peu probants. Les CPOM intègrent peu cette dimension.

Quelques actions de prévention en soins bucco-dentaires

Les soins dentaires en Ehpad sont en moyenne réduits. L'assurance maladie constate ainsi un niveau moyen de dépenses en soins de ville de 1 € par mois par résident en Ehpad. Face à ce faible accès aux dentistes, quelques établissements ont mis en place des actions de prévention en soins bucco-dentaires ou ont formé des équipes à ce thème.

Ainsi, l'Ehpad Le Grand âge d'Alfortville (Val-de-Marne) bénéficie depuis 2015 d'une expérimentation mise en place par le GCSMS auquel il appartient. Le financement de 0,09 M€ par an permet l'emploi d'un dentiste à temps partiel (pour 0,07 M€ par an) et la commande, la réparation et l'entretien des prothèses dentaires. Chaque résident bénéficie d'un bilan bucco-dentaire à son entrée ainsi que de consultations de suivi, le dentiste se déplaçant auprès du résident, ce qui nécessite le transport du matériel. L'Ehpad a mis en place un nouveau protocole de soins, avec des traitements et détartrages intégrés dans l'organisation des soins pour limiter les gingivites et l'inconfort bucco-dentaire, notamment pour les résidents atteints par exemple de troubles neurodégénératifs. Les équipes soignantes y ont été spécialement formées. Une unité mobile de détartrage, commune au groupement, a été constituée et des crédits non reconductibles ont été attribués pour couvrir non seulement la rémunération d'un dentiste mais également la commande et l'entretien de prothèses dentaires. Le coût de ce suivi par un dentiste rémunéré par l'Ehpad revient à 11-12 € par mois par résident, plus de 10 fois la dépense moyenne par résident pour les soins dentaires pris en charge en soins de ville.

Un projet porté par l'union régionale des professionnels de santé (URPS) des chirurgiens-dentistes, consistant à les faire intervenir auprès des résidents d'Ehpad dans le Puy-de-Dôme, a été financé en 2019 au titre des dispositifs innovants relevant de l'article 51 de la LFSS pour 2018. Le premier temps est consacré à la prévention et au bilan bucco-dentaire (formation des personnels, télédiagnostics), le second temps est dédié aux soins (intervention d'une équipe mobile soit dans un véhicule aménagé garé à proximité de l'Ehpad, soit au sein de l'Ehpad via des malles et du matériel portables).

Parmi les mesures permettant de mettre en place des actions de prévention, figure le mécanisme d'identification des événements indésirables et de retour d'expérience. La déclaration auprès de l'ARS et du département de tout dysfonctionnement grave dans la gestion ou l'organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers¹¹¹ est obligatoire. Le

¹¹⁰ Les financements des ARS concernent au total près de 150 projets dans le Grand-Est (2,40 M€), un peu plus de 60 projets inter-Ehpad en Auvergne-Rhône-Alpes (3,20 M€), 264 Ehpad dans les Hauts-de-France (21 000 résidents, 2,40 M€ de crédits CNSA + 0,5 M€ de FIR), 147 Ehpad en Nouvelle-Aquitaine (16 % des Ehpad, 12 700 résidents soit 18 % des résidents, 3,70 M€), 347 Ehpad en Occitanie (44 %, 2,50 M€).

¹¹¹ La nature de ces dysfonctionnements graves est établie par l'arrêté du 28 décembre 2016.

traitement des évènements indésirables graves est suivi par les établissements via leur logiciel de soins.

À l'Ehpad intercommunal des Abers (Finistère), un suivi sérieux des évènements indésirables a été mis en place, permettant le recensement de 853 évènements en 2019. Au sein de l'Ehpad du centre hospitalier de Gournay-en-Bray (Seine-Maritime), en revanche, les chutes ne sont pas systématiquement enregistrées comme des évènements indésirables mais sont suivies au sein du logiciel patient. Au sein des Ehpad de la fondation Saint-Charles de Nancy (Meurthe-et-Moselle), si des fiches de signalement existent, le processus de signalement incluant les modalités d'analyse et de bilan reste à réaliser.

La prévention du suicide

La prévalence du suicide ou des tentatives de suicide en Ehpad n'est pas mesurée précisément, malgré l'obligation de déclaration au titre des évènements indésirables graves. Sur ce sujet, une consolidation des déclarations adressées aux ARS et aux départements pourrait constituer un outil de suivi pertinent pour orienter des actions de prévention.

Si le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge¹¹², les données disponibles tendent à montrer que le suicide concerne davantage des personnes vivant à domicile que les résidents en Ehpad, où il reste très rare. Malgré la faible part de suicides de personnes âgées constatée en Ehpad, la littérature scientifique s'interroge sur l'incidence de l'institutionnalisation : un risque de suicide accru apparaît dans les six premiers mois suivant l'arrivée en établissement, qui constitue une rupture plus ou moins éprouvante par rapport à la vie antérieure.

Sur ce sujet, l'ARS Hauts-de-France a soutenu un programme de formation des professionnels travaillant en Ehpad en 2016-2018, qui a touché 427 salariés dans 110 établissements. Une étude d'évaluation de ce programme a montré notamment que la morbidité suicidaire a significativement baissé après la formation, avec un taux de tentative passant de 453 pour 100 000 à 172. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a quant à elle déployé des formations *ad hoc* à destination des Ehpad et Ssiad.

En revanche, peu de protocoles existent dans les Ehpad, même si plusieurs structures y sont attentives. Les cas de suicide ou de tentative de suicide font l'objet d'un relevé, par exemple, dans les Ehpad du GHRMSA (Mulhouse, Haut-Rhin), ou encore dans l'Ehpad Korian Catalogne (Pyrénées-Orientales).

L'Ehpad du centre hospitalier d'Eu (Seine-Maritime) prévoit pour sa part un point avec le psychologue pour la prise en charge psychologique et psychiatrique et la prévention du suicide, avec possibilité de recours à l'équipe mobile d'infirmiers psychiatriques du centre hospitalier de Dieppe. À l'Ehpad public L'Âge bleu (Mouy, Somme), en réponse à la tentative de suicide d'un résident, a été créée et diffusée en juillet 2020 une procédure relative à la prévention, l'identification et la prise en charge du risque suicidaire. Le personnel de l'Ehpad du centre hospitalier de Gournay-en-Bray (Seine-Maritime) peut pour sa part se référer à une grille d'évaluation du risque suicidaire (« outil risque-urgence-dangereuxité »), créée en 2016 et complétée par une procédure du 7 mars 2018 sur la conduite à tenir en cas de risque suicidaire.

¹¹² Le taux brut de décès par suicide, qui a baissé de manière continue entre 1990 et 2015, se monte à plus de 35 pour 100 000 en 2015 pour les personnes de 85 à 94 ans, tandis qu'il est de moins de 30 pour la tranche 75-84 ans, de moins de 20 pour la tranche 65-74 ans et de moins de 15 en population générale (Drees, fiche « suicide des personnes âgées », à partir des données CépiDc-Inserm). Il est particulièrement élevé chez les hommes âgés.

E - Une implication inégale des établissements dans l'outil de prévention de la perte d'autonomie que peut être l'activité d'animation

La sollicitation des résidents est, en soi, un outil de prévention qui demeure inégalement exploité dans les établissements. L'extrême niveau de dépendance est mis en avant par des établissements pour justifier la faible implication de leurs résidents dans les activités d'animation collective. Cette faible participation correspond elle-même à une offre peu dynamique cantonnée à la lecture de journaux, à quelques séances de gymnastique douce, de zoothérapie ou musicothérapie et à des événements organisés limités à des repas d'anniversaire. Ce manque de diversité dans les activités proposées tient également à l'absence d'une véritable réflexion sur le projet d'animation, ou encore à une insuffisance de moyens ou d'effectifs dédiés. Le personnel soignant est peu souvent associé aux activités d'animation. Ainsi à l'Ehpad du centre hospitalier de Gournay-en-Bray (Seine-Maritime), l'animateur absent n'a pas été remplacé durant sept mois.

Des exemples de bonnes pratiques en matière d'animation

Des établissements ont adopté une démarche globale intégrant l'animation au projet de soins ou de vie. C'est le cas de l'Ehpad du CHSLD du Territoire de Belfort qui propose une diversité d'activités intérieures et extérieures. À l'Ehpad Le Parc du château de Vendevre-sur-Barse (Aube), du groupe Colisée, les équipes soignantes assurent elles-mêmes les activités et l'animation est conçue comme un soin à part entière dans le prolongement des soins techniques, sans horaire attribué, elle fait partie intégrante du quotidien des résidents. L'Ehpad Bossège de Saint-Laurent du Médoc (Gironde) a mis en place pour les aides-soignants une journée sans soins, à tour de rôle, et participent chaque mardi à l'accompagnement sous forme de déjeuners extérieurs, de sorties sur le littoral ou pour des achats.

L'Ehpad La Maison blanche de la Fondation Arc-en-Ciel (Doubs) a mis en place des animations de qualité et propose une très bonne insertion dans la vie locale. L'Ehpad Hector-Berlioz à Bobigny (Seine-Saint-Denis), du groupe SOS Seniors, dispose d'un jardin thérapeutique et son animateur à temps plein propose des actions innovantes comme l'utilisation d'un casque de réalité virtuelle, les aides-soignants contribuant aux animations.

Au centre hospitalier d'Eu (Seine-Maritime), le programme des animations est riche et le taux de participation des résidents aux activités élevé (près de 80 %). De même, le taux moyen de participation s'élève à 71 % à l'Ehpad Le Conte à Pomarez (Landes).

Les établissements qui disposent de plusieurs sites ou qui appartiennent à un groupe peuvent mutualiser leurs moyens. Ainsi à l'Ehpad de Cusset (Allier), l'animation, assurée par un service composé de quatre personnes, propose, par roulement, cinq à six activités par semaine et par site du lundi au vendredi. Au sein du groupe SOS Seniors, chaque structure dispose d'un animateur qui gère, sous le contrôle de son directeur, une ligne de budget qui lui permet d'organiser des activités, le contexte local détermine la part que prennent les bénévoles ou les partenaires institutionnels.

III - Des autorités de tarification et de contrôle qui peinent à faire face à leurs missions d'organisation de l'offre, de financement et de contrôle

A - Des retards dans la contractualisation et des degrés d'ambition hétérogènes

Les CPOM, conclus entre les autorités de contrôle et de tarification et les organismes gestionnaires, existent depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ils ont été rendus obligatoires depuis le 1^{er} janvier 2017, notamment dans le champ des Ehpad¹³⁹.

Selon l'arrêté du 3 mars 2017 fixant son cahier des charges, le CPOM, d'une durée de base de cinq ans, est défini comme « un levier de performance ». Il permet de décliner les orientations de politique publique et doit établir des objectifs pour l'Ehpad, sur la base d'un diagnostic partagé avec lui. Cette modalité de contractualisation remplace les conventions tripartites, signées par les Ehpad avec les ARS et les départements pour accompagner la médicalisation des établissements.

La généralisation progressive des CPOM, couplée d'un nouveau mode de tarification, avait pour ambition de renouveler le dialogue entre les organismes gestionnaires et les autorités de contrôle et de tarification. Dotés d'une vision pluriannuelle, les gestionnaires sont responsabilisés, disposant d'une visibilité accrue quant à la gestion de leurs moyens budgétaires.

Force est de constater que, depuis l'entrée en vigueur de cette nouvelle obligation de contractualisation dans le secteur des Ehpad, le CPOM n'a pas rempli les objectifs qui lui étaient assignés. Au-delà du retard pris dans leur conclusion, les CPOM ne sont pas devenus l'instrument permettant l'amélioration du maillage territorial dans le secteur des personnes âgées. Au surplus, le CPOM n'a jamais réellement acquis sa dimension stratégique du fait d'une certaine automatisation du processus de négociation imposée par les autorités signataires, laissant peu de marges de manœuvre aux gestionnaires.

La contractualisation avec les caisses d'assurance dépendance en Allemagne

En tant que responsables de la branche dépendance de la sécurité sociale en Allemagne, les caisses d'assurance dépendance ont pour mission de garantir aux assurés une prise en charge de la dépendance adaptée aux besoins, équitable et en conformité avec l'état actuel des connaissances scientifiques en matière médicale et de prise en charge de la dépendance.

¹³⁹ Article L. 313-12 (IV *ter*) du CASF issu de l'article 58 de la loi ASV du 28 décembre 2015.

Les caisses d'assurance dépendance concluent des accords avec les structures médico-sociales et ne financent la prise en charge à domicile ou en établissement que pour les structures avec lesquelles elles ont conclu un accord. Le contrat définit la nature, le contenu et le volume des prestations que doit fournir l'établissement. Afin de garantir la qualité des prestations, les caisses d'assurance dépendance font réaliser des contrôles de qualité des services de soins à domicile et des établissements.

Les contrôles de la qualité, portés par le service médical régional de contrôle au titre de l'assurance-dépendance, sont effectués une fois par an dans les maisons de retraite, depuis 2008. Pour vérifier la prise en compte des recommandations de bonnes pratiques et des normes cliniques, ces contrôles se basent sur 59 critères dans quatre domaines de qualité : soins infirmiers et médicaux, prise en charge des résidents atteints de démence, aide sociale et vie quotidienne et logement, alimentation, entretien ménager et hygiène. Sur cette base, il est ainsi possible pour chacun de consulter les résultats détaillés de chaque établissement sur internet, voire d'accéder à un « rapport de transparence » sur un point faible particulier.

1 - D'importants retards dans la mise au point des CPOM qui ne peuvent être uniquement justifiés par la crise sanitaire

En 2019, moins de 20 % des ESMS avaient conclu un CPOM. En ce qui concerne les Ehpad, par extrapolation des constats de la Cour sur les Ehpad contrôlés, ce taux pourrait être d'un peu plus de 30 %¹⁴⁰. L'année 2020, marquée par la crise sanitaire, n'a pas permis de voir évoluer ce pourcentage. Pour tenir compte de cette situation, une instruction ministérielle du 16 novembre 2021¹⁴¹ demande aux directeurs généraux d'ARS, dans l'attente d'un vecteur législatif adapté, de desserrer de trois ans le calendrier de signature des CPOM précités, soit jusqu'au 31 décembre 2024.

Le département de Haute-Garonne est une illustration des difficultés rencontrées dans la négociation des CPOM. Alors que les premiers contrats n'ont été signés qu'en 2018, seuls 10 CPOM ont été conclus pour un total de 130 Ehpad, pour les établissements qui disposaient des conventions tripartites les plus anciennes. Au niveau régional, il reste environ 500 CPOM à conclure sur les 821 fixés par la programmation pluriannuelle, soit un taux de réalisation de 39 % en juin 2021.

Pour l'ARS Hauts-de-France, le département de l'Oise connaît un nombre de signatures particulièrement faible : seuls six CPOM ont été conclus à ce jour sur les 45 fixés dans le cadre de la programmation pluriannuelle, soit 13,33 % de réalisation.

En Auvergne-Rhône-Alpes, le taux moyen de réalisation relativement élevé (44 %) malgré des écarts significatifs entre départements s'explique par un travail méthodologique ayant permis de construire des outils facilitant la contractualisation. Un nombre réduit d'objectifs socles sont systématisés dans les CPOM, avec la possibilité d'introduire des

¹⁴⁰ Sur les 57 Ehpad concernés, 38 n'étaient pas dotés d'un CPOM, soit 68 % (19 établissements publics dont 12 autonomes, 7 privés associatifs et 12 privés commerciaux).

¹⁴¹ Instruction n° DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2021/229 du 16 novembre 2021 complémentaire à l'instruction n° DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2021/119 du 8 juin 2021 relative aux orientations de l'exercice 2021 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

objectifs complémentaires ciblés (notamment ceux des départements). L'ARS a mis au point un guide des indicateurs (comme par exemple le suivi nutritionnel avec un indicateur de pesée périodique). L'objectif a été de simplifier les outils.

2 - Un outil de suivi davantage qu'un outil de transformation et d'adaptation de l'offre

a) Une évolution des structures que le CPOM ne fait qu'entériner

Le CPOM n'a pas atteint sa finalité stratégique, faute de véritable dialogue de gestion instauré entre les parties prenantes. Le caractère obligatoire des CPOM induit un certain appauvrissement des échanges du fait d'une certaine « industrialisation » du processus de négociation. Le CPOM ne fait qu'entériner des actions déjà mises en œuvre, les autorités signataires renvoyant aux appels à projets, à candidature ou à manifestation d'intérêt sur les sujets de transformation ou de développement de l'offre.

La temporalité des procédures d'autorisation et, surtout, des notifications de crédits permettant par exemple aux ARS de lancer des appels à projet ou de valider des passages au tarif global ou des ouvertures de Pasa, est déconnectée du calendrier de négociation des CPOM. Les évolutions essentielles et structurantes des Ehpad font l'objet de circuits de décision propres. Lors de la négociation du CPOM est réalisé le bilan des évolutions déjà actées. Aucun CPOM ne comporte de programmation d'évolutions au cours du contrat.

b) Un outil financièrement peu opérationnel, un niveau d'individualisation variable

Faute de constituer un outil de programmation et de transformation de l'offre, les CPOM sont orientés notamment sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents. Ils comprennent fréquemment des éléments d'autodiagnostic sur la qualité de prise en charge. Ces éléments sont peu confrontés aux évaluations externes et internes réalisées et ne font pas systématiquement l'objet de visites de contrôle des autorités de tarification préalables à la contractualisation. Des objectifs de qualité sont déclinés dans les annexes des CPOM. Selon les ARS et départements, ils sont plus ou moins individualisés. Ils paraissent surtout fortement empreints d'orientations régionales et/ou départementales traduisant des préoccupations communes sur la prise en charge en Ehpad. Leur suivi prévu à mi-parcours n'a pas encore démarré, notamment en raison de la crise sanitaire, intervenue au moment où les bilans intermédiaires des premiers CPOM auraient dû survenir. Il n'a pas été constaté de dispositif permettant d'assurer l'effectivité du suivi. Les contrats ne comportent pas de stipulation concernant la non-atteinte des objectifs.

L'ARS Grand-Est a établi une trame commune pour les CPOM, en concertation avec les départements, mais se refuse à des CPOM-types et cherche à les individualiser pour y porter de vrais engagements, ce qui nécessite un temps d'élaboration plus long. Sur le fond, les CPOM signés comportent des engagements sur le développement de partenariats et l'intégration à des réseaux. L'ARS promeut notamment l'organisation d'astreintes gériatriques pour les Ehpad. Des objectifs et fiches-actions individualisés, construits en fonction du diagnostic partagé et de la situation de l'Ehpad, sont notamment présents dans les CPOM de l'ARS Grand-Est et du département de Meurthe-et-Moselle.

D'autres ARS, comme celle d'Auvergne-Rhône-Alpes, ont choisi de standardiser davantage les objectifs contractualisés avec les établissements, ce qui permet d'ailleurs d'accélérer la signature des contrats.

Qu'ils soient standardisés ou individualisés, les objectifs fixés dans les CPOM ne s'appuient, sauf exception, sur aucun accompagnement financier, ce qui limite leur portée. Au-delà de financements ponctuels, les engagements financiers sont renvoyés aux négociations financières annuelles¹⁴². Le passage à une tarification automatisant les dotations à partir d'équations tarifaires ne permet pas de réelles négociations, les financements complémentaires étant trop limités pour engager des projets structurants d'innovations ou de transformation de l'offre.

3 - Des outils partiellement utilisés pour améliorer le maillage territorial

Selon les modalités d'organisation des filières gériatriques, des GHT et d'autres outils de coordination, les ARS et départements mobilisent diversement les CPOM comme outils de maillage territorial.

Dans certains territoires, le CPOM est utilisé pour recenser les partenaires avec lesquels l'Ehpad est appelé à développer des coopérations. Les partenaires potentiels ne sont toutefois pas tenus par les termes du CPOM conclu entre l'ARS, le département et l'établissement.

En ce qui concerne l'organisation territoriale des acteurs autour de l'Ehpad, le CPOM a un rôle central à jouer. Les expérimentations, quand elles sont conclusives, ont vocation à faire ensuite l'objet d'une contractualisation. Ainsi, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a inclus, dans les CPOM, les engagements des Ehpad à ouvrir certaines de leurs activités aux autres personnes âgées du territoire.

En incluant des dispositions consacrées d'une part à la meilleure articulation des acteurs et au maillage territorial et d'autre part à la prévention, les CPOM pourraient devenir, pour les Ehpad, un véritable outil de pilotage à moyen terme.

Dans un régime d'autorisation simplifié, le CPOM pourrait également constituer un instrument de régulation de l'offre.

B - Des fonctions de contrôle insuffisamment assurées

Les Ehpad sont soumis au contrôle des autorités de tarification, qui sont à la fois le département où se situe l'activité et l'ARS, conformément aux articles L. 313-13 et suivants du CASF. Les autorités de tarification disposent d'un pouvoir d'autorisation de l'activité, soumise à renouvellement périodique, qui doit en principe les conduire à opérer un contrôle de régularité sur l'application des normes de fonctionnement par les établissements. L'autorisation peut également être retirée en cas de graves dysfonctionnement ou d'atteinte à la protection des personnes. De plus, les ARS ont également un rôle spécifique d'autorité sanitaire, en cas de

¹⁴² Les exemples de CPOM signés par l'ARS Grand-Est et le département de Meurthe-et-Moselle présentent à cet égard la particularité d'être plus engageants sur des renforcements en personnels, tels que la programmation de la mise en place d'une astreinte IDE de nuit, même si le financement reste soumis à discussion ultérieure avec le financeur ARS.

déclaration d'évènements indésirables, tels que des infections nosocomiales, en cas de crise (épisode de canicule par exemple) ou encore en cas de signalements de maltraitance grave.

Les contrôles interviennent soit sur programmation, à partir d'une cartographie des risques, soit suite à un signalement. Il s'agit de veiller à la qualité de prise en charge des usagers, en contrôlant en priorité les manquements graves. L'inspection s'adresse aux établissements en fonctionnement et couvre à la fois les obligations liées aux bâtiments, le respect des droits des usagers et les conditions de fonctionnement et d'organisation de l'accueil. Le contrôle aboutit à la rédaction d'un rapport, à l'issue d'une procédure contradictoire. Des dysfonctionnements peuvent donner lieu à formulation d'injonctions, avec sanctions financières, voire à des mesures d'administration provisoire, de suspension ou de fermeture de l'établissement, « *lorsque la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes accueillies ou accompagnées sont menacés ou compromis* »¹⁴³.

Cependant, les contrôles opérés présentent des limites. L'activité d'inspection-contrôle des ARS fait l'objet d'un programme annuel reprenant des orientations nationales et régionales. En Ehpad, l'essentiel des contrôles s'inscrit dans l'orientation « *Inspection de prévention des risques de maltraitance dans les établissements médico-sociaux* », avec une part d'inspections non programmées suite à signalements. Le programme est partagé avec le département, dans le cadre d'inspections la plupart du temps conjointes. Un focus a été réalisé en 2019 par l'ARS Nouvelle-Aquitaine sur la sécurité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Les modalités de vérification externe à l'étranger

Plusieurs des pays étudiés ont mis en œuvre des processus de vérification externe de la connaissance et de la mise en œuvre des bonnes pratiques cliniques et professionnelles en maisons de retraite. Tels sont les cas de l'Allemagne, du Canada, du Danemark et de la Suède, chacun dans le cadre de sa gouvernance et de sa culture, mais toujours avec un cadrage national, en dépit d'une structure fédérale ou très décentralisée de la gouvernance médico-sociale. La Belgique vient pour sa part d'engager une concertation sur des indicateurs qualité mi-septembre 2021, sur la base d'une étude très approfondie de l'UGIB (union générale des infirmiers de Belgique), diffusée aux organismes gestionnaires par l'AVIQ (agence pour une vie de qualité), laquelle est l'agence de régulation du secteur.

En Allemagne, un dispositif public de contrôle de la qualité dans les maisons de retraite a été mis en place dès 2008, soutenu et objectivé par les interventions *in situ* du service médical régional de contrôle.

¹⁴³ Article L. 313-16 du CASF.

Au Danemark, l'Autorité danoise pour la sécurité des patients (*Styrelsen for Patientsikkerhed*) réalise des visites de « supervision » dans les établissements, dont les Ehpad, pour le contrôle de la qualité et de la bonne mise en œuvre des programmes et recommandations de bonnes pratiques. Le 29 juin 2021, cette autorité a publié sur son site internet les résultats des 250 inspections réalisées entre mars 2019 et mars 2021. Quatre thèmes avaient été ciblés : les dossiers des résidents et le partage des informations entre professionnels et avec les personnes concernées et les proches ; la prévention des pertes fonctionnelles, la réadaptation et la fin de vie. Il est intéressant de noter que ces quatre thèmes qui comportent leurs aspects médico-scientifiques « ont été examinés en fonction de l'objectif général », à savoir « l'autodétermination, la participation et l'influence du citoyen dans sa propre vie ».

Au Canada (Ontario), en application de la loi sur les foyers de soins de longue durée de 2007 et du règlement de l'Ontario 79/10, le ministère des soins de longue durée doit mener un programme d'inspections sur la qualité des soins prodigués aux résidents et leur qualité de vie. Le ministère mène quatre formes d'inspections – qualité de l'expérience des résidents, plaintes, incidents critiques et suivis – et en publie les résultats sur son site internet. En vertu des textes en vigueur, le ministère doit inspecter chaque foyer annuellement et mobilise à cette fin 140 inspecteurs, pour 2 882 inspections en 2019.

Il est ainsi possible de consulter par internet, pour chaque foyer de soins de longue durée, les « indicateurs de rendement » que sont le délai d'attente et les pourcentages de résidents ne souffrant pas de psychoses et auxquels sont prescrits des antipsychotiques, de résidents concernés par une contention physique, de résidents souffrant d'escarres, de résidents souffrant de douleurs, et de résidents avec des symptômes aggravés de dépression.

Malgré cette structuration des programmes d'inspection, les moyens disponibles et la mise en œuvre des contrôles prévus sont incertains. Pour les ressources, il est fréquent qu'une partie, voire l'essentiel, des inspections sont réalisés par des inspecteurs pour lesquels elles ne sont en qu'une activité marginale. Il est difficile d'appréhender précisément le nombre de contrôles effectués en Ehpad car les ARS et les départements les identifient mal au sein des ESMS.

Selon les départements et les ARS, les moyens sont disparates, avec parfois des inadéquations entre ces institutions. Il en ressort, selon les données parcellaires recueillies, un nombre insuffisant de contrôles (entre un et cinq par an, selon les départements), soit, statistiquement, un contrôle de chaque Ehpad tous les 20 à 30 ans.

Les inspections réalisées, souvent motivées par des difficultés identifiées, sont en revanche approfondies et donnent lieu à des recommandations, parfois à des injonctions (mais aucune fermeture administrative). Le bilan des inspections réalisées en Nouvelle-Aquitaine par l'ARS entre 2016 et 2018 met notamment l'accent sur les progrès attendus en matière d'individualisation de la prise en charge. Les délais de rédaction des rapports peuvent cependant être longs et le suivi mal assuré.

En l'état, la mission d'inspection-contrôle reposant conjointement sur les ARS et les départements, qui porte sur un grand nombre d'ESMS de taille variable, ne permet pas d'assurer une surveillance minimale standardisée. Cette situation invite à améliorer la mesure de la qualité et à assurer une plus grande transparence sur les indicateurs, dans le cadre du dispositif d'évaluation réformé (cf. chapitre III).

L'augmentation de l'offre s'est faite sans que la place des Ehpad soit organisée dans des maillages territoriaux ou des réseaux de soins.

C - L'enjeu de la bonne insertion territoriale

Les axes d'évolution fixés par l'État en matière d'organisation territoriale de l'offre ont essentiellement concerné le champ sanitaire, même si, depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et l'inclusion d'objectifs quantitatifs et qualitatifs médico-sociaux dans les projets régionaux de santé, des pistes de progrès se dessinent dans le champ médico-social. Cette nécessité a été confortée par la crise sanitaire et corroborée par les constats établis à ce titre.

Sur le terrain, il appartient aux ARS d'organiser un maillage territorial pertinent parmi de nombreuses organisations existantes ou possibles. Cependant, les initiatives prises ne font pas l'objet d'évaluation par le niveau national (DGCS, CNSA). Le faible niveau d'intervention des pouvoirs publics nationaux dans les politiques d'adaptation de l'offre médico-sociale et la prise en charge de ces politiques par les ARS avec des intensités variables sont des facteurs qui conduisent à un développement très inégal du maillage territorial selon les régions.

1 - Les filières de soins gériatriques

Depuis le début des années 2000, l'impulsion la plus forte donnée par le niveau national en faveur d'une organisation territoriale transversale a été la circulaire DHOS du 28 mars 2007 sur les filières gériatriques. Ce texte, qui a constitué un cadre pour l'identification et le pilotage de l'offre de soins gériatriques dans les territoires, était cependant centré sur une vision hospitalière.

Le secteur médico-social et les Ehpad ont été peu impliqués dans les filières de soins gériatriques. Les équipes mobiles de gériatrie (EMG), qui étaient au nombre de 437 en 2019¹⁴⁴, interviennent, dans le cadre de leur cahier des charges de 2007, en intra-hospitalier (interventions aux services des urgences ou auprès des services hospitaliers non gériatriques) ou comme interface entre l'hôpital et des établissements médico-sociaux, lors des sorties d'hospitalisation des personnes âgées. Les interventions des EMG vers les Ehpad et les personnes âgées à domicile représentaient 17 % de leur activité en 2019, avec une implication croissante. Cependant, le travail de ces équipes a connu une profonde évolution avec la crise sanitaire de la covid 19, évolution confortée dans les mesures du Ségur de la santé¹⁴⁵. La DGOS ne dispose pas d'un état des lieux national des filières gériatriques (court séjour de médecine gériatrique, équipes mobiles gériatriques, soins de suite et de réadaptation gériatriques, USLD).

¹⁴⁴ Drees, Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

¹⁴⁵ Suite à la mobilisation durant la crise sanitaire, les EMG des établissements de santé, venues en appui des Ehpad pendant la crise sanitaire et couplées, pour certaines d'entre elles, avec les 264 astreintes territoriales « personnes âgées » portées par les filières gériatriques, ont fait l'objet d'un financement dédié dès 2021 (4 M€), doublé à compter de 2022 (8 M€). De même, les astreintes « personnes âgées » ou gériatriques et soins palliatifs, mises en place pendant la crise, sont également pérennisées. En 2021, 7 M€ en crédits d'aide à la contractualisation ont été délégués à cet effet aux ARS par la première circulaire budgétaire des établissements de santé en date du 21 avril 2021.

Elle envisage de formaliser ce travail en 2022, par l'intermédiaire d'un opérateur national ou des ARS.

La montée en puissance des filières gériatriques, des réseaux gérontologiques, de l'hospitalisation à domicile et des équipes mobiles dans le contexte de la pandémie de covid 19

Les filières gériatriques ont mis en place des astreintes conformément aux recommandations nationales du 27 mars 2020, renforcées notamment par une augmentation de leur plage d'ouverture. Elles ont assuré des *hotlines* spécifiques gériatriques et de soins palliatifs.

En Auvergne-Rhône-Alpes, 97 % des Ehpad ont bénéficié d'un mode « *hotline* » grâce à un numéro dédié pour offrir une expertise gériatrique, aider à la prise de décision médicale, mobiliser les ressources nécessaires pour la prise en charge des résidents atteints de la covid 19. Pour le département de la Meurthe-et-Moselle, le CHRU de Nancy a mis à disposition des Ehpad l'équipe mobile de soins palliatifs, l'équipe mobile de liaison gériatrique et l'organisation d'une astreinte sanitaire « personnes âgées » au sein du territoire, dédiée aux professionnels de santé des ESMS accompagnant des personnes âgées, avec numéro dédié. L'ARS Occitanie a demandé, à compter du 27 mars, à ce que chaque territoire déploie très rapidement une stratégie organisationnelle afin de proposer un appui harmonisé aux Ehpad. Cette stratégie s'est appuyée sur la création d'une plateforme départementale Covid-PA dédiée durant cette période de crise sanitaire, permettant de répondre aux professionnels des services médico-sociaux prenant en charge les personnes âgées soit en établissement, soit à domicile. Pour la Haute-Garonne, la plateforme Covid-PA a été positionnée au CHU de Toulouse.

Au début de la pandémie, 10 régions sur 17 disposaient d'une organisation avec des équipes mobiles d'hygiène (EMH) constituées et coordonnées par les centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS). L'apport et l'aide de ces équipes à la gestion de la crise ont été d'un réel soutien pour les Ehpad.

Cette mobilisation a été favorablement ressentie par les Ehpad contrôlés. L'Ehpad du Parmelan à Annecy (Haute-Savoie) a bénéficié de l'appui du centre hospitalier d'Annecy dans le domaine de l'hygiène, des tests et des admissions. L'Ehpad Alexis-Marquiset (Doubs) s'est appuyé sur les protocoles du CPIAS. L'Ehpad privé La Picardie à Hiersac (Charente) a pu s'appuyer sur le centre hospitalier d'Angoulême. L'Ehpad Marguerite du groupe Colisée à Toulouse (Haute-Garonne), très touché, a bénéficié du support constant du gérontopôle de Toulouse. L'Ehpad La Maison bleue à Villeneuve-lès-Avignon (Gard) a bénéficié du support du CHU de Nîmes pour les tests.

Face à l'urgence de la situation sanitaire et grâce à l'assouplissement des conditions d'admission, l'HAD s'est fortement développée en Ehpad. En 2020, le nombre d'admissions en HAD pour les résidents en Ehpad a augmenté de 79 %, soit près de 12 000 séjours (et le nombre de journées de + 25,5 %). Cette évolution est presque entièrement due à la prise en charge des patients atteints de la covid 19.

Différentes mesures prises durant la crise ont été consolidées.

Le renforcement du recours à l'HAD en ESMS, que des assouplissements réglementaires ont facilité, constitue l'un des axes forts de la feuille de route stratégique de l'HAD 2021-2026¹⁴⁶. Des crédits supplémentaires, à hauteur de 2,2 M€, ont été mobilisés en 2021 pour favoriser la mise en place d'évaluations anticipées par l'HAD des résidents d'Ehpad pour éviter les pertes de chance et réduire les passages aux urgences et éviter les hospitalisations avec hébergement.

Le renforcement du soutien des équipes mobiles de gériatrie hospitalière aux Ehpad a été confirmée par une instruction du 19 novembre 2021¹⁴⁷, prévoyant la poursuite de leur déploiement en 2022 et sur les années à venir.

2 - Les groupements hospitaliers de territoire

Centrés sur le secteur public, les GHT n'ont que partiellement pu servir de support pour construire des filières gériatriques. La très grande majorité des actions identifiées dans les projets médicaux partagés (PMP) en matière de prise en charge des personnes âgées, vise à renforcer les liens entre équipes, harmoniser les pratiques, faciliter l'accès direct aux services de court séjour gériatrique (sans passage par les urgences) et garantir une meilleure circulation des informations relatives à la prise en charge des patients. Cependant, ces actions restent très largement hospitalo-centrées. Très peu d'actions visent à répondre de façon concrète et opérationnelle à l'amélioration des liens entre les secteurs sanitaire et médico-social. Seuls 19 GHT sur 136 mentionnent dans leur PMP une volonté de créer ou d'étendre des dispositifs de type « plateforme » de coordination gériatrique¹⁴⁸.

De plus, le niveau d'association des ESMS publics à la réforme des GHT est modeste. En effet, au 1^{er} janvier 2020, on comptait 78 ESMS juridiquement autonomes membres de 28 GHT. Cette participation est hétérogène : 10 GHT comptent à eux seuls 51 ESMS parmi leurs membres, alors que 109 GHT n'en comptent aucun.

Or les GHT, outre leur rôle dans les filières gériatriques, pourrait notamment être mobilisés pour intervenir auprès des Ehpad dans les cas critiques de manque de ressource médicale (médecin coordonnateur et/ou médecin traitant, en lien avec un financement de tarif global ou de médecin prescripteur).

3 - Des mesures récentes en faveur d'une meilleure coordination des acteurs

La loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé (OTSS) du 24 juillet 2019¹⁴⁹ poursuit, dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, l'objectif de mieux intégrer les réponses que les différents acteurs concernés peuvent apporter aux personnes âgées, notamment celles en perte d'autonomie à domicile ou en Ehpad. Trois mesures devraient y contribuer spécifiquement :

¹⁴⁶ Ministère des solidarités et de la santé, *HAD, Feuille route 2021-2026*, décembre 2021.

¹⁴⁷ Instruction DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233.

¹⁴⁸ Cour des comptes, *Les groupements hospitaliers de territoire*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2020.

¹⁴⁹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

- la rénovation des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Selon la DGOS, la dynamique autour des projets de CPTS est forte : les chiffres recensés dans le cadre du Ségur de la santé en avril 2021 montrent 136 CPTS en fonctionnement (projet de santé validé) et 582 en projet. Les CPTS contribuent à la fluidité des parcours, notamment par l'accès à un médecin traitant et par la continuité des soins ;
- le développement d'une nouvelle offre d'hôpitaux de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, dans une dynamique de décloisonnement et de coopération. Il s'agit du premier niveau hospitalier de la gradation des soins, qui constitue une ressource pour tous les acteurs de soins du territoire. Selon la DGOS, 250 hôpitaux de proximité sont inscrits en avril 2021 dans une démarche de labellisation par les ARS. Les Ehpad et les services médico-sociaux, quand ils ne font pas partie de l'offre des hôpitaux de proximité, ont vocation à trouver au sein de ceux-ci des appuis en terme d'accès aux soins, d'hospitalisation mais également de prévention, dans une perspective de responsabilité populationnelle ;
- l'unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes de santé. Les réseaux de santé gériatriques thématiques ont vocation à rejoindre les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes dans leur mouvement de fusion d'ici fin 2022.

Ces mesures, qui vont dans le sens d'une meilleure coordination des acteurs, apparaissent pertinentes mais sont encore trop récentes pour avoir produits des effets mesurables.

4 - Des organisations spécifiques à certaines ARS

À défaut de cadre opérationnel défini au niveau national, les ARS ont mis en place des organisations spécifiques, très différentes selon les régions.

À partir de 2010, l'ex ARS Rhône-Alpes, devenue ARS Auvergne-Rhône-Alpes a mis en place des filières gérontologiques pour favoriser les échanges de pratiques et la concertation des acteurs. Malgré une inégalité de développement et donc de fonctionnement en région, ces filières gérontologiques permettent de rassembler des acteurs autour de la question du parcours des personnes âgées du domicile vers l'Ehpad, en passant par les centres hospitaliers. Les travaux engagés ont permis de décloisonner les relations entre les équipes. Ce contexte de travail a été favorable et utile au moment de l'arrivée de la crise sanitaire.

Dans les Hauts-de-France, le schéma régional de santé 2018-2023 a prévu la construction des filières gériatriques. Ces filières ont fait l'objet d'un appel à projet récent. L'ARS écarte l'idée de s'appuyer sur les GHT, car il s'agirait d'une filière exclusivement attachée au secteur public, alors que le secteur privé non lucratif et commercial non intégré dans les GHT porte 50 % de l'offre d'Ehpad. L'ARS s'appuie sur une cartographie de 23 territoires qui recensent le « panier de soins » et met en place des postes de coordonnateur des filières sur les 23 territoires, afin de disposer de temps d'ingénierie qui libère les gériatres de ces fonctions. 21 des 23 appels à projets lancés en juillet 2020 à fin 2020 avec des avis favorables ayant permis les financements dès fin 2020.

L'ARS Grand-Est a développé différentes approches des parcours en matière de prise en charge des personnes âgées et tout particulièrement l'expérimentation Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa) en Meurthe-et-Moselle. Ce dispositif

a été « préfiguré » sur le territoire du Grand-Nancy avant d'être étendu progressivement au reste du département à partir de 2016.

En Nouvelle-Aquitaine, les filières gériatriques sont rendues lisibles par les projets médicaux partagés de territoire. Elles sont restées peu formalisées, avec des modèles assez différents. Dans le contexte de pandémie de covid 19, 26 plateformes gériatriques ville-hôpital ont été constituées dans les territoires afin d'organiser un appui à la prise en charge des personnes âgées, notamment à destination des Ehpad et des médecins traitants.

IV - Le caractère bénéfique de l'appartenance à un réseau ou à un groupe d'établissements

Les Ehpad ne sont plus en mesure d'assumer seuls les problématiques liées à la santé, la sécurité et même le bien-être de leurs résidents. L'insertion au sein d'un réseau constitué d'autres acteurs de santé ou d'un groupe d'envergure régionale ou nationale conditionne l'amélioration de la qualité de leur prise en charge et permet de rompre avec l'isolement dont souffrent encore certaines structures.

Sur ce plan, la situation diffère fortement entre le secteur public et le secteur privé¹⁵⁰. Les Ehpad publics autonomes montrent la plus grande dispersion, avec 1,1 Ehpad (d'une capacité moyenne de 86 places) par gestionnaire. Les Ehpad hospitaliers sont plus regroupés, avec 1,7 Ehpad par gestionnaire et avec des établissements en moyenne plus gros (111 places par Ehpad). De plus, les Ehpad hospitaliers peuvent s'appuyer sur l'infrastructure de l'hôpital, elle-même mutualisée au niveau du GHT. Dans le secteur privé non lucratif, le mouvement de regroupement des gestionnaires est en cours, même s'il reste de nombreuses associations locales. En moyenne, les gestionnaires ont plus de deux Ehpad (2,1), sachant qu'une partie des associations peut s'appuyer sur des entités départementales ou nationales. Le secteur privé commercial marque cependant sa différence, notamment sous l'effet de 16 grands groupes comptant au total 970 Ehpad : on compte ainsi en moyenne plus de cinq Ehpad (5,4) par gestionnaire ou groupe.

A - La recherche d'une coopération plus forte

La quasi-totalité des structures contrôlées ont conclu, avec d'autres acteurs locaux, établissements publics, privés, associatifs ou cabinets libéraux, des conventions qui leur garantissent un accès privilégié à des spécialités médicales, des plateaux techniques ou prévoient l'intervention de professionnels en soutien à leurs équipes. Les autorités de tarification, ARS et départements, sont par ailleurs promoteurs d'une telle démarche en inscrivant désormais dans les CPOM un suivi des conventions existantes et en fixant un nombre de partenariats nouveaux à développer. Les documents font ainsi mention du nombre de conventions signées avec des équipes mobiles, des praticiens libéraux ou des professionnels paramédicaux et prévoient parfois une progression annuelle du nombre d'interventions, comme par exemple dans le CPOM de l'Ehpad La Picardie à Hiersac (Charente). Le nombre de

¹⁵⁰ Extraction du fichier Finess fin 2019, retraitée par la Cour.

partenariats demeure variable selon la taille de l'établissement. Si la majorité d'entre eux a formalisé des liens avec leur centre hospitalier de recours, à l'instar de l'Ehpad de Cusset (Allier) ou du Mas de la Côte bleue à Martigues (Bouches-du-Rhône), d'autres établissements comme Les Parents (Bouches-du-Rhône) ou Catalogne (Pyrénées-Orientales) du groupe Korian disposent chacun d'une dizaine de partenariats. Certaines coopérations ont pris une forme plus structurée, notamment pour organiser l'intervention commune de professionnels de santé ou mieux formaliser les réseaux de soins déjà existants. Tel est le cas de l'Ehpad de Pomarez (Landes) qui adhère à un groupement de coopération sanitaire (GCS) de santé mentale. De même, le CHSLD du territoire de Belfort « Le Chênois » adhère, en sus de neuf autres conventions, aux GCS pharmacie et pôle logistique des hôpitaux de Nord Franche-Comté, afin de bénéficier d'une PUI et de s'assurer de la fourniture des repas et du linge. Les Ehpad peuvent aussi bénéficier dans leurs murs de compétences d'équipes mobiles dédiées concernant notamment les soins palliatifs, l'HAD, la psychogériatrie, la gériatrie, les soins Alzheimer ou l'hygiène. Les partenariats les plus ciblés permettent de bénéficier d'interventions sur place de spécialités plus difficiles d'accès en établissement. Ainsi, l'Ehpad de Fameck (Moselle) fait partie des structures incluses dans la convention signée le 1^{er} octobre 2016 entre le groupe SOS Seniors et le centre hospitalier régional de Metz-Thionville (Moselle), qui prévoit l'intervention d'un chirurgien-dentiste à raison d'une consultation mensuelle par Ehpad et la possibilité de consultations en milieu hospitalier pour les cas qui le nécessitent. L'Ehpad « Les Jardins d'Iroise » de Vendin-le-Vieil (Pas-de-Calais) prévoit l'intervention régulière de spécialistes pour le dépistage des problèmes de vue et d'ouïe.

Plus largement, l'inscription des Ehpad dans un réseau permet de mieux articuler le parcours du résident devenu patient avec d'autres établissements. Ainsi, le Sivu « Comité des âges du Pays Trithois » (Nord) peut faire appel à une unité cognitive comportementale d'une clinique privée pour les personnes souffrant de troubles épisodiques, dépassant ses capacités de prise en charge de l'Ehpad. De même, l'adhésion au GCS filière gériatrique du valenciennois permet aux résidents une admission directe sans passage aux urgences.

B - Les limites des mutualisations territoriales dans le secteur public

Parmi les Ehpad publics autonomes, certains ont fait le choix d'une mutualisation de moyens avec leur participation à des groupements de coopération sanitaire ou à des GCSMS créés par la loi du 2 janvier 2002. L'Ehpad « Mer et pins » de Saint-Brévin-les-Pins (Loire-Atlantique) adhère, pour les fonctions logistiques et techniques, à un GCSMS comprenant trois autres établissements sociaux et médico-sociaux implantés sur le même site, avec lesquels il a développé des mutualisations. Toutefois, ces dispositifs de mutualisation mis en place dans le secteur public restent éloignés de ce que peut accorder l'intégration dans un groupe. À cet égard, l'exemple de l'Ehpad « Le Grand âge » à Alfortville et du GCSMS des Ehpad publics du Val-de-Marne, associé à une direction commune, illustre un niveau de mutualisation renforcée entre Ehpad publics autonomes et montre les limites de ce statut. Alors que l'intégration est forte entre les Ehpad constituant le GCSMS, l'apport est resté insuffisant sur la qualité de la prise en charge. Ainsi, si la mutualisation de moyens dans les GCSMS est à soutenir, les problèmes posés par la dispersion des gestionnaires d'Ehpad publics autonomes doivent pousser à encourager des fusions d'établissements.

Pour d'autres Ehpad publics autonomes, la participation à un GHT permet d'approfondir la dynamique de coopération en inscrivant l'établissement dans une stratégie de prise en charge

commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé au niveau de territoire. Tel est le cas par exemple de l'Ehpad d'Ablis, membre du GHT Sud Yvelines ou l'Ehpad Le Petit Bosquet à Marseille (Bouches-du-Rhône) qui participe à la filière gériatrique développée par le GHT « hôpitaux de Provence ». Toutefois, et comme évoqué précédemment, cette démarche reste encore faiblement développée. Comme la Cour des comptes l'a constaté dans un rapport récent¹⁵¹, le niveau d'association des ESMS à la réforme des GHT est modeste puisqu'elle ne concerne à ce jour que 7,5 % des établissements.

C - Les bénéfices d'une politique de groupe

L'appartenance des Ehpad à un groupement à l'échelon local ou national leur permet de bénéficier d'une expertise dans leur organisation et d'importants moyens à l'appui de leur activité. Les groupes privés, lucratifs ou non, ont été les premiers à proposer à leurs établissements des services supports. Ainsi les directions des soins ou de la qualité des sièges des groupes Korian et Colisée¹⁵² ont mis en place des audits internes et développé une méthodologie commune à l'ensemble de leurs établissements pour la conduite des auto-évaluations. Une telle politique vise notamment à harmoniser les pratiques et permet de mettre en place des indicateurs de suivi à l'échelle du réseau, parfois international. Les Ehpad de ces groupes disposent également d'un important fonds documentaire¹⁵³ qui regroupe tous les protocoles, conseils de bonnes pratiques, mémos, référentiels, outils d'information construits soit à partir de la réglementation, soit par le siège social lui-même.

Cette « standardisation » des méthodes et des outils de travail se retrouve aussi s'agissant du système information. Les Ehpad des groupes Médica et SOS Seniors utilisent ainsi un progiciel de soins commun, permettant la gestion des dossiers administratifs et médicaux, l'élaboration des projets de vie des résidents, le suivi des séances paramédicales et des activités et la traçabilité des soins et des prescriptions. Ce progiciel concerne aussi la gestion de l'établissement grâce, notamment, à des rapports statistiques, et la gestion du matériel.

Enfin, il a été constaté une véritable dynamique de groupe s'agissant de la gestion des ressources humaines. Face aux pénuries de personnels, notamment soignants, et à un taux de rotation élevé des professionnels, les groupes privés sont en mesure de proposer une politique salariale attractive s'appuyant sur des primes à l'embauche, les avantages d'un comité d'entreprise d'échelle nationale ou d'une complémentaire santé commune. Un effort est également constaté s'agissant de la formation continue des personnels, *via* la mise en place d'un centre de formation propre au réseau.

Les groupes ont également constitué un appui notable pour les Ehpad au cours de la crise sanitaire.

¹⁵¹ Cour des comptes, *Les groupements hospitaliers de territoire*, op. cit.

¹⁵² Ehpad Catalogne, groupe Korian, Ehpad Les Coteaux, Le parc du Château, Marguerite, groupe Colisée.

¹⁵³ Logiciel de gestion documentaire Docolisee.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La qualité de l'accompagnement des résidents en Ehpad est fortement conditionnée par les effectifs disponibles auprès des personnes âgées. Ils ont globalement progressé entre 2011 et 2015 et l'augmentation des budgets dédiés au soin a permis de poursuivre cette tendance depuis 2016, même si les mécanismes de financement réformés ne permettent pas d'assurer la traduction des dotations en effectifs de soins. Face à la difficulté de fixer un niveau optimal de taux d'encadrement global à atteindre, la Cour préconise de définir réglementairement la place des infirmiers coordonnateurs et de compléter les références de bonnes pratiques en matière de temps de personnel, de missions et de qualifications pour les différentes fonctions d'accompagnement, pour les soins et les fonctions de médecin prescripteur.

La publication de recommandations de bonnes pratiques par l'Anesm puis la HAS a permis de poser des principes. Les Ehpad s'attachent à mettre en œuvre les outils d'amélioration de la prise en charge issus de la loi du 2 janvier 2002, avec toutefois un engagement hétérogène et pour des résultats incertains, faute d'indicateurs de qualité établis et publiés à l'instar des pays étrangers, notamment en matière de consommations médicamenteuses. Ils peinent à s'inscrire dans des démarches structurées d'amélioration de la qualité, en particulier pour les structures isolées. Les actions de prévention, soutenues par les ARS, demeurent insuffisantes, avec une contribution trop faible de l'animation.

Les ARS et les départements peinent à structurer l'offre de médicalisation. À défaut de cadre opérationnel (GHT, filières gérontologiques, dispositifs encore trop récents), certaines ARS ont développé leurs propres réponses, conduisant à un développement inégal du maillage territorial. Les CPOM, dont les taux de réalisation et les contenus sont modestes, n'ont pas acquis la dimension d'outil stratégique attendue. Enfin, la mission inspection-contrôle est insuffisamment assurée.

Outre le renforcement des coopérations médicales et l'inscription dans les réseaux, la Cour estime nécessaire, à des fins de structuration des politiques de qualité, que les gestionnaires mono-établissements s'engagent enfin dans des processus de fusion. L'enjeu est particulièrement fort pour les Ehpad publics autonomes, marqués par une grande dispersion.

Aussi la Cour formule-t-elle les recommandations suivantes :

- 4. Afin de lutter contre la surconsommation médicamenteuse, assurer une plus large diffusion des données agrégées de santé des résidents par Ehpad, établies à partir des données de l'assurance maladie (application Resid-ESMS). (Cnam).*
- 5. Mettre en place de façon systématique une démarche d'amélioration de la qualité, notamment en s'appuyant sur des projets de vie individuels régulièrement mis à jour, et organiser l'accompagnement en respectant les rythmes de vie (ARS, départements, gestionnaires d'Ehpad).*
- 6. Définir réglementairement les fonctions d'infirmier coordonnateur (DGCS).*

-
7. *Transformer les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en véritables outils de pilotage stratégique et les doter :*
 - *d'un plan d'intégration de l'Ehpad dans son environnement sanitaire et social (partie soins sous l'égide des ARS et partie services et prévention de la part d'autonomie avec les départements) ;*
 - *de moyens financiers pluriannuels dont une part conditionnée à des objectifs de santé publique et de qualité ;*
 - *de la définition des conditions de modulation d'une offre d'hébergement et de services adaptée aux personnes accueillies (DGCS, CNSA, SGMAS).*
 8. *Renforcer la mutualisation et engager des fusions entre gestionnaires mono-établissements (ARS, départements, gestionnaires d'Ehpad).*
-

Chapitre III

Des pistes pour un nouveau modèle d'Ehpad

Le modèle actuel d'Ehpad, trop centré sur lui-même, doit être réformé. Des pistes d'évolution sont à rechercher dans la rénovation du pilotage de la prise en charge médicale, l'amélioration de l'efficacité, une meilleure adaptation à la diversité des publics accueillis et une insertion territoriale plus dynamique.

I - Une prise en charge soins et dépendance recentrée sur la qualité et la prévention

A - Améliorer la mesure de la qualité, assurer la transparence sur les indicateurs, systématiser et structurer la démarche qualité

Introduite initialement par la loi du 2 janvier 2002, la procédure d'évaluation des ESMS a fait l'objet d'une révision par la loi OTSS du 24 juillet 2019. Cette loi confie à la HAS la responsabilité de la nouvelle procédure d'évaluation des ESMS, ainsi que celle d'élaborer le nouveau cahier des charges permettant aux organismes autorisés de procéder aux évaluations externes des ESMS.

Cette évolution correspond au constat partagé d'une faible qualité des évaluations externes et d'une appropriation insuffisante par les ESMS des évaluations internes. Les équipes de contrôle ont également fait cette analyse (cf. *supra*). Les changements sont en fait nombreux : fusion des évaluations internes et externes, rythme quinquennal¹⁵⁴ des évaluations pour le caler sur celui de la signature des CPOM et définition d'un nouveau référentiel commun à l'ensemble des ESMS aussi bien dans le secteur du handicap que des personnes âgées. La HAS a engagé les travaux d'élaboration du premier référentiel d'évaluation national de la qualité des ESMS en novembre 2019, après que le collège de la HAS et sa commission sociale et médico-sociale aient fixé les orientations stratégiques qui encadrent ces travaux. Une large concertation a depuis été menée et le référentiel existe mais n'a pas été publié du fait d'un imbroglio juridique.

En effet, les nouvelles évaluations devaient à la fois reposer sur une auto-évaluation continue de l'ESMS ainsi qu'un contrôle quinquennal par un organisme évaluateur. Il était

¹⁵⁴ Décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services médico-sociaux.

initialement prévu que la HAS accrédite les organismes évaluateurs. Cette mission a finalement été confiée au Comité français d'accréditation avec également une habilitation par la HAS. Un amendement gouvernemental a été déposé en ce sens au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 mais censuré par le Conseil constitutionnel car considéré comme cavalier législatif¹⁵⁵. Au-delà de cet écueil juridique, ces nouvelles évaluations ne résoudront pas toutes les problématiques de l'insuffisance de la qualité de la prise en charge médicale.

D'abord, il s'agit bien d'une démarche d'évaluation et non de certification, la différence étant notamment la forme du résultat : il s'agit d'un rapport d'évaluation et non d'une décision. Plusieurs raisons justifient le maintien d'une évaluation au détriment d'un passage à la certification : certains secteurs tels que la protection de l'enfance ne sont clairement pas prêts à assumer la procédure de certification. La HAS reconnaît par ailleurs qu'elle ne dispose pas des moyens humains nécessaires pour assurer la certification de l'ensemble des structures sociales et médico-sociales, dix fois plus nombreuses sur le territoire national que les établissements de santé. Le maintien de l'habilitation d'organismes externes via une contractualisation sera donc privilégié.

Ensuite, ce nouveau référentiel ne couvre pas tous les domaines de la prise en charge médicale. Il apparaît indispensable de définir un certain nombre d'indicateurs de la qualité de la prise en charge médicale, notamment les ratios de personnel. Les évaluations externes rénovées devraient notamment inclure des indicateurs-clés portant sur la qualité de la prise en charge ainsi que des ratios de personnel positionnant l'établissement par rapport aux référentiels dont la Cour recommande la production. De nombreux exemples étrangers existent.

Enfin, mêmes renforcés, les moyens de contrôle des autorités de tarification et de contrôle ne seront probablement pas suffisants. La publicité des évaluations externes et des grands indicateurs de qualité paraît indispensable. Elle permettra une meilleure transparence, notamment pour les proches des résidents. Il est d'ailleurs prévu que les rapports d'évaluation issus de cette nouvelle procédure soient rendus publics, de façon à organiser une information éclairée des usagers sur les établissements. Il s'agit d'aller plus loin. La publicité des ratios de personnel, ciblée sur les personnels médicaux et les métiers de soins, revêt un intérêt public et s'inscrit dans une activité soumise à autorisation et contrôle. Le secret des affaires, défini à l'article L. 151-1 du code du commerce, n'a pas pour objet de porter atteinte aux pouvoirs conférés aux autorités publiques à des fins de recueil d'informations, dans l'exercice de leurs fonctions, ni de faire obstacle à la divulgation, pour des motifs d'intérêt public, de certaines informations au public. Si tant est que les ratios de personnel de soins dans les Ehpad puissent être considérés comme des informations ayant une valeur commerciale et donnant lieu à une protection particulière de la part des gestionnaires, une mesure générale de publicité serait justifiée par un intérêt public.

Ainsi, la CNSA dispose de données qui pourront être complétées, notamment grâce à une standardisation des rapports d'activité médicale annuels, et mises en production.

¹⁵⁵ Conseil constitutionnel, Décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021 relative à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

B - Inciter à la prévention en intégrant davantage les dépenses de soins

1 - L'intérêt du financement au tarif global

Les prestations couvertes par le forfait global de soins varient en fonction de l'option tarifaire¹⁵⁷ de l'Ehpad. Lorsqu'un Ehpad opte pour le tarif global, le forfait global de soins couvre, en sus des charges couvertes par le tarif partiel, les rémunérations versées aux médecins spécialistes en médecine générale et en gériatrie et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que certains examens de biologie et de radiologie. L'option PUI permet de prendre en charge l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation de médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, à l'exception de certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté.

Selon la CNSA¹⁵⁸, 28 % des Ehpad sont au tarif global (dont 17 % avec PUI). Ce sont très majoritairement des Ehpad publics rattachés à un établissement de santé. À la suite de deux rapports¹⁵⁹ de l'Igas, les circulaires budgétaires ont rouvert de façon limitée, à partir de 2014, la possibilité pour les ARS de financer les demandes d'option vers le tarif global. Une enveloppe de 10 M€ annuels a été attribuée aux ARS de 2014 à 2018, cette enveloppe ayant doublé à partir de 2018. Cette réouverture donne lieu à des transferts entre le sous-objectif ville vers le sous-objectif médico-social de l'Ondam.

Malgré une valeur du point sans augmentation depuis plusieurs années (12,44 € depuis 2011 pour le tarif global sans PUI), les ARS enregistrent un nombre important de demandes de changement d'option tarifaire qu'elles doivent prioriser selon des critères définis dans les circulaires budgétaires (existence d'une PUI, harmonisation des tarifs en lien avec un projet de fusion ou de mutualisation des charges). Toutefois, en 2021, la DGCS indique que l'enveloppe de 100 M€ n'a pas été consommée dans sa totalité, du fait sans doute de la crise sanitaire mais aussi des critères d'ouverture restrictifs pour ce passage au tarif global, qu'elle envisage d'affiner.

Pour plusieurs Ehpad contrôlés, comme l'Ehpad les Aurélias à Pollionnay (Rhône), le recours au tarif global permet une meilleure prise en charge médicale des résidents en salariant et en intégrant des professionnels, qui auparavant n'intervenaient en tant que libéraux que de manière très ponctuelle et parcellaire. La présence régulière d'un médecin salarié dans l'établissement permet d'organiser des astreintes, une meilleure adaptation des prises en charge médicales et une plus grande réactivité en cas d'évolution des besoins de soins. Elle est vecteur d'une meilleure traçabilité des soins et des prescriptions par l'utilisation systématique et maîtrisée du logiciel de soins. Elle favorise aussi les coopérations entre les professionnels de

¹⁵⁷ Le tarif peut être « global » ou « partiel ». Il peut varier selon la présence ou non d'une PUI.

¹⁵⁸ CNSA, *La situation économique et financière des Ehpad entre 2017 et 2018*, mai 2020. Données Hapi au 30 décembre 2018

¹⁵⁹ Igas, rapports n° RM2011-113P, *Financement des soins dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) - Évaluation de l'option tarifaire dite globale*, octobre 2011 et n° RM2013-121P, *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)- mission complémentaire d'évaluation de l'option tarifaire globale*, octobre 2013.

santé le médecin salarié étant leur interlocuteur habituel, notamment pour les admissions et les retours d'hospitalisation.

L'effet bénéfique du tarif global peut notamment être approché par les indicateurs de Resid-Ehpad relatifs aux médicaments. L'analyse de l'indicateur « plus de dix lignes de médicaments par prescription », révélateur d'un risque d'iatrogénie médicamenteuse, est ressorti inférieur ou égal à la moyenne nationale de 2018 (7,6 %) pour six Ehpad au tarif global sans PUI sur sept contrôlés pour lesquels les données ont été communiquées par la Cnam.

Le recours au tarif global permet aussi une réduction des dépenses liées aux kinésithérapeutes. Une étude réalisée par l'ARS Ile-de-France¹⁶⁰ tend à identifier une économie moyenne de 400 € à 500 € par an et par résident pour une prise en charge mieux contrôlée par l'Ehpad du fait de l'internalisation de la dépense. L'Ehpad de la Fondation du Parmelan à Annecy (Haute-Savoie) indique maîtriser le budget consacré aux interventions des kinésithérapeutes, identifié comme une part importante des dépenses de soins (195 000 € en 2019), en recrutant deux kinésithérapeutes salariés. Cette organisation permet, sur prescription du médecin, que le pôle de prévention et de rééducation de l'Ehpad fixe la nature et le nombre d'actes nécessaires pour chaque résident et réalise désormais systématiquement la prise en charge des nouveaux entrants.

Enfin, l'efficacité du tarif global est à rechercher par son effet sur le taux de recours aux urgences. La CNSA¹⁶¹, à partir de données de la Cnam de 2017, relève que les taux d'hospitalisation du tarif global avec ou sans PUI sont toujours inférieurs au tarif partiel.

**Tableau n° 5 : estimation du déterminant « option tarifaire »
sur les taux d'hospitalisation**

<i>Option tarifaire</i>	Moyenne
<i>TG avec PUI</i>	0,91 %
<i>TG sans PUI</i>	1,06 %
<i>TP avec PUI</i>	1,14 %
<i>TP sans PUI</i>	1,24 %

Source : CNSA, la situation des Ehpad en 2017

Pour les Ehpad au tarif global, sur 19 établissements contrôlés pour lesquels les données 2018 de Resid-Ehpad ont été communiquées par la Cnam, 14 ont un taux de recours aux urgences sans hospitalisation inférieur à la moyenne nationale (13,5 %).

Selon les données de la Cnam¹⁶², le coût moyen mensuel par résident des dépenses de soins (hospitalisations et soins de ville) pris en charge par l'assurance maladie hors forfait de soins s'élève en moyenne entre 2014 et 2018 à 414 € pour les Ehpad en tarif partiel sans PUI et

¹⁶⁰ Expérimentation mentionnée dans une note DGCS, DSS, CNSA du 2 juillet 2019 à la ministre des solidarités et de la santé relative aux travaux grand âge et autonomie : propositions de mesures relatives à la tarification des Ehpad.

¹⁶¹ CNSA, *La situation économique et financière des Ehpad en 2017*, avril 2019.

¹⁶² Données figurant au tableau n° 11 en annexe 4 de ce rapport.

à 289 € pour les Ehpad en tarif global sans PUI, soit un écart de 125 € par mois (1 500 € par an). L'enjeu financier du passage en tarif global de 366 099 places d'Ehpad en tarif partiel¹⁶³ se monterait à 951 M€¹⁶⁴. Compte tenu de l'écart moyen sur les consommations de soins (1 500 € par an et par résident) il peut être attendu une économie sur les dépenses d'assurance maladie de l'ordre de 550 M€. Le coût net estimé à 401 M€ est vraisemblablement surévalué en raison des niveaux moyens de dépendance plus élevés que la moyenne dans les Ehpad financés actuellement au tarif global, ce qui est susceptible de générer une consommation de soins plus élevée toutes choses égales par ailleurs. Par ailleurs, tous les Ehpad ne choisiront pas cette option.

Au regard de la qualité apportée par le recours au tarif global pour les soins, cette analyse succincte du coût de l'ouverture du tarif global aux Ehpad est à approfondir à partir des données dont dispose la Cnam pour permettre d'accentuer l'ouverture de l'option tarif global aux Ehpad.

2 - Les expérimentations de médecins prescripteurs

Le recours au tarif global est également un moyen de répondre aux difficultés d'accès au médecin traitant dans certains Ehpad. À défaut de passage au tarif global, 150 Ehpad de la région Ile-de-France ont participé à l'expérimentation portée par l'ARS Ile-de-France depuis 2017 concernant un temps de médecin prescripteur. Cette expérimentation n'a pas encore débouché sur une évaluation quantitative mais l'ARS, en s'appuyant sur l'évaluation en cours menée par le Conservatoire national des arts et métiers, a déjà communiqué¹⁶⁵ sur des retombées positives en terme de qualité. L'expérimentation permet de financer le recrutement d'un médecin (généraliste, gériatre hospitalier ou temps complémentaire de médecin coordonnateur) pour assurer le suivi des résidents et permettre une prescription médicale hebdomadaire. La communication sur l'expérimentation indique que la forme salariale permet une souplesse et une adaptation des activités et qu'ainsi les médecins salariés prennent en charge les urgences et conseillent les infirmiers. En dehors de leur temps de présence, ils sont aussi disponibles au téléphone. L'amélioration de la qualité des soins passerait par un évitement du recours aux urgences et une programmation des hospitalisations grâce à une anticipation de la dégradation de l'état de santé des personnes âgées. Par ailleurs, au-delà du temps de présence et de la disponibilité, ce premier retour sur l'expérimentation met en avant la possibilité pour les équipes de mieux traiter les troubles cognitifs, la douleur et les fins de vie. L'évaluation de l'efficacité du dispositif est donc attendue avant d'en envisager la plus grande diffusion.

3 - Les astreintes d'infirmier de nuit

Le recours aux infirmiers de nuit dans les Ehpad a fait l'objet de nombreuses expérimentations qui ont conduit à la poursuite du dispositif sous forme d'astreinte mutualisée. Cependant, la synthèse des remontées des ARS en annexe de la circulaire budgétaire du 15 mai 2018 relève une très grande hétérogénéité sur le déploiement, les modalités d'organisation ou les missions confiées ainsi à l'infirmier. Parmi les Ehpad contrôlés, un faible nombre est entré

¹⁶³ Données Hapi, CNSA, 2018.

¹⁶⁴ En appliquant les différences entre tarif global et tarif partiel 2020 (avec ou sans PUI), sur les données disponibles de GMP et PMP des Ehpad issues de la base Hapi CNSA 2018.

¹⁶⁵ Hospimédia, 28 juin 2021 « *La forme salariale permettrait d'améliorer la qualité du suivi médical en Ehpad* ».

dans l'expérimentation et pour ceux qui l'ont fait, des interrogations subsistent sur le mode d'organisation de l'astreinte (cf. *supra*).

Cette mesure encouragée par des crédits dédiés qui, selon les remontées des ARS, donne lieu à des retours subjectifs favorables n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation nationale, pour laquelle la CNSA indique son intérêt. Le nombre d'Ehpad disposant d'une astreinte d'infirmier de nuit au niveau national n'est pas connu, pas plus que l'impact réel du dispositif sur les besoins anticipés ou palliatifs ou le recours aux urgences et aux hospitalisations non programmées. Cette évaluation en terme d'efficacité est à mener. Cependant, la possibilité pour les équipes de nuit en Ehpad d'avoir recours à une expertise connue et facilement accessible s'impose comme un moyen d'éviter de mobiliser les services d'urgence sur des situations ne le nécessitant pas. La LFSS 2022 prévoit à cet égard une enveloppe de crédits de 14 M€ pour les astreintes infirmières de nuit et prévoit une généralisation d'ici 2023 de ce dispositif.

C - Amplifier le virage numérique

Le numérique dans les ESMS connaît un retard par rapport aux établissements de santé et une forte hétérogénéité, à l'instar du secteur. Le premier état des lieux des usages du numérique dans le secteur médico-social publié par l'Anap en 2019 indique ainsi que le secteur des personnes âgées est plus avancé en la matière que celui des personnes handicapées et que, parmi les Ehpad, ce sont ceux appartenant à des groupes privés, lucratifs ou non, qui ont le plus développé ces usages. Ainsi l'informatisation du pilotage existe à 42 % dans les ESMS publics et privés non lucratifs, mais à 74 % dans les ESMS privés commerciaux (presque exclusivement des Ehpad). L'utilisation peut à la fois concerner la gestion du personnel et du suivi financier des résidents. C'est l'usage le plus répandu jusque-là. La traçabilité des soins apportés aux résidents avec des logiciels spécialisés comme NetSoins ou Titan constitue une avancée. Il est même possible de l'interconnecter avec un dossier patient unique, type dossier médical partagé (DMP). Les usages sont également possibles en terme de télémédecine, même si en 2019, selon l'Anap, seuls 42 % des Ehpad étaient dotés d'équipements idoines. La crise sanitaire a accéléré ces usages, à la fois en termes de consultations à distance (cf. *supra*) mais aussi et surtout de relations avec les familles. Il est désormais fondamental que les familles aient accès, de manière transparente et simple, aux informations concernant les personnes âgées hébergées. Cette transparence est un outil d'amélioration de la qualité. Les nombreux dispositifs numériques mis en place à l'occasion de la pandémie peuvent apporter un complément utile aux outils plus anciens, comme les conseils de la vie sociale ou les registres d'enregistrement des plaintes. Il peut également exister des expériences en terme d'accompagnement par des robots ou de possibilité pour des familles de noter et de se renseigner sur les Ehpad. La gestion des files d'attente et des places disponibles, par l'outil ViaTrajectoire, est désormais diffusée à travers toutes les régions métropolitaines.

Le développement de la télémédecine¹⁶⁶ a fait l'objet en 2017 d'un plan prévoyant que 100 % des Ehpad y aient accès d'ici 2022. Il ne s'agit pas juste de comptabiliser les

¹⁶⁶ La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Elle a pour objectif d'améliorer l'accessibilité à l'offre de soins (notamment dans les territoires fragiles) et la qualité de vie des patients en permettant une prise en charge et un suivi sur leur

établissements disposant d'un équipement de télémédecine mais bien de comptabiliser ceux dont l'organisation permet un accès à la télémédecine. L'organisation médicale est plus importante que les équipements désormais largement accessibles. Développée également pendant la crise sanitaire, la télémédecine, qui est freinée par certaines spécificités du public et des établissements, est soutenue dans le cadre du Ségur de la santé et prend le relais du fonds d'amorçage ESMS numérique. Une enveloppe de 600 M€ a été prévue pour le développement du numérique dans les ESMS. Le programme ESMS numérique, piloté par la CNSA, prévoit le déploiement d'une solution de dossier usager informatisé (DUI) dans les structures médico-sociales. Cette solution devra intégrer la messagerie de santé sécurisant les échanges d'informations entre professionnels. Elle devra communiquer avec le DMP, avec le module de e-prescription, qui dématérialise la transmission des ordonnances entre les professionnels, et avec les plateformes régionales e-parcours qui assurent la coordination des soins dans les territoires. Sur la période 2021-2022, qui doit être une phase d'amorçage, la CNSA investira 130 M€ au travers d'appel à projets. Plusieurs facteurs clés de succès sont identifiés : la simplicité et la spécificité des outils, la formation pour surmonter l'illectronisme et l'interopérabilité. Surtout, ce virage numérique devra se faire de manière cohérente avec les autres évolutions des Ehpad et ne pas demeurer dans la seule sphère technologique.

II - Une diversité du modèle Ehpad à assumer

Si les résidents atteints de troubles neurocognitifs, qui représentent près de la moitié des entrants, doivent faire l'objet d'une attention particulière, les Ehpad doivent aussi accueillir dans de bonnes conditions les autres résidents. Cette diversité de prise en charge doit être facilitée par des locaux adaptés.

A - Mieux accompagner les troubles cognitifs dans des unités dédiées et reconnues

Selon un recensement de la Drees de 2015, 47 % des Ehpad ont ouvert une unité spécifique pour accueillir les résidents présentant une maladie neurodégénérative, souvent appelée unité de vie protégée (UVP). Si un effort peut être noté pour organiser l'accueil des personnes présentant des troubles neurocognitifs sans crédits supplémentaires, il apparaît que les UVP ne garantissent pas la même qualité de prise en charge que les UHR, qui sont restées peu nombreuses.

Si certaines bonnes pratiques peuvent être relevées, comme l'organisation en unité pour faciliter la reconnaissance des lieux, l'adjonction d'un espace de déambulation ou d'un jardin thérapeutique, l'affectation de personnels volontaires ou encore la réévaluation plus fréquente des projets de vie des résidents de ces unités, la question de la mise à disposition de personnel formé reste la plus prégnante.

Dans les UVP des Ehpad contrôlés, à l'exception des cinq Ehpad du groupe Colisée, la présence d'un assistant de soins en gérontologie qui est un aide-soignant ou un aide médico-

lieu de vie. Cinq catégories d'actes font partie de la télémédecine : la téléconsultation, la télé expertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale.

psychologique spécialement formé à la prise en charge des troubles des personnes âgées (formation de 140 heures) est peu développée.

Plusieurs UVP fonctionnent avec deux aides-soignants ou un binôme d'aide-soignant et d'agent de service hôtelier, ce qui est donc très éloigné des conditions de fonctionnement d'une UHR. La présence du personnel qualifié la nuit apparaît aussi comme un problème majeur. Ainsi à l'Ehpad Les Opalines de Saint-Chamond (Loire), deux aides-soignants assurent la prise en charge des onze résidents de cette unité dans la journée. Il n'y a pas de personnel de nuit dédié, les deux soignants de nuit intervenant dans l'ensemble de l'établissement. Le même constat peut être fait pour les cinq Ehpad de la SAS Médica, où le personnel de nuit est posté dans l'UVP mais peut être amené à intervenir dans tout l'Ehpad.

Dès lors, l'accompagnement en UVP mérite une évaluation au niveau national et un renforcement des moyens à partir d'une meilleure reconnaissance des besoins spécifiques issus des grilles Aggir et Pathos (cf. *supra*).

B - Préserver un accueil non Alzheimer, au besoin modulable et temporaire

À côté de la généralisation des prises en charge dédiées aux maladies neurodégénératives, la population accueillie en Ehpad garde une certaine hétérogénéité. Si les politiques de maintien à domicile ont permis d'éviter ou de retarder des entrées en Ehpad, favorisant un accroissement du niveau de dépendance et de la proportion de personnes présentant des troubles cognitifs dans les admissions, il demeure que, selon les données des profils Pathos étudiés dans le rapport des Pr Jeandel et Guérin, 34 % des résidents d'Ehpad ne présentent pas de syndrome démentiel et 45 % n'ont pas de troubles du comportement.

Dans l'équilibre d'un modèle d'Ehpad ouvert sur l'extérieur et articulé avec le maintien à domicile, il apparaît nécessaire que les structures ne se spécialisent pas dans les maladies neurodégénératives. Même dans un groupe qui s'est positionné dès les années 2000 sur le développement d'unités protégées Alzheimer comme Colisée, les établissements n'ont pas développé d'exclusivité dans l'accueil.

Le développement d'unités dédiées et organisées pour l'accompagnement des troubles cognitifs doit permettre le maintien d'un accueil de personnes âgées en perte d'autonomie, sans profil psychiatrique, avec une différenciation du mode de prise en charge permettant de mieux répondre aux autres pathologies. La sectorisation et la modularité des Ehpad est ainsi à accentuer.

La possibilité d'accueils séquentiels des publics atteints ou non de la maladie d'Alzheimer fait également partie des ouvertures à renforcer. Outre l'existence de places d'hébergement temporaire, le manque de places face à la demande et l'injonction de maintenir des taux d'occupation supérieurs à 95 %, constatés dans l'ensemble des Ehpad, sauf exception, du moins jusqu'à la crise sanitaire, contraignent fortement les admissions en Ehpad. Elles font l'objet de listes d'attente et interviennent davantage en fonction de la disponibilité des places que du moment opportun, sur un mode binaire ne permettant guère de souplesse et de modularité.

La diversité d'accueils en Ehpad est une problématique concernant aussi des publics spécifiques, en particulier les personnes handicapées vieillissantes ainsi que les personnes âgées

souffrant de pathologies psychiatriques. Les réponses à ces besoins pour partie nouveaux sont encore à définir, les Ehpad ayant un rôle à y jouer, sans être toutefois la seule solution.

C - Anticiper les besoins immobiliers de l'Ehpad de demain

Les bâtiments occupés par les Ehpad contribuent significativement à la qualité de la prise en charge médicale des personnes en perte d'autonomie. Outre le fait qu'un certain nombre de structures n'est pas encore propice à un accompagnement adapté et répondant aux standards actuels de dignité, l'évolution des publics accueillis impose d'anticiper les besoins immobiliers.

La part prise par l'accompagnement de troubles cognitifs dans les Ehpad est susceptible de modifier la conception et la taille des unités, passant pour partie d'un modèle à 20 lits (taille souhaitable des unités standards) à un modèle à 14 lits (taille souhaitable des UHR). La généralisation des Pasa nécessite également des locaux adaptés.

Les besoins médicaux des résidents souffrant principalement d'autres pathologies que les maladies neurodégénératives peuvent entraîner une inflexion de l'équipement technique des chambres. Jusqu'à présent, par exemple, la réglementation incendie proscrit l'arrivée fixe d'oxygène dans les chambres, alors que la présence en Ehpad de résidents touchés par la covid 19 en 2020-2021 a montré que des équipements en oxygène pouvaient éviter des hospitalisations.

Enfin, la conception des bâtiments doit être réfléchie à la fois pour optimiser l'organisation des équipes de soins et d'accompagnement et pour incarner une ouverture sur le territoire. Dans le cadre du Ségur de la santé, une dotation de 1,5 Md€ est prévue sur quatre ans. La CNSA a engagé en 2021 un plan d'investissement dont la première tranche prévoit 300 M€ de soutien à des opérations lourdes de création, rénovation, réhabilitation ou reconstruction d'Ehpad. La LFSS 2022 prévoit un renforcement à hauteur de 440 M€ de financements pour la rénovation et l'équipement des établissements, dans le cadre du volet investissement du Ségur. Une circulaire du 24 septembre 2021¹⁶⁷ relative à la mobilisation des crédits d'investissement du Ségur de la santé et de France Relance donne un premier cadrage. Par ailleurs, la CNSA a mis en place un « laboratoire des solutions de demain » pour apporter aux ARS et aux opérateurs un appui technique.

III - Mieux articuler l'Ehpad et le domicile, en positionnant les Ehpad comme « centres de ressources » dans les territoires

Suivant la volonté de la grande majorité des personnes âgées de rester à leur domicile le plus longtemps possible, il apparaît nécessaire de diversifier les modes d'accompagnement des personnes âgées et de mettre fin à la dichotomie établissement-domicile. Le développement des « Ehpad plateformes » ou « centres de ressources » constitue une des réponses à cette demande.

L'Ehpad « centre de ressources » peut se définir comme un lieu d'organisation, de coordination et d'optimisation des ressources d'un territoire dans une logique de services aux

¹⁶⁷ Circulaire DGCS/SD5C/CNSA/2021/210 du 24 septembre 2021.

personnes âgées en perte d'autonomie qui nécessite un fort maillage avec l'ensemble des professionnels du territoire. La démarche requiert donc un diagnostic préalable des ressources du territoire : connaissance des acteurs, de l'écosystème territorial et partenarial, au-delà des spécialistes du grand âge. L'Ehpad « centre de ressources » mobiliserait ainsi les compétences du plateau technique que représente l'établissement, pour les déployer vers l'extérieur, le positionnant ainsi comme une plateforme de ressources pour le domicile. Il s'agirait d'une offre complémentaire, structurée, permettant une plus-value à l'accompagnement à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie et de ses proches aidants. Ce nouveau modèle, s'appuyant sur le support de l'Ehpad, a pour objectif d'offrir une palette élargie de services médico-sociaux (soin, aide à domicile, accompagnement, mobilité, prévention), à destination des personnes âgées.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a développé, à l'origine sur le territoire limousin, un concept d'Ehpad pôle ressources de proximité, agrégeant des services susceptibles d'être rendus au-delà de l'Ehpad lui-même, en particulier des actions de prévention de la perte d'autonomie ouvertes à la population, ainsi que des activités telles que l'hébergement temporaire et l'accueil de jour.

Ce type de dispositif doit, pour bien fonctionner, disposer des caractéristiques suivantes :

- la palette de services proposés doit dépasser le cadre traditionnel d'intervention de l'Ehpad ;
- le dispositif doit couvrir une zone géographique clairement définie avec une dynamique territoriale en lien avec les pouvoirs publics et des partenaires associés ;
- la notion de coordination apparaît essentielle pour la construction et le fonctionnement de la plateforme, axée autour d'un porteur et de partenaires associés ;
- le nombre de bénéficiaires de l'Ehpad « centre de ressources » doit être déterminé à l'avance, ce qui permet de structurer son organisation ;
- enfin, la population éligible à ces dispositifs doit être constituée de personnes âgées qui ont vocation à entrer en Ehpad classique mais qui, grâce aux services renforcés proposés, sont maintenus à leur domicile.

Pour autant, ce type de dispositif n'existe pas dans le droit commun et ne dispose donc pas de financements dédiés. Aucun référentiel n'a encore été élaboré à ce jour par les autorités nationales. L'analyse de l'échantillon des Ehpad contrôlés montre que ce type de dispositif innovant reste encore « embryonnaire » sur le terrain, comme le souligne le rapport Broussy¹⁶⁸, faute de réelle dynamique impulsée par les autorités publiques. La LFSS 2022 apporte une réponse en créant une nouvelle mission facultative de « centre de ressources territorial » pour les Ehpad.

Grâce à une offre complète et variée, tant en établissement qu'au domicile, plusieurs Ehpad contrôlés fonctionnent sensiblement sur le modèle d'Ehpad « centre de ressources », sans pour autant que cette notion soit évoquée ni par les équipes de contrôle ni par les gestionnaires. L'Ehpad « La Casa Assolellada » de Céret (Pyrénées-Orientales) est par exemple autorisé pour 104 lits d'hébergement permanent, trois lits d'hébergement temporaire et un Pasa

¹⁶⁸ Mission interministérielle sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires au vieillissement de la population, rapport de Luc Broussy à la ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, mai 2021.

de 14 places. Il dispose en outre d'un accueil de jour de 10 places, accueillant à la journée des personnes âgées du canton de Céret vivant à domicile, et d'un Ssiad de 57 places desservant six communes autour de l'établissement. De même, les Ehpads relevant du Sivu « Comité des âges du Pays Trithois » (Nord) disposent respectivement de 55 (dont trois en hébergement temporaire) et 65 places (dont cinq en hébergement temporaire) complétées par deux Pasa de 12 et 14 places, deux accueils de jour de 12 et 14 places, un Ssiad de 70 places, un Spasad et de deux résidences autonomie de 49 et 77 places. Dans la même logique, les Ehpads de Cusset (Allier) et du Creusot (Saône-et-Loire) disposent également, dans leur offre « domicile », d'une plateforme d'accompagnement et de répit à destination des aidants.

Le développement du dispositif innovant Ehpad « hors les murs »

Le développement des Ehpads dits « hors les murs » constitue également une solution pour mettre fin à la dichotomie établissement-domicile et pour répondre à la volonté des personnes âgées de rester à leur domicile le plus longtemps possible. L'Ehpad des Abers (Finistère) mène une réflexion sur un tel projet d'Ehpad « hors les murs ». La mise en place de ce dispositif innovant serait suivie par un coordonnateur pour s'assurer de l'effectivité des accompagnements prévus pour tous les aspects de la vie quotidienne que constituent : les prestations de repas, l'assistance technique et administrative, l'aide à la prise de médicaments, l'animation/vie sociale et le dossier de soins. La mise en place d'une chambre d'urgence permettant d'accueillir l'utilisateur au sein de l'Ehpad (hospitalisation ou absence de l'aidant) compléterait le dispositif. Ce projet a fait l'objet de travaux préparatoires et pourrait figurer dans le prochain projet d'établissement de l'Ehpad Les Abers.

Il appartient donc aux autorités publiques de modéliser l'Ehpad « centre de ressources » pour en faciliter le déploiement autour d'un cadre juridique national et de financements dédiés. Le dispositif « Ehpad centre de ressources » consacré par la LFSS 2022 constitue une première étape.

Une des premières mesures à prendre, qui ne présente pas de complexité particulière, serait de réformer le régime des autorisations (cf. *supra*). La poursuite de la structuration du maillage territorial, des réseaux et filières est une autre condition essentielle à l'émergence de ce nouveau positionnement des Ehpads.

RECOMMANDATIONS

La Cour formule les recommandations suivantes :

9. *Après avoir élaboré des indicateurs de qualité (consommations de médicaments psychotropes, etc.) et de moyens requis (dont ratios de personnels médicaux et soignants, présence des médecins prescripteurs), rendre obligatoire leur publication pour chaque Ehpad (DGCS, HAS, CNSA).*
 10. *Encourager et financer un recours élargi des Ehpads au tarif global (DGCS, DSS, Cnam, CNSA).*
 11. *Promouvoir le développement de l'Ehpad en tant que « centre de ressources » (DCCS, DGOS, CNSA).*
-

Conclusion générale

L'Ehpad actuel, peinant à recruter du personnel et à le former, assumant difficilement sa mission de médicalisation, insuffisamment relié à l'hôpital et aux réseaux de soins gériatriques, souvent coupé des services de soins et d'accompagnement à domicile, mal inséré dans les territoires, est aujourd'hui à bout de souffle. Il doit faire l'objet d'une réforme qui impliquera la plupart des acteurs de ce domaine. Alors que le nombre et le niveau de dépendance des personnes âgées vont s'accroître fortement en France dans les prochaines années, les pouvoirs publics au niveau national devront clairement afficher une stratégie pour accompagner leur prise en charge. Ils devront donner un cadre au « virage domiciliaire » en précisant la place que les Ehpad occuperont dans cette évolution.

Les pouvoirs publics devront également assumer les choix qui s'imposent en matière de renforcement des moyens affectés à la médicalisation pour permettre une prise en charge plus adaptée et plus efficiente des différents publics accueillis dans les Ehpad, ainsi qu'une rénovation du parc immobilier. Ils devront envisager les moyens de mieux prendre en charge les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, dont l'orientation souvent prioritaire en établissement doit être questionnée.

Des gains d'efficacité sont possibles dans une approche globale des dépenses d'assurance maladie en Ehpad. Les moyens supplémentaires alloués aux Ehpad peuvent être, au moins partiellement, compensés par des économies réalisées à l'hôpital (moindre recours à l'hospitalisation) et sur l'enveloppe de médecine de ville (consommation médicamenteuse, consultations). La Cnam, qui dispose de toutes les données nécessaires, devrait se mobiliser sur ce sujet, en lien avec la CNSA.

Les pouvoirs publics devront fournir des cadres de référence plus clairs en matière de prise en charge médicale en établissement et s'engager résolument en faveur d'une plus grande transparence sur les indicateurs de qualité et les ratios de personnel de soins des Ehpad. Les ARS, à qui serait confiée la responsabilité du financement des sections soin et dépendance fusionnées, devraient favoriser l'insertion des Ehpad dans des territoires de référence, en prenant l'initiative de l'organisation des coopérations entre les acteurs de l'hôpital, du domicile et de la ville, en utilisant les leviers de programmation à leur disposition et en dynamisant les CPOM. Les départements, chefs de file de la politique gérontologique de leur ressort géographique, devraient être associés à ces processus.

Les Ehpad, quand ils sont isolés, doivent être fusionnés ou, à défaut, insérés dans des dispositifs de mutualisation. Quand ils appartiennent à de grands groupes, ils méritent d'être mieux contrôlés par les autorités de tutelle et les évaluations afin que les filières et recours internes au groupe ne fassent pas obstacle aux réseaux et filières de territoire.

Ces prérequis devraient permettre d'évoluer vers un modèle qui fait consensus, celui de l'Ehpad « centre de ressources », ouvert sur son territoire de référence, coordonné à l'hôpital, au domicile et à la ville. C'est ce modèle qu'il appartient désormais aux acteurs et en particulier aux pouvoirs publics nationaux de promouvoir.

Liste des abréviations

AJ	Accueil de jour
AMP	Aide médico-psychologique
Aggir	Grille nationale autonomie gérontologie groupe iso-ressources
Anap	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
Anesm	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA.....	Allocation personnalisée à l'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
AS.....	Aide-soignant
ASG.....	Assistant de soins en gérontologie
ASH.....	Agent de service hôtelier
ASH.....	Aide sociale à l'hébergement
ASV.....	Adaptation de la société au vieillissement
Atih.....	Agence technique de l'information hospitalière
BNA	Banque de données nationale Alzheimer
CASF.....	Code de l'action sociale et des familles
CDA	Cellule départementale d'appui
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
Cire.....	Cellules d'intervention en région
CNR	Crédits non reconductibles
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie
CNDEPAH....	Conférence nationale des directeurs d'établissements pour personnes âgées et handicapées
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPIAS	Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRAPS	Cellule régionale d'appui au pilotage sanitaire
CTP	Convention tripartite
CVS.....	Conseil de la vie sociale
DLU	Dossier de liaison d'urgence
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS.....	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRL.....	Dotation régionale limitative

DSS	Direction de la sécurité sociale
Ehpa	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Événement indésirable grave
EPI.....	Équipements de protection individuelle
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
ERRD	État réalisé des recettes et des dépenses
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
ETP.....	Équivalent temps plein
FHF	Fédération hospitalière de France
Fehap.....	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FIR	Fonds d'intervention régional
GCS.....	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIR.....	Groupe iso-ressources
GMP	Gir moyen pondéré
GMPS.....	Groupe iso-ressources moyen pondéré soins
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS.....	Haute autorité de santé
HP	Hébergement permanent
HPST	Hôpital patients santé territoires
HT	Hébergement temporaire
IDE	Infirmier diplômé d'État
Idec	Infirmier diplômé d'État coordonnateur
Igas	Inspection générale des affaires sociales
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
LFSS.....	Loi de financement de la sécurité sociale
MSA.....	Mutualité sociale agricole
OTSS	Organisation et transformation du système de santé
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMND	Plan maladies neurodégénératives
PMP.....	Pathos moyen pondéré
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
Priac	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS.....	Projet régional de santé
PSGA	Plan solidarité grand âge
PUI.....	Pharmacie à usage intérieur
Rama	Rapport annuel d'activité médicale
REPSS	Rapport d'évaluation des politiques de la sécurité sociale
SAS	Société par actions simplifiée
SNDS	Système national des données de santé

Spasad	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
Ssiad	Service de soins infirmiers à domicile
SSR.....	Soins de suite et réadaptation
Synerpa.....	Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées
TG	Tarif global
TP	Tarif partiel
UHR	Unité d'hébergement renforcée
URPS.....	Union régionale des professionnels de santé
USLD	Unité de soins de longue durée
UVP.....	Unité de vie protégée

Annexes

Annexe n° 1 : lettre de saisine	104
Annexe n° 2 : liste des entretiens	106
Annexe n° 3 : caractéristiques des 57 Ehpad contrôlés	112
Annexe n° 4 : dépenses de soins et dépendance, dépenses sur assurance maladie	114
Annexe n° 5 : répartition des places entre départements.....	115
Annexe n° 6 : dépenses qui peuvent être couvertes par des crédits complémentaires	117
Annexe n° 7 : comparaisons internationales pour la prise en charge des soins dans les Ehpad – Allemagne, Belgique, Canada (Ontario), Danemark, Japon, Suède.....	118

Annexe n° 1 : lettre de saisine



COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

LA PRÉSIDENTE

Monsieur Pierre MOSCOVICI
Premier Président

Cour des comptes
13, rue Cambon
75100 PARIS Cedex 01

Paris, le 12 janvier 2021

RÉF : AFSOC_PDT_2021_001

Monsieur le Premier Président,

En application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, j'ai l'honneur de vous demander que la Cour des comptes remette à la commission deux enquêtes, respectivement consacrées aux soins intensifs et de réanimation et à la prise en charge médicale en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Ces sujets ont été fortement mis en relief au début de l'épidémie de covid-19.

Les capacités en soins intensifs et de réanimation dans le secteur public sont apparues à la fois sous-dimensionnées, avec des difficultés de montée en puissance face à la crise et mal réparties sur l'ensemble du territoire alors que le secteur privé faisait état de capacités disponibles. Devant ce constat, il serait utile de définir précisément ces capacités en termes d'équipement et de ressources humaines, d'examiner leur répartition territoriale mais aussi entre secteur public et secteur privé, les conditions de leur montée en puissance en cas de crise mais aussi les outils de leur programmation et de leur mobilisation. Il semble ainsi que les agences régionales de santé se soient trouvées en difficulté pour disposer des capacités disponibles en temps réel mais aussi pour les piloter, face à des centres hospitaliers universitaires mieux armés. L'enquête pourrait ainsi permettre de définir l'acteur le plus pertinent et les outils, notamment en termes de systèmes d'information, les plus adaptés pour programmer et piloter ces capacités. Une comparaison avec l'Allemagne me paraîtrait susceptible d'éclairer utilement ce travail.



Quant à la prise en charge médicale en Ehpad, les unités de soins de longue durée ont longtemps fait figure de repoussoir dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Or l'entrée plus tardive et dans un état de dépendance accrue des résidents d'Ehpad réinterroge profondément un modèle plus axé sur le séjour et moins sur la prise en charge médicale. Se posent notamment les questions de l'efficacité de cette prise en charge (adéquation aux besoins et indicateurs de qualité objectifs), de son efficience (mode de financement, coût pour l'assurance maladie et pour le résident, et situation financière des Ehpad qui en résulte) mais aussi de la pertinence des outils de mesure existants (les grilles AGGIR et Pathos en particulier). Là encore, je souhaiterais que la Cour puisse proposer un modèle d'organisation, de prise en charge et de financement adapté aux besoins des personnes accueillies au sein de ces établissements.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Premier Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Catherine DEROCHE

Annexe n° 2 : liste des entretiens

Directions

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

(Questionnaire)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

(Questionnaire)

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

(Questionnaire et visioconférence)

Sylvie ESCALON, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins

Anne-Noëlle MACHU, bureau R4 prise en charge sanitaire des PA,

Dr Sophie AUGROS, conseillère soins primaires,

Dr Yann LE DOUARIN, adjoint bureau PF3 (télésanté)

Caisses

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

(Questionnaire et visioconférence)

Virginie MAGNANT, directrice ;

Olivier PAUL, directeur adjoint ESMS,

Dr M. Yannick EON, médecin de santé public

Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)

(Questionnaire)

Sara-Lou GERBER : directrice de cabinet du directeur général

Garmenick LEBLANC : coordinatrice de la cellule médico-sociale

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih)

(Questionnaire)

Haute autorité de santé (HAS)

(Questionnaire et visioconférence)

Véronique GHADI : directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social

Alexandre FONTY : directeur de cabinet de la présidente de la HAS

Santé publique France (SPF)

(Questionnaire)

Agences régionales de santé (ARS)

(Questionnaire et visioconférence)

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Raphaël GLABI, directeur de l'autonomie,

Astrid LESBROS-ALQUIER, directrice déléguée de l'offre médico-sociale,

Christelle SANITAS, responsable du pôle personnes âgées,

Frédérique CHAVAGNEUX, directrice déléguée de la qualité et la performance,

Dr Denis OLLEON, responsable Pathos,

Serge FAYOLLE, ancien responsable de la planification de l'offre,

Stéphane DELEAU, directeur de l'inspection, justice et usagers

Zhour NICOLLET, directrice départementale, Direction départementale de la Drôme (DD26)

Laëtitia MOREL, responsable pôle autonomie DD26

ARS Grand Est

Frédéric REMAY, directeur général adjoint,

Edith CHRISTOPHE, directrice autonomie,

Marie-Hélène CAILLET, directrice adjointe autonomie en charge du pilotage de l'efficience médico-sociale,

Jean-Marc LE MOIGNE, responsable de l'offre personnes âgées (direction territoriale de Meurthe et Moselle)

ARS Hauts-de-France

Sylvain LEQUEUX, directeur de l'offre médico-sociale,

Dr DEFEBVRE, médecin santé publique,

Fanny DREMAUX,

G. GOURNAVIS,

Charlotte DANET, Directrice départementale de l'Oise (DD60),

Lionel JOURNAUD

ARS Nouvelle-Aquitaine

Anne-Sophie LAVAUD, responsable du pôle autonomie, DOSA,
Dr Daniel HABOLD, directeur santé publique,
Elodie COUAILLIER, directrice des financements,
Pauline DEJOUANY, responsable tarification,
Catherine LE MERCIER, directrice adjointe direction départementale de la Gironde,
F. CERMALON, statisticienne

ARS Occitanie

Bertrand PRUDHOMMEAUX, directeur de l'offre de soins et autonomie (DOSA),
Régine MARTINET, directrice adjointe de l'offre de soins et autonomie (DOSA),
Cendrine BLAZY, responsable de l'unité politique du vieillissement (DOSA),
Hélène ROUQUETTE, cadre référent personnes âgées, unité parcours inclusif (DD 31),
Jean Pierre ESTEVE, responsable du pôle inspection contrôle (DSP),
Thierry CARDOUAT, directeur de la direction départementale de Haute-Garonne (DD31),
Marie-Pierre NUNEZ, responsable du pôle animation de la transformation de l'offre (DD31)

Conseils départementaux (CD)

(Questionnaire et entretien)

Conseil départemental de la Drôme (26)

Véronique GEOURJON-REYNE, directrice générale adjointe autonomie, Mme
Elodie BOUSQUET, directrice de la maison de l'autonomie,
Anne-Laure SAPET, gestionnaire administrative et financière à la MDA

Conseil départemental de la Haute-Garonne (31)

Pierre SUC-MELLA, directeur général délégué – autonomie des personnes âgées /
personnes en situation de handicap,
Violaine GOURDOU, directrice de l'accompagnement par les établissements et les
services PA-PH,
Laurence DELORT, directrice du pilotage et ressources autonomie

Conseil départemental de la Gironde (33)

Muriel SAM GIAO, directrice du pôle solidarité autonomie

Aurélia AUROUX, chef du service des établissements pour personnes âgées dépendantes

CD Meurthe-et-Moselle (54)

Claudine SAVEAN, DGS,

Julien TIPHINE, DGA solidarités,

Marie DIA ENEL, directrice adjointe autonomie

Conseil départemental de l'Oise (60)

Clovis BOUTEILLE (DGA en charge de la solidarité, DGS par intérim)

Stellina LISMONDE (Directrice de la qualité, de l'offre, de la tarification et de l'évaluation)

Association des directeurs au service des personnes âgées (ADPA)

(Questionnaire et visioconférence)

Éric FREGONA, directeur-adjoint

Jeanne GERARDIN, chargée d'affaires publiques

Conférence nationale des directeurs d'établissements pour personnes âgées et handicapées (CNDEPAH)

(Questionnaire et visioconférence)

Emmanuel SYS, président

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés (Fehap)

(Questionnaire et visioconférence)

Jean-Christian SOVRANO, directeur de l'autonomie,

Mme LAPLUME, conseillère aux établissements,

Mme le Dr LECOQ, conseillère médicale

Fédération française des infirmières diplômées d'État coordinatrices (FFIDEC)

(Questionnaire et visioconférence)

Anne-Hélène DECOSNE, présidente,

Gaétan BOUVET, membre du conseil d'administration

Fédération hospitalière de France (FHF)

(Questionnaire et visioconférence)

Marc BOURQUIN, conseiller stratégie,

Sandrine COURTOIS, co-responsables du pôle autonomie-parcours

Benjamin CANIARD, co-responsables du pôle autonomie-parcours

France Alzheimer

(Questionnaire et visioconférence)

Hélène CLARI, directrice des missions sociales,

Benoît DURAND, directeur délégué,

Lorène GILLY, Responsable du suivi des politiques publiques

Association nationale des médecins coordonnateurs (Mcoor)

(Questionnaire et visioconférence)

Gaël DUREL, président,

Frédéric WONE, secrétaire général,

Stéphane MEYER, vice-président

Odile EYNAUD LEVY, vice-président

Catherine BAYLES, vice-président

Société française de gérontologie (SFG)

(Questionnaire et visioconférence)

Pr. Olivier GUERIN

Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (Synerpa)

(Questionnaire et visioconférence)

Florence ARNAIZ-MAUME, déléguée générale,

Pauline MEYNIEL, responsable pôle médico-social

**Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
(Uniopss)**

(Questionnaire et visioconférence)

Jérôme VOITURIER, directeur général,

Mme LEVRAY, conseillère technique

Annexe n° 3 : caractéristiques des 57 Ehpad contrôlés

Tableau n° 6 : répartition des contrôles entre les différentes chambres régionales des comptes et la sixième chambre de la Cour des comptes

<i>Cour des comptes ou CRC menant le contrôle</i>	Nombre d'Ehpad
<i>Auvergne-Rhône-Alpes</i>	4
<i>Bourgogne Franche-Comté</i>	4
<i>Bretagne</i>	3
<i>Centre, Val de Loire</i>	1
<i>Corse</i>	1
<i>Grand Est</i>	4
<i>Hauts-de-France</i>	4
<i>Ile-de-France</i>	2
<i>La Réunion et Mayotte</i>	1
<i>Normandie</i>	4
<i>Nouvelle Aquitaine</i>	5
<i>Occitanie</i>	3
<i>PACA</i>	4
<i>Pays de la Loire</i>	2
<i>Sixième chambre de la Cour des comptes</i>	15
<i>Total général</i>	57

Source : Cour des comptes

Tableau n° 7 : répartition par statut juridique des Ehpad contrôlés

<i>Statut juridique</i>	Nombre d'établissements contrôlés	Représentation des établissements contrôlés	Représentation au niveau national
<i>Public Hospitalier</i>	10	18 %	16%
<i>Public (autonome, départemental, CCAS)</i>	13	23 %	28%
<i>Privé non lucratif</i>	15	26 %	31%
<i>Privé commercial</i>	19	33 %	24%
<i>Total général</i>	57	100 %	100%

Source : Cour des comptes et Finess 2020

Tableau n° 8 : répartition par option tarifaire

<i>Option tarifaire</i>	Nombre d'établissements contrôlés	Représentation des établissements contrôlés	Représentation au niveau national
<i>TG avec PUI</i>	17	30%	17%
<i>TG sans PUI</i>	8	14%	11%
<i>TP sans PUI</i>	32	56%	71%
<i>TP avec PUI</i>	0	-	1%
<i>Total général</i>	57	100%	100%

Source : Cour des comptes et CNSA–Hapi au 31 décembre 2018

Tableau n° 9 : répartition par statut géographique de la commune d'implantation

<i>Statut géographique de la commune</i>	Nombre d'établissements contrôlés	Représentation des établissements contrôlés	Représentation au niveau national
<i>Rural</i>	10	18%	25%
<i>Ville isolée</i>	7	12%	14%
<i>Banlieue</i>	16	28%	30%
<i>Ville-centre</i>	24	42%	32%
<i>Total</i>			100%

Source : Cour de comptes et CNSA (ERRD 2018 et Finess au 31 décembre 2018) - Les statuts géographiques reprennent les définitions de l'Insee.

Annexe n° 4 : dépenses de soins et dépendance, dépenses sur assurance maladie

Tableau n° 10 : évolution (2011-2019) des dépenses de soins des ARS et des dépenses d'APA en établissement des départements

En M€	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évol°
<i>Versements de prestations de fonctionnement par les ARS en Ehpad</i>	6 595	6 935	7 271	7 520	7 702	7 899	8 124	8 383	8 790	33 %
<i>Évolution annuelle</i>		5 %	5 %	3 %	2 %	3 %	3 %	3 %	5 %	
<i>Dépenses brutes d'APA en établissement</i>	2 012	2 088	2 164	2 236	2 317	2 362	2 408	2 427	2 448	22 %
<i>Évolution annuelle</i>		4 %	4 %	3 %	4 %	2 %	2 %	1 %	1 %	
<i>Total</i>	8 608	9 023	9 435	9 756	10 018	10 262	10 531	10 810	11 238	31 %
<i>Évolution annuelle</i>		5 %	5 %	3 %	3 %	2 %	3 %	3 %	4 %	

Source : ARS- États financiers nationaux, CD : Drees enquête aide sociale

Tableau n° 11 : coût mensuel de soins par résident et par poste de soins : moyennes nationales 2018 par option tarifaire et PUI

	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI
<i>Autorisation temporaire d'utilisation (ATU)</i>	1	1	1	1
<i>Clinique privée</i>	22	17	18	14
<i>Hôpital public</i>	137	138	119	113
<i>Soins dentaires</i>	1	1	1	1
<i>Actes de radiologie</i>	2	2	2	1
<i>Actes de laboratoire</i>	15	9	3	1
<i>Médecins généralistes</i>	24	16	3	1
<i>Dispositifs médicaux</i>	18	11	16	10
<i>Transports</i>	40	38	34	29
<i>Autres auxiliaires</i>	7	4	1	1
<i>Infirmiers</i>	8	6	6	5
<i>Masseurs-kinésithérapeutes</i>	32	19	3	1
<i>Médicaments</i>	86	5	73	4
<i>Médecins spécialistes</i>	9	7	8	5
<i>Total dépenses en sus du forfait</i>	402	274	288	187
<i>Forfait de soins</i>	822	1 157	1 076	1 272
<i>Total : dépenses + forfait</i>	1 224	1 431	1 364	1 459

Source : Cnam

Annexe n° 5 : répartition des places entre départements

Le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (Repss) annexé aux PLFSS suit notamment un objectif 2 – « Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées », qui comprend un sous-objectif 2.2 – « Réduire les disparités territoriales de prise en charge des personnes handicapées ». Sa réalisation est évaluée au travers d'un indicateur mesurant la disparité de prise en charge de la perte d'autonomie à partir de l'équipement et de la dépense d'assurance maladie en euros par habitant.

Analyse par le nombre de places

Tableau n° 12 : écarts d'équipement en capacité d'accueil (établissements, services et USLD) pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Écart inter-départemental (%)	21,6	19,9	19,3	18,9	18,6	18,0	17,9	18,1	18,9	19,2
Écart interrégional (%)	15,9	14,4	13,6	13,6	13,3	13,6	14,6	15,3	15,8	16,7
Médiane des départements	132,9	133,1	131,9	132,6	132,5	131,6	132,1	133,2	132,3	131,0
Médiane des régions	131,5	130,7	129,7	129,5	129,3	128,5	131,4	131,5	130,6	127,7
Moyenne nationale	127,3	128,1	127,3	128,0	128,0	128,2	128,6	129,2	127,8	126,7

Source : PLFSS 2021, Repss Autonomie

Analyse par la dépense de l'assurance maladie

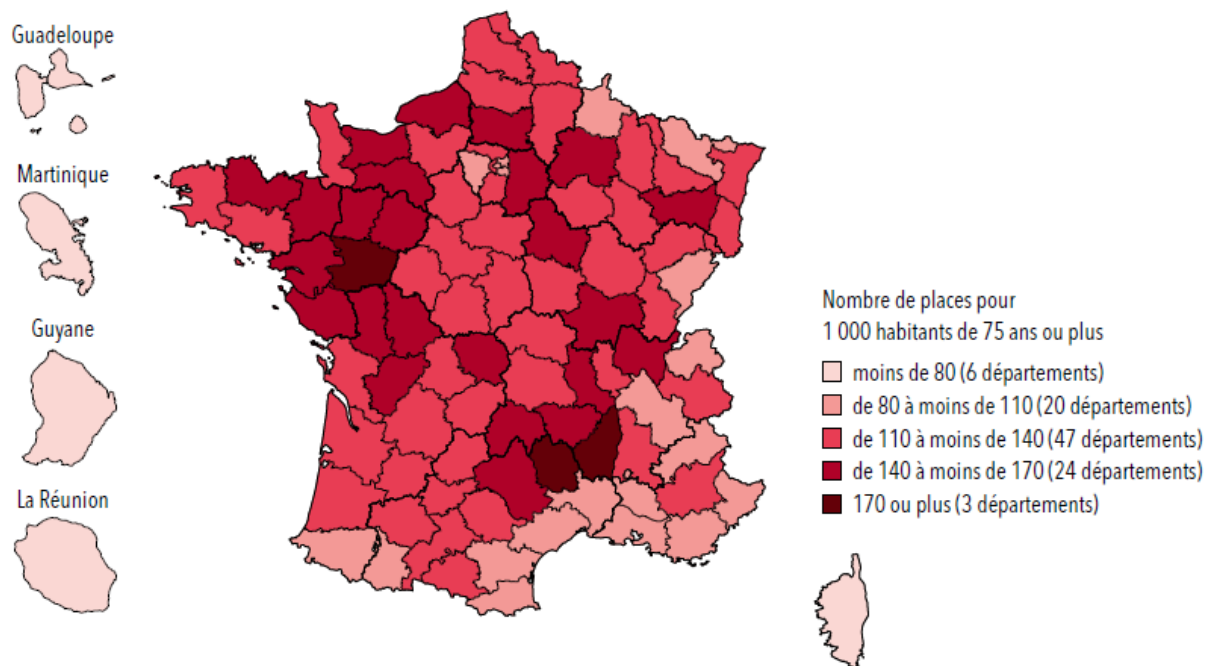
Tableau n° 13 : écarts de dépenses d'assurance maladie en € pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (versements de la CNSA aux Ehpad, Ehpa, AJ-HT, Ssiad, Spasad, dépenses en USLD et dépenses relatives aux actes infirmiers de soins)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Écart inter-départemental (%)	16,3	16,8	16,3	15,9	15,5	15,3	15,2	15,5	15,1	15,6
Écart interrégional (%)	9,7	11,9	11,7	11,8	10,7	11,3	11,2	10,3	10,3	12,3
Médiane des départements	1 895	2 018	2 031	2 079	2 108	2 094	2 141	2 184	2 198	2 256
Médiane des régions	1 832	1 929	1 966	2 069	2 105	2 121	2 134	2 222	2 261	2 323
Moyenne nationale	1 861	1 978	2 030	2 092	2 144	2 144	2 167	2 215	2 259	2 322

Source : PLFSS 2021, Repss Autonomie

Localisation de taux d'équipement

Carte n° 2 : taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad, résidences-autonomie et USLD) au 31 décembre 2019



Source : Drees, Panorama statistique « Jeunesse, Sports, Cohésion sociale » 2019 (à partir du répertoire Finess et de la SAE) ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2020 (résultats arrêtés fin 2019)

Annexe n° 6 : ¹⁶⁹dépenses pouvant être couvertes par des crédits complémentaires selon l'article R. 314-163 du code de l'action sociale et des familles.

1° Des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;

2° Du développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est de mettre en œuvre des pratiques, des organisations ou des coopérations entre les structures médico-sociales, les structures sociales, les établissements et centres de santé ou les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé ;

3° Des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents notamment par le développement de la qualification des professionnels, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent ;

4° Des actions de prévention ;

5° Des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements, y compris la compensation de frais financiers dans les conditions prévues règlementairement ;

6° Des actions spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité ou de handicaps ;

7° Les prestations relatives aux modalités d'accueil expérimentales, ainsi que celles relatives aux structures autorisées dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant ;

8° Des mesures prises pour renforcer l'attractivité de l'exercice des professions.

¹⁶⁹ Correspond à la note 59 du texte.

Annexe n° 7 : comparaisons internationales pour la prise en charge des soins dans les Ehpad¹⁷⁰ – Allemagne, Belgique, Canada (Ontario), Danemark, Japon, Suède

Les investigations réalisées pour cette synthèse ont bénéficié de concours de juridictions financières étrangères ainsi que de conseillers sociaux des ambassades de France. Elles ont été soutenues également par les contacts internationaux de médecins hospitalo-universitaires spécialistes des principaux enjeux de prévention et de soins des personnes âgées résidant en Ehpad, soit des domaines où il est possible de constater de hauts niveaux de consensus scientifiques (déprescription, nutrition, etc.). Les travaux menés ont bénéficié aussi de l'expérience internationale importante de plusieurs groupes privés de statut commercial gestionnaires d'Ehpad.

Avec ces pays disposant de systèmes de protection sociale structurés, à l'instar de la France, deux séries d'éléments de comparaisons peuvent être dégagées :

- ceux qui font émerger des convergences de fond, parfois au-delà des différences institutionnelles qui se présentent de prime abord ;
- ceux qui signalent de fortes différences sur tel ou tel aspect, potentiellement constitutives d'une réflexion fructueuse pour l'évolution des politiques publiques gérontologiques en France.

Des convergences de fond, au-delà des différences institutionnelles

Les comparaisons internationales comportent leur contingent de précautions ou de difficultés dans l'accès aux informations pertinentes et à un niveau convenable d'homogénéité. Parmi celles-ci et concernant le secteur médico-social des établissements pour personnes âgées, l'un des premiers obstacles habituellement invoqués porte sur le caractère très décentralisé des politiques gérontologiques dans les pays étudiés, parfois de structure fédérale. Pour autant, il est frappant de noter que, pour nombre d'entre eux, la régulation comme le financement présentent un caractère hybride, comme en France avec les ARS et les départements. L'impact social et politique croissant du vieillissement, accentué par la crise de la covid 19, permet d'observer une forme de nationalisation ou de fédéralisation des politiques gérontologiques, soit avec des crédits nationaux ou fédéraux fléchés qui complètent les financements décentralisés, soit avec des processus fédéraux ou nationaux de contrôle des bonnes pratiques professionnelles en Ehpad et de publication publique de leurs résultats (cf. *infra*). Ce caractère hybride, qui se présente selon différents dosages et processus, s'inscrit structurellement dans les nécessités de péréquation économique entre les territoires qui ont, au sein d'un même pays, des évolutions démographiques et des ressources très différentes. Tel est le cas notamment de l'Allemagne, entre ses parties est et ouest, ou encore de la Belgique, entre la Wallonie et la Flandre.

¹⁷⁰ Les dénominations équivalentes dans les autres pays recourent une multiplicité de sigles et expressions différentes : foyers de soins de longue durée (Canada, Japon), établissements « stationnaires » (Allemagne), maison de retraite et de soins (Belgique), etc.

Au-delà et comme le documentent de nombreuses publications de l'Union européenne et de l'OCDE, tous ces pays font face à des défis communs :

- une transition démographique, déjà très prononcée au Japon et forte en Allemagne, Espagne et Italie ;
- la forte prévalence des troubles cognitifs dans les admissions en établissement ;
- de sévères difficultés de recrutement dans les Ehpad ou équivalents, avec un recours important à des salariés d'origine étrangère ;
- soit des tensions structurelles sévèrement soulignées par la crise de la covid 19.

Face à cette situation, tous les pays ont engagé des politiques marquées en direction des accompagnements à domicile des personnes âgées et les données permettent de constater des proportions très convergentes de personnes âgées admises en établissement d'hébergement. Certains pays ont connu une diminution rapide de cette proportion, comme la Suède, mais ils partaient de plus haut. Il y a lieu toutefois de signaler que plusieurs pays sont confrontés à des listes d'attente et s'interrogent actuellement sur les modalités de confortement du parc existant (Allemagne, Belgique, Canada, Japon).

Dans les autres options convergentes, il y a lieu de souligner aussi plusieurs orientations communes :

- des tailles d'établissements situées majoritairement entre 60 et 80 lits, avec une tendance récente à l'augmentation vers 100-120 lits qui s'accompagne de la constitution d'entités ou de « maisonnées » en interne de 15 ou 20 lits pour s'attacher à conjuguer agilité et proximité d'une part, et efficacité et répartition des coûts fixes d'autre part ;
- le développement en parallèle d'établissements « à projets particuliers », en miroir d'attentes sociétales d'une individualisation et d'une personnalisation plus fortes des accompagnements. Ces établissements, généralement de plus petite taille, sont souvent plus coûteux pour les usagers comme pour les pouvoirs publics ;
- le succès des projets d'établissements mettant en avant la qualité socio-affective des relations du personnel avec les personnes âgées (méthodes Tubbe, Montessori, Humanitude, Abbeyfield, RAI, « zéro contention », approches non médicamenteuses, etc.) pour ne pas cantonner lesdites relations à la seule maîtrise technique des gestes soignants ;
- une diversification forte des solutions gérontologiques offertes, avec la constitution de plateformes associant plusieurs modalités complémentaires (services à domicile, accueil de jour, hébergement temporaire, résidences service) d'une part, mais aussi avec des ouvertures vers d'autres usages et fréquentations des lieux par d'autres tranches d'âge (cabinets médicaux ou paramédicaux ou de chirurgie dentaire, restaurants, boutiques, crèches, tiers lieux culturels, etc.), d'autre part. Dans cette perspective générale, l'importance au Japon du recours à l'accueil de jour constitue une originalité stimulante. Il y a lieu aussi de noter qu'en Belgique, comme en France, l'encadrement réglementaire inadéquat de l'hébergement temporaire requérant des chambres dédiées écarte les opérateurs de cette activité très utile, du fait de contraintes économiques excessives, sauf à devoir le pratiquer de manière informelle (et logique), sur les situations de vacances de l'hébergement permanent (la Belgique a renoncé récemment à l'obligation de chambres dédiées).

- une ouverture croissante aux gestionnaires privés de statut commercial, directement ou en mandat de gestion, concession ou affermage. La Belgique a établi pour sa part un plafond de 50 % de l'offre d'hébergement pour cette composante, pourcentage déjà atteint par la Wallonie.

Enfin parmi les difficultés semblables, connues par plusieurs pays, peuvent être signalées notamment :

- de grandes difficultés dans la lutte contre la polymédication des personnes âgées dans les Ehpad, et dans la promotion de la déprescription, en dépit du très haut niveau de consensus médico-scientifique international à ce sujet ;
- les difficultés en matière de soins bucco-dentaires, de prévention et de compensation des troubles sensoriels (visuels ou auditifs) dans les Ehpad, au-delà de quelques initiatives heureuses mais isolées. Concernant les troubles auditifs, il y a lieu de souligner que la surdité est le principal facteur évitable de troubles cognitifs sévères et que sa prévention, sa réadaptation ou sa compensation ne se limitent pas à l'appareillage ;
- les lacunes en matière de soins bucco-dentaires qui devraient constituer un ensemble cohérent avec la nutrition et l'activité physique adaptée pour lutter contre la sarcopénie et les chutes (rôle délétère des polymédications).

En revanche, de nombreux pays ont développé une forte présence sur les sujets de nutrition et d'activité physique adaptée (Allemagne, Canada, Danemark, Suède), ce qui est également un domaine de fort investissement en France, tant au plan national que dans de nombreux Ehpad, grâce notamment aux programmes développés par Maison Gourmande, Silver Fourchette, Siel Bleu, notamment. Ces programmes mobilisent de nombreux professionnels et appellent un déploiement plus large eu égard au fait que la dénutrition est un des effets marqués de la crise de la covid 19, pour un grand nombre de résidents en Ehpad.

Des différences concernant les politiques gérontologiques et l'évolution des établissements d'hébergement

La principale différence inspirante qui peut être mise en avant réside dans l'observation de modalités nationales de contrôle externe des bonnes pratiques professionnelles de soins en Ehpad, avec des données accessibles au grand public. Une publication sur internet des résultats d'indicateurs qualité pour chaque établissement est organisée en Allemagne, au Canada (Ontario), au Danemark et en Suède¹⁷¹. La proportion de médicaments psychotropes, le nombre de chutes ou encore la satisfaction ressentie dans les relations avec le personnel et pour les repas sont ainsi inclus dans une dynamique à la fois d'inspection *in situ* et de transparence publique. Comme l'indique la Vérificatrice générale de l'Ontario¹⁷², la première vertu d'un indicateur est de désigner avec netteté ce qui est important, au-delà de sa seule valeur numérique : mesurer la satisfaction des résidents peut être interrogé au titre de la subjectivité potentielle de la méthode, mais ne pas le faire est sans doute bien plus critiquable, au regard de la représentation désobligeante des résidents qui en découle. Tel est le cas aussi de la satisfaction des personnels.

¹⁷¹ Pour les éléments détaillés et sources, conférer le rapport R-2021-0912-2 de comparaisons internationales du 2 août 2021, établi pour la sixième chambre de la Cour des comptes, et les notes par pays qui lui sont annexées.

¹⁷² Présidente de la juridiction financière de l'Ontario.

L'important réside dans la répétition de la mesure et l'analyse de son évolution, et non son constat à une date donnée.

Des différences nettes peuvent être constatées s'agissant des taux d'encadrement observés dans treize pays par un même gestionnaire d'Ehpad. Alors que, dans certains pays, ce taux est supérieur (Irlande) ou très légèrement inférieur (Pays-Bas) à un agent pour un résident, il est inférieur de moitié dans d'autres (Belgique, Tchèque). La France se situe pour sa part à 0,66 agent par résident. En tenant compte de la durée légale du travail, et en comparant sur une base commune de 40 heures hebdomadaires pour tous les pays (la durée hebdomadaire est de 48h00 en Irlande), le taux d'encadrement en Irlande s'établit alors à 1,38 ETP pour un résident, tandis que le ratio français fléchit à 0,57 (pour 35 heures). C'est une dimension structurante des comparaisons de taux d'encadrement¹⁷³.

Dans ce contexte global, les modalités d'implication des médecins dans les Ehpad sont très différentes :

- certains pays connaissent des systèmes de soins médicaux gratuits et de médecine de groupe salariée (Danemark, Suède) avec des résidents inscrits sur une liste de responsabilité populationnelle de praticiens ;
- d'autres ont un système de protection sociale privilégiant la médecine libérale dans les Ehpad (Allemagne, Belgique, France), le cas échéant avec un médecin coordonnateur au sein des établissements (Belgique et France) ;
- enfin certains pays connaissent des organisations d'Ehpad comportant leurs propres équipes médicales salariées : Espagne, Italie, mais aussi en France lorsque l'établissement a pu bénéficier du tarif global de soins.

Concernant la diversification comme la souplesse des solutions gérontologiques, il est intéressant de souligner que la régulation juridique et financière des établissements et services en Belgique et au Japon comporte des possibilités de décroïsonner les entités, avec des fonctionnements et des obligations pouvant être mixtes et mutualisées :

- entre Ehpad et résidences autonomie installées sur un même site (Belgique, entre MRS et MRPA¹⁷⁴, voire avec des résidences service) ;
- ou entre des établissements d'hébergement, d'une part, et des services de soins à domicile, d'autre part, pour constituer ainsi des établissements pouvant être « médicalisés à la place », comme au Japon. Dans le secteur voisin du handicap, la France pratique de longue date la médicalisation budgétaire d'une partie des places de foyers de vie existants pour les faire évoluer progressivement vers des foyers d'accueil médicalisé, au regard de l'apparition des besoins de soins des résidents.

S'agissant des différences de perception des besoins de santé entre pays, il y a lieu de souligner la forte présence scientifique et pédagogique de l'autorité de santé du Danemark sur la maladie à corps de Lewy, pathologie relativement méconnue au sein des dites « maladies

¹⁷³ Dans le même esprit, les comparaisons de rémunérations entre pays devraient tenir compte des durées d'activité exigées pour des pensions de retraite à taux plein, ainsi que du taux de remplacement des revenus.

¹⁷⁴ MRPA : maison de retraite pour personnes âgées

apparentées » de la maladie d'Alzheimer, ce qui constitue une forte perte de chances pour des résidents, en France et ailleurs.

Dans d'autres pays de structure fédérale ou fortement décentralisée, le découplage entre le système de soins hospitalier relevant du fédéral ou du régional, d'une part, et les Ehpad relevant du fédéré ou du municipal, d'autre part, installe des difficultés bien connues en France avant la dynamique de rapprochement pour lesquelles les ARS ont été mises en place. C'est un aspect d'autant plus important que l'orientation domiciliaire qui est privilégiée aujourd'hui, pour éviter ou reculer l'admission en Ehpad autant que possible, appelle corrélativement un redimensionnement de l'offre de soins gériatrique, notamment ambulatoire et en hospitalisation de jour de médecine et de soins de suite et de réadaptation gériatriques.

Une autre particularité française est l'existence de groupes privés de statut commercial, avec une forte présence internationale depuis 20 ans, sans équivalent dans les autres pays étudiés.