

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

<b>PROCÉDURES ET MÉTHODES.....</b>	<b>5</b>
<b>SYNTHÈSE.....</b>	<b>11</b>
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>17</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>19</b>
<b>CHAPITRE I UN CADRE DE FINANCEMENT ET UNE ORGANISATION À AMÉLIORER MALGRÉ DES MOYENS EN PROGRESSION CONSTANTE .....</b>	<b>21</b>
<b>I - UNE POPULATION ACCUEILLIE EN EHPAD DE PLUS EN PLUS FRAGILE.....</b>	<b>21</b>
A - Une population dans les Ehpads de plus en plus dépendante et avec de nombreuses pathologies .....	21
B - L'absence de prise en compte des besoins des personnes âgées en EHPAD.....	22
<b>II - DES MODALITÉS DE TAF = : = 7 5 H = C B 9 RISIQUES TROP COMPLEXES ET NE CORRESPONDANT PLUS À LA RÉALITÉ DES BESOINS MALGRÉ LA HAUSSE DES DÉPENSES.....</b>	<b>25</b>
A - Des dotations soins et dépendance qui ont connu une hausse et permis une progression de la médicalisation .....	26
B - La dégradation des conditions de travail des professionnels.....	30
C - Des modalités de financement à simplifier et devant mieux correspondre à la réalité des établissements .....	33
D - L'absence de prise en compte des besoins des personnes âgées en EHPAD.....	41
<b>CHAPITRE II UNE PRISE EN CHARGE MÉDICALE INSUFFISANTE MALGRÉ LES EFFORTS RÉALISÉS.....</b>	<b>45</b>
<b>I - DES MANQUES PERSISTANTS DE PERSONNELS QUALIFIÉS.....</b>	<b>45</b>
A - @U X ] Z Z ] Wi \ h f { U g g i f Y f \ Đ U W W c a d U [ . b . Y . a . Y . b . h . . . Y . b . 45 g c ] b g \ U .	
B - @Y g \ Z U ] \ \ Y g \ X U b g \ \ Đ U . W W c . a . d . U [ . b . Y . a . Y . b . h . . . X . Y . g . . . f . f . g . ] . X . 52 b h g	
<b>II - DES PROCESSUS À MIEUX STRUCTURER POUR GARANTIR UN ACCOMPAGNEMENT DE QUALITÉ .....</b>	<b>56</b>
A - Des dispositifs issus de l'Union européenne.....	56
B - 8 Y g \ d f c h c W c \ Y g \ W Y b h f f g \ g i f \ \ Y g \ g c ] b g \ ] b X \ j . ] . 81 i Y \ g \ Y h	
C - L'absence de prise en compte des besoins des personnes âgées en EHPAD.....	62
D - Des actions de prévention insuffisantes .....	65
E - Une implication inégale des établissements dans la prise en charge.....	68
<b>III - DES AUTORITÉS DE TARIFICATION ET DE CONTRÔLE QUI PEINENT À FAIRE FACE À LEURS MISSIONS G \ 8 Đ C F ; 5 B = G 5 @ Đ C : B : B 9 ž \ 8 9 \ ENTET DE 9 A</b>	<b>69</b>
<b>CONTRÔLE.....</b>	<b>69</b>
A - 8 Y g \ f Y h U f X g \ X U b g \ \ U \ W c b h f U W h i U \ . ] . g . U . h . ] . c . b . . . Y . h . . . X . 69 g \ X Y [ f f	
B - Des fonctions de contrôle insuffisamment assurées.....	72
C - @Đ Y b ^ Y i \ X Y \ \ U \ V c b . b . Y . . . ] . b . g . Y . f . h . ] . c . b . . . h . Y . f . f . ] . h . c . f . ] . U \ . Y . . . 75	
<b>IV - LE CARACTÈRE BÉNÉFICIAIRE À UN NIVEAU OU À UN NIVEAU</b>	<b>79</b>
A - @U \ f Y W \ Y f W \ Y \ X Đ i b Y . . . W c . c . d . f . f . U . h . ] . c . b . . . d . . . i . g . . . Z . c . f . h . Y . . . 79	

B - Les limites des mutualisations territoriales dans le secteur public .....	80
C - @Y g ` V f b f Z ] WY g ` X Đ i . b . Y . d . c . ` . ] . h . ] . e . i . Y . X . Y . [ . f . c . i . d . Y . . . . .	81
<b>CHAPITRE III DES PISTES POUR UN NOUVEAU A C 8 ä @ 9 ` 8 Đ 9 . &lt; . D . 5 . 8 . . . . .</b>	<b>85</b>
<b>I - UNE PRISE EN CHARGE SOINS ET DÉPENDANCE RECENTRÉE SUR LA QUALITÉ ET LA PRÉVENTION .....</b>	<b>85</b>
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
<b>II - UNE DIVERSITÉ DU MODÈLE EHPAD À ASSUMER .....</b>	<b>91</b>
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 - 5 b h ] W] d Y f ` ` Y g ` V Y g c ] b g ` ] . a . a . c . V . ] . ` . ] . Y . f . g . X . Y . ` . Đ . 9 . \ . d . U . 93` X Y ` X Y a	93
<b>III - A = 9   L ` 5 F H = 7   <del>EHPAD</del> ET <del>LE</del> DOMICILE, EN POSITIONNANT LES EHPAD COMME « CENTRES DE RESSOURCES » DANS LES TERRITOIRES .....</b>	<b>93</b>
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>97</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>99</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>103</b>

# D f c W f X i f Y g ' Y h ' a f h \ c X Y g

@Y g ' f U d d c f h g ' X Y ' ' U ' 7 c i f ' X Y g ' W c a d h Y g ' ' U ' f f U ' ] g U h ' X Y ' ' U ' f h ] W ' Y ' ) , ' 200Y-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances fl W c a a ] g g ] c b g ' X Y g ' Z ] . l 12-3-W du code des Juridictions financières Y ' @ C (commissions des affaires g c W ] U ' Y g ' 132-6 du Code des Juridictions financières @ " (présidents des assemblées).

H f c ] g ' d f ] b W ] d Y g ' Z c b X U a Y b h U i l ' [ c i j Y f b Y b h ' ' D c f ] chambres régionU ' Y g ' Y h ' h Y f f ] h c f ] U ' Y g ' X Y g ' W c a d h Y g ' ' X c b W ' Y b e i ... h Y g ' e i Y ' ' D f ' U V c f U h ] c b ' X Y g ' f U d d c f h g ' d i V ' ] W g

@D ] b X f d Y b X U b W Y ' ] b g h ] h i h ] c b b dépendance statutaire de f ] X ] Wh leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté X D U d d f f W ] U h ] c b "

@U ' W c b h f U X ] W h ] c b ' ] a d ' ] e i Y ' e i Y ' h c i h Y g ' ' Y g ' W c b g c i ' X D u d e Y d e m e que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne d Y i j Y b h ' ... h f Y ' f Y b X i Y g ' X f Z ] b ] h ] j Y g Y g i D u d f g g ] d f ] m g U audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication X D i b ' f U d d c f h ' Y g h ' b f W Y g g U ] f Y a Y b h ' d f f W f X f Y e d U f ' ' U d f c d c g Y ' X Y ' d i V ' ] Y f z ' U i l ' a ] b ] g h f Y g ' Y h ' U i l ' f Y g d c b 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 X D ] b g h f i W h ] c b z ' W c a a Y ' ' Y g ' d f c ^ Y h g ' i , provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins h f c ] g ' a U [ ] g h f U h g " ' @ D i b ' X Y -rapporteur et veille à la qualité des g i f Y ' ' Y contrôles.

o

Le Parlement peut demander { ' ' U ' 7 c i f ' X Y g ' W c a d h Y g ' ' U ' f f U ' ] g U h X Y ' ' U ' f h ] W ' Y ' ) , ' 200Y-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances Y ' @ C fl W c a a ] g g ] c b g ' X Y g ' Z ] . l 12-3-W du code des Juridictions financières Y ' @ C (commissions des affaires Y g ' g c W ] U ' Y g ' 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, Y b ' U d d ' ] W U h ] c l 12-3-W Y d f D W f h ] W ' X D @ D Y ' X D Y b e i ... h Y ' d c f h U b h ' g i f ' ' U ' d f ] g Y ' Y b ' W \ U f [ Y ' a f X ] W U âgées dépendantes (Ehpad).

La sixième chambre de la Cour des comptes, créée par l'article 10 de la loi n° 2011-1056 du 28 septembre 2011 relative à la réforme des 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 des actions menées par les pouvoirs publics au niveau national et par les chambres régionales et territoriales des comptes dans 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).

Le rapport de la sixième chambre 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 procédures et les contrôles menés par la sixième chambre de la Cour ont donné lieu à la publication de rapports de la sixième chambre de la Cour des comptes.

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, membres de la formation interjuridictions, M. Jacquet, directeur de la formation interjuridictions.

Le rapport a été communiqué à 22 destinataires ainsi que des extraits de la formation interjuridictions le 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. Bürkel, conseiller maître 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 établissements publics, si ce n'est pas le cas 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 15 mars 2015 du CFS.

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 les établissements publics locaux (Ehpad) et les établissements publics nationaux (hôpitaux).

La Cour et des CRTC les juridictions financières peuvent, comme dans le cas de la présente enquête, mener des travaux communs dans le cadre de leur mission de contrôle.

Par ailleurs, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016<sup>2</sup> et le décret du 12 décembre 2016<sup>3</sup> 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, obligatoires de sécurité sociale (article L. 111-7 du CJF<sup>5</sup>) ou encore par une collectivité territoriale ou un établissement public local (article L. 211-7 du CJF<sup>6</sup>). De ces textes que la Cour et les CRTC ont déduit que la Cour et les CRTC ont le pouvoir de contrôler ou non.

Le champ de ce contrôle des Ehpads 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 les activités de la section hébergement, puisque les établissements privés de soins et de dépendance sont soumis à la loi n°2008-1360 du 17 décembre 2008.

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

Les 57 établissements contrôlés sont répartis sur le territoire métropolitain, en Corse et à La Réunion. Au sens statistique du terme, des 7 500 Ehpads présents sur le territoire. La diversité des établissements contrôlés reflète à grands traits celle des établissements au niveau national (cf. annexe n°3) : 23 Ehpads publics, dont 10 rattachés à un établissement public de santé, 19 Ehpads privés commerciaux et 15 Ehpads privés associatifs. La part des Ehpads privés lucratifs est de 24 % au niveau national.

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

Les Ehpads privés lucratifs de l'échantillon appartiennent à deux groupes commerciaux (la SAS<sup>7</sup> Médica France Korian et la SAS Colisée Patrimoine Group, respectivement 1<sup>er</sup> et 4<sup>ème</sup> gestionnaire au niveau national) et pour quatre autres à des groupes de taille moyenne. Enfin, trois Ehpads sont des établissements du gestionnaire.

L'échantillon est varié : 10 Ehpads 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 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.

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

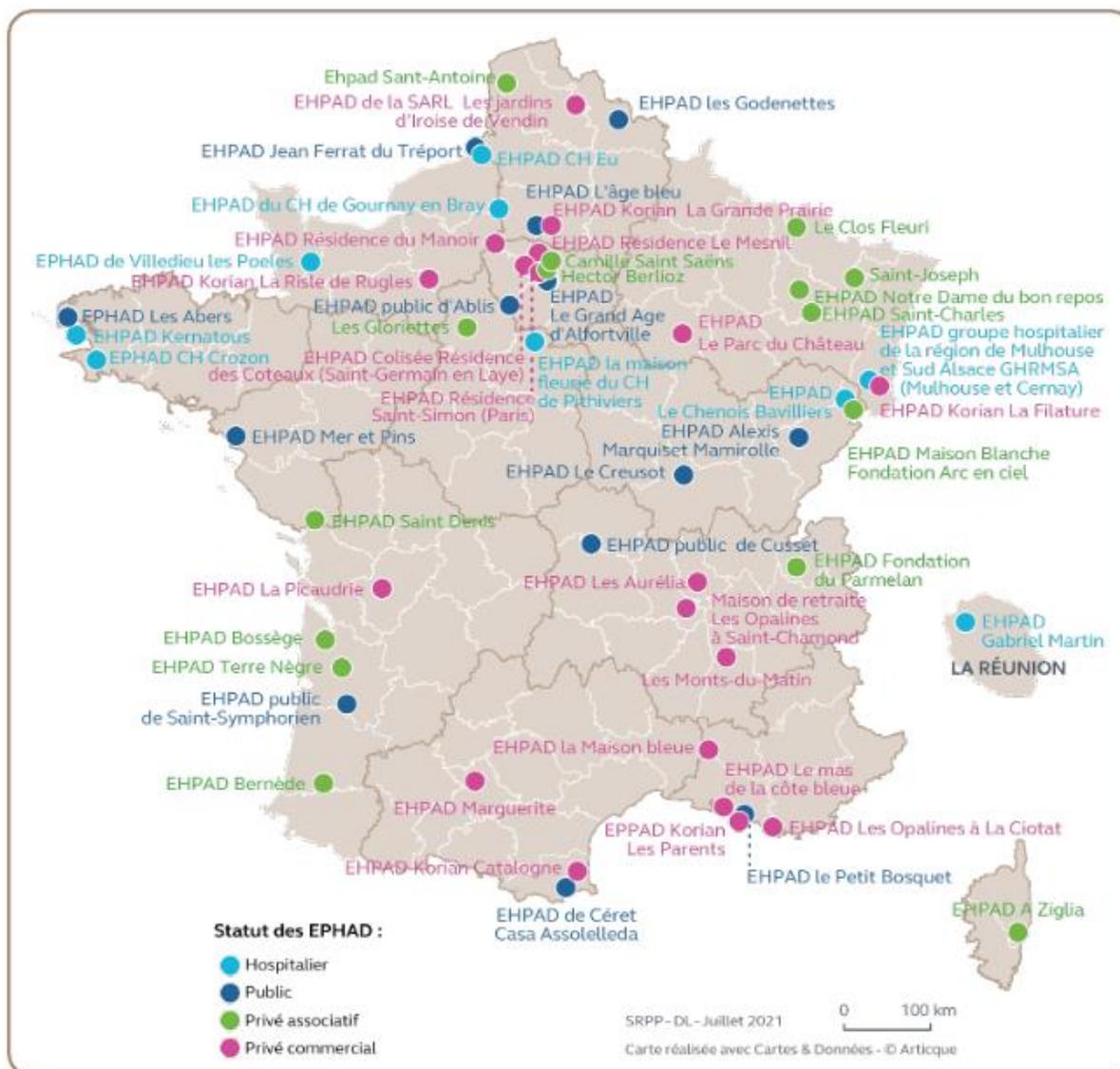
<sup>3</sup> Décret n° 2016-1696 du 12 décembre 2016 relatif au contrôle des juridictions financières sur les établissements sociaux et médicaux-sociaux et les établissements de santé de droit privé.

<sup>5</sup> La loi du 26 janvier 2016 a créé un article L. 111-8-3 au sein du 7 > : z' Y b g i ] h Y' U V f c [ f' d U f n° 2016-1360 du 13 octobre 2016 qui a transféré ses dispositions vers l'U f h ] 111-7. Y' @ "

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

<sup>7</sup> Société par action simplifiée.

Carte n° 1 : les 57 Ehpad contrôlés





## G m b h \ „ g Y

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 f h U V ` ] g g Y a Y b h g ` X Ð \ f V Y f [ Y a Y b h ` d occupent un rôle central X U b g ` ` Ð c Z Z f Y ` X, Y d i d g e u W W i Y g ] ` W X W h [ Y U i ^ c i f X 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

X Ð i b Y ` d c d i ` U h ] c b ` X Y ` d ` i g ` Y b ` d ` i g

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 A X Ö ` Y b ` ` & S % W Y ` a c b h U b h ` g Ð U ^ c dispensés aux résidents, X f d Y b g financées d U f ` ` Ð U g g i f U b W Y ` a U ` U X A X Ö ` Y g h f ] a f Y g ` d c ] b g & 1,02 A X Ö ` d c i f ` ` Y g ` \ c g d ] h U ` ] g U h ] c b g ` Y h ` i f [ Y b W Y g "

Pour autant, cette importante progression des dépenses b Ð U ` d U a répondre aux besoins d Ð i b Y ` d c d plus du plus fragile. En particulier, alors que 42 % des personnes âgées en Ehpad étaient atteintes g ` X Y ` ` U ` a U ` U X ] Y e l s b o n U h ` \ Y ] p l u s Ð \ Y Ð ` & de 57 % à souffrir X Ð i b Y ` a U ` U X ] Y ` b Y i f c X f [ f b f f U h ] j Y : U W Y ` U i l ` Y b ^ Y i l ` X Ð U X U d h U h ] c b ` X Y ` ` Ð c Z Z f Y ž ` i X Y ` ` Ð f les affectations 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 d f f W c b ] g Y ` ` U ` W c b g h ] h i h ] c b ` X Y ` f f Z f requis pour Y ` g ž ` répondre aux différentes fonctions de soins dans des conditions satisfaisantes.

Au-X Y ` { ` X i ` h U i l lui-même, amélioration de la qualité de la prise en charge passe par une amélioration de ` 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 X Ð U h h f U W h ] j ] h f ` Y h ` X Y ` g h U V ] ` ] X Ð Y h ] Y c f W i X W g ` d Y f g h f U X i ] g Y b h ` d U f ` X Y g ` h U i l ` X Ð U V g Y b h f ] g a Y ` Y h ` X Y `

La fonction médicale apparaît particulièrement en difficulté. Dans la moitié des Ehpad, le nombre de médecins coordonnateurs, soit le nombre X D \ Y affectés est insuffisant. Ce manque de personnel médical peut avoir des conséquences X D U i h U h U l e s q u e l e s g f f g ] X Y b h g ' b D c b h ' d U g ' h c i L a p e r m a n e n c e X D W f o r m i e r d e n u i t b ' a f X Y apparaît également trop peu développée.

Quant aux infirmiers coordonnateurs, qui jouent un rôle essentiel, leurs fonctions ne sont pas X f Z ] b ] Y g ' f „ [ \ Y a Y b h U ] f Y a Y b h z ' d U g ' d ' i g ' e i Y ' b t

Enfin, la prise en charge des résidents en Ehpad souffre du trop faible niveau X D ] b h Y f j Y b h ] c b ' , X e s p s y c h o m o t t i c i e n s e t d e s p s y c h o l o g u e s g p o u r t a n t essentiels pour les résidents atteints de troubles cognitifs.

### **Des actions de prévention Y h ' i b Y ' X f a U f W \ Y ' X D U a f ' ] c f de la qualité encore insuffisantes**

En matière de prévention, des programmes sont menés sur des sujets comme \ D \ m [ ] „ b Y z ' santé bucco-dentaire, la dépression ou le risque suicidaire. Ils sont toutefois X D U a d i m i n u e f

L D Y b ^ Y i s u r c o n s o m m a t i o n m é d i c a m e n t e u s e e s t , q u a n t à l u i , t r o p p e u p r i s e n 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 d U f ' \ U ' 7 U ] g g Y ' b U h ] c b U v i d l a X D U g g i g m g h „ a Y ' X D i s i d - E S M S , a U h i a Y b h f b h ' u n « p r o f i l » d e c o n s o m m a t i o n X D 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 X D U b ] , q u i p a r t i c i p e n t à la d f f j Y b h ] c b ' X Y ' , e s t i n é g a l e f e t g l o b a l e m e n t i n s u f f i s a n t e , m ê m e s i c e r t a i n s Ehpad ont développé en la matière des politiques remarquables.

Enfin, les outils introduits par la loi du 2 janvier 2002, comme \ Y g ' d f c ^ Y h g ' X D f h U et les évaluations, sont encore trop peu uti ] g f g ' X U b g ' X Y g ' X f a U f W \ Y g ' g h f la qualité. La participation des résidents et de leurs familles au conseil de la vie sociale (CVS) est insuffisamment développée. Si d Y g ' d f c ^ Y h g ' X D U W W c a d U [ b Y a Y b h ' d Y f de la qualité de la prise en charge, ont été mis en place dans la plupart des établissements, ils sont rarement actualisés Y b ' W c i f e t n e b é n é f i c i e n t p a s à t o u s l e s r é s i d e n t s .

### **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 { ' d U f h ] f s ' X D f e i tarifaires, visant à leur conférer d ' i g ' X D c V ^ Y W h ] j ] h f

@ U ' g ] a d ' ] Z ] W U h ] c b ' Y h ' \ D \ U f a c b a p p a r t i s e n t c b ' h Y f nécessaires. 8 D i b Y ' a d i s t i n c t i o n e n t r e l e s d é p e n s e s l i é e s a u x s o i n s e t c e l l e s l i é e s à l a dépendance est de moins en moins justifiée et un regroupement de ces deux sections, sous \ D f [ ] X Y ' X D i b ' f Y g o u r n e m e n t r é g i o n a l e d e s a i n t é ( A R S ) , s e m b l e pertinent. 8 D U i h f l e s c r i t è r e s d ' a d j u d i c a t i o n d u d e g r é d e d é p e n d a n c e d e s p e r s o n n e s hébergées, ou points groupe iso-ressources (GIR), qui déterminent la dotation de financement

et sont X ] Z Z f f Y b h g ' X Đ i b ' X f d U f h Y apub eni Đ ] ' ' Đ i u h f ' Y ž ] ' gX' disparités territoriales. Une telle mesure représenterait une enveloppe financière supplémentaire estimée à 0,3 A X Pour un alignement au 9<sup>ème</sup> 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 e i Đ Ycônditionnent 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 X Đ c V ^ Y Wh ] Z (CPOM), coXclus entre chaque g gestionnaire, ` Đ 5 et 16 département, et de mieux les articuler avec ` Y g ' g Y f j ] WY g ' X Đ U ] X Y ' { ' X c a ] V place des départements.

Enfin, ` Y g ' f f [ ] a Y g ' X Đ U i le us f a j i n g e p e r m e t t e u n X p u s g r a n d e h ' ... h f ' souple et favoriser le développement de services à domicile par les Ehpad.

Les CPOM, e i ] ' U i f U ] Y b h ' d i ' ... h f Y ' i b ' c i h ] ` ' X Đ U a f ` ] c f très limités. En effet, X Đ i b Yseule une minorité X Ehpad en est à ce jour doté, X Đ U i h f Y ' d U f leur contenu manque de portée. Le volet financier et qualitatif des CPOM doit, en particulier être renforcé, dans ` Đ c d h ] e i Y ' X i ' X f j Y ` c d d Y a Y b h ' X Đ i b Y ' d c ` en termes de prévention.

Plus largement, une réforme du modèle des CPOM mériterait X Đ e envisagée, afin de réduire les barrières entre domicile et établissement et faire jouer à l'Ehpad ` Y ' f ' « entre X Đ i b ' 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 dĐ U ] X Y ' {, même si des progrès se sont fait jour depuis la crise sanitaire.

@ Đ t e g a t i o n d e s E h p a d e t d e s a u t r e s s e r v i c e s d e s t i n é s a u x p e r s o n n e s â g é e s e n p e r t e X Đ U i h d a n s u n e o r g a n i s a t i o n t e r r i t o r i a l e p e r m e t t a n t X Đ U X l e s p a r c o u r s d e s p e r s o n n e s â g é e s Y b ' Z c b W h ] c b ' X Y ' ` Đ f e s t à m e t t r e e n p l a c e s y s t é m a t i q u e m e n t. U a ' V Y g c ] contribution des établissements hospitaliers à cette organisation territoriale devrait en particulier être mieux intégrée dans les projets médicaux des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

7 Y h h Y ' c f [ U b ] g U h ] c b ' f Y d Y b g f Y ' X c o n t r ô l e s Y g h Đ U W W d a Y d U d ` i g ' [ f U b X Y ' i n s t a r u e c q u i l e f a i t d a n s p l u s i e u r s p a y s d r a n g e r s , q u i p u b l i e n t les résultats des indicateurs qualité en Ehpad, ce qui permet au grand public X Đ U j c ] f ' U W W , g ' informations.

Dans le secteur privé, associatif ou commercial, le mouvement de regroupement des [ Y g h ] c b b U ] f Y g ' g Y ' d i n a c h e f é g l i e s E h p a d p u b l i c s a u t o n o m e s s o n t e n f Y g h Y ' revanche très dispersés. Or, lĐ U d d U f lĐ Y E h p a d à l'Y g r o u p e m e n t o u s o n r a t t a c h e m e n t à un établissement de santé lui permet dĐ U j c ] f ' U W W , g ' expertise en] termes Y i f Y ' i X Đ o r g a n i s a t i o n e t d e b é n é f i c i e r d e m o y e n s m u t u a l i s é s { ' ` Đ U s b r a c t i v i t é . I l c o n v i e n t d o n c X Đ Y b W c i f U [ Y f ' ` Y g ' Z i g ] t a m p u a l i s a t i o n d e l e u r s m o y e n s d a n s l e s b h g ž ' U groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

8 Y g ` d ] g h Y g ` d c i f ` i Ehpadb c i j Y U i ` a c X „ ` Y

DY g ` d ] g h Y gdu x d e f j d c ` Ehpadb 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 d i V ` ] W U h ] c b p e r m e t t a n t d e m e s u r e r l e r e s p e c t , par chaque établissement, des normes U d d ` ] W U V ` Y g " ` @ Y g ` d c i j c ] f 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'U a f ` ] c f l a u q u a l i t é . Les nombreux dispositifs numériques mis en place à ` D c W W U g ] c b ` X Y ` ` U s e c h e n t s n u m é r i q u e s p r é v u s d a n s l e c a d r e d u « S é g u h ] g de la santé » peuvent apporter un complément utile aux outils plus anciens que sont les conseils de la vie sociale ou les registres X D Y b f Y [ ] g h f Y a Y b h ` X Y g ` d ` U ] b h Y g " `

Le deuxième levier consiste à organiser ` D U W W „ g ` X Y g ` f f g ] X Y e l a b g ` { ` i b échéant salarié lorsque les libéraux font défaut, et assurer une meilleure prise en compte de la prévention en Ehpadb. Pour cela, ] ` ` g Y f U ] h ` b f W Y a g i f g l o b a l à p l u s X D c i j f ] X D f h U V ` . Cette option permet en effet de financer ` D Y b g Y à D U W h X Y ] h f ` a f ` sous forme de forfait pour ` D f h U V ` et f a c i l i t é l a r é c u l t s 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 ` E s t i m é à 0,4 A X Ö

@ D Y b g Y e s m e s u r e s concernant le financement des Ehpadb recommandées par la Cour pourrait, selon les options retenues pour la réforme de la grille Pathos et en fonction d'Évaluations à réaliser sur ` D ] a X U W h D Y d u h a r i f g l o b a l c r e p r é s e n t e r u n e d é p e n s e supplémentaire comprise entre 1,30 A X Ö t 1,90 A X Ö soit une croissance de 12 à 17 % du montant global des dotations. Par ailleurs, les expérimentations en cours sur le recrutement de a f X Y W ] b g ` d f Y g W f ] d h Y i f g ` Y h ` g i s f d e n u i t U m o n h ] f g ` b h Y X D d ` f U Y et déjà leur intérêt.

Le troisième levier consiste à mieux prendre en compte la prévalence des maladies neurodégénératives parmi les résidents d'Ehpadb, et à systématiser les unités et dispositifs de prise en charge adaptée dans les établissements. Pour autant, les Ehpadb doivent continuer à U W W i Y ] ` ` ] f ` X Y g ` f f g ] n o s a t t e i n t s d e t r o u b l e s n e u r o c o g n i t i f s , s e l o n l e s h c b c a ] 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 Ehpadb doivent être accentuées, ce qui implique de disposer de bâtiments et de locaux adaptés. La Cour invite ` D Y b g Y a V ` Y ` à X d e n t i f i e r l e s é t a b l i s s e m e n t s Y f b g W c f Y ` ] b U X d e c e n t a n s { ` ` D U profils et { ` U b h ] W ] d Y f ` ` D f j c ` i h ] c b ` X Y g ` d i V ` ] W g ` Y h ` X Enfin, le dernier levier concerne ` D f j c ` i h ] c b ` X i ` f ` ` Y ` X Y ` ` D 9 \ X D ] a d ` U b h b f W X g ` g ] h f ` X Y ` X ] j Y f g ] Z ] Y f ` ` Y g ` a c X Y g `

et de surmonter la dichotomie entre établissement et services à domicile est unanimement reconnue. L'Ehpad conçu comme « centres de ressources » serait le lieu de coordination et de mise en œuvre des compétences du plateau de services à domicile. Il mobilise ainsi les compétences du plateau de services à domicile ainsi que celles des professionnels du domicile, ainsi comme une plateforme de ressources pour le domicile.



## F Y Wc a a U b X U h ] c b g

### **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 g c i g ' ` Đ f [ ] X Y ' X Y g ' 5 F G ' U Z ' tarification des Ehpad et de réduire les disparités départementales (*DGCS, CNSA*).
7. Transformer les Wc b h f U h g ' d ` i f ] U b b i Y ` en oux d e p i l o t a g e W h ] Z g ' Y ' stratégique et financier et les doter :
  - X Đ i b ' d ` U b ' X Đ ] b h f [ f U h ] c b ' X a i t a i r e d e S o c i a l ( p a r X e ' X U b g ' g c ] b g ' g c i g ' ` Đ f [ ] X c e s e t p r e v e n t i o n 5 F G ' ' Y U h ' d U f f h ] X Đ U j Y h f g 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 a c X i ` U h ] c b ' X Đ i b Y ' c Z Z f Y ' X Đ \ f adaptée aux personnes accueillies (*DGCS, CNSA, SGMAS*).
8. Renforcer la mutualisation et engager des fusions entre gestionnaires mono-établissements (*ARS, départements, [ Y g h ] c b b U*). f Y g ' X Đ 9 \ d U X
11. Promouvoir le développement de ` Đ 9 \ e d t a n x 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 U b b i Y ` ` Y ' ` Đ f j e d e s i G M P e t R M P , e t X a i d e r l e s é t a b l i s s e m e n t s 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 ` Đ U g g i f U b W Y ' a U r e s i d e n t - E S M S ) . ( f r a n c e ) d ` ] W U h ] c b '

### Renforcer la démarche de qualité

5. A Y h h f Y ' Y b ' d ` U W Y ' X Y ' Z U , c b ' g m g h f a U h ] e i Y ' i b Y b c h U a a Y b h ' Y b ' g Đ U d d i m U b h ' grégulièreXentgnis d jour, ét Y h g ' X Y c f [ U b ] g Y f ' ` Đ U W W c a d U [ b Y a Y b h ' Y A S , départ de Y s Wh U b h ' [ Y g h ] c b b U ). f Y g ' X Đ 9 \ d U X
6. 8 f Z ] b ] f ' f f [ ` Y a Y b h U ] f Y a Y b h ' ` Y D G C S Z c b Wh ] c b g ' X Đ ]
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).

## = b h f c X i Wh ] c b

Les établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ont été définis par une succession de lois fondatrices entre 1997 et 2002<sup>9</sup>. 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, les soins, financés par le département, les soins, financés par 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 ans<sup>10</sup>. Cette population se caractérise par sa très grande fragilité, de 85 ans et 9 mois.

Les Ehpad peuvent être de statut public (44 % des Ehpad), privé non lucratif (31 %) ou privé lucratif (24 %)<sup>12</sup>. Ils ont des statuts. Par exemple, les Ehpad 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 à capacité maximale.

La majorité des Ehpad ouverts depuis 2000 (65 %) ont moins de 100 places. La part des Ehpad de plus de 200 places ou de moins de 45 places tend à diminuer. Un individu est de 2004 à 2018.

Une étude menée 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 la tutelle, essentiellement les ARS, complété par une étude internationale. Elle concerne les Ehpad de 2004 à 2018.

<sup>9</sup> Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 pour les personnes âgées dépendantes et la 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 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

<sup>10</sup> Drees, *Études et résultats* n° 1015, juillet 2017.

<sup>12</sup> Source Cour des comptes et Finess 2020.

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

<sup>14</sup> B G 5 z @ Y g W ] Z Z f Y g W f g X Y { } U i h c b c a ] Y z & \$ &

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 e i Ð U d d f c W \ f Y g ` a U f [ ] b U ` Y a Y b h ` X U b du rapport public f g Y b h ` annuel 2022 de la Cour y est tout particulièrement consacré. Dans ce chapitre, la Cour souligne ` Y ` ` c i f X ` Wc — h ` \ i a U ] 9, b é v é l a t e u r d e f a i b l e s s e s s t r u c t u r e l l e s e t s o u s l i g n e Wc j ] X 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.

@ Ð b e i ... h Y ` Z U ] h ` ` Y ` d c ] b h ` g i f ` E h p a d d e p u i s 2 0 1 0 a n s h U h ] c b et g i f ` ` Ð U W W f c ] g g Y n a i e r s a c c o r d e s à l e u r m é d i c a l i s a t i o n L e s m o d a l i t é s d e financement, fondées sur une tarification ternaire (sections soins, dépendance et hébergement) et un financement à la ressource, U ] b g ] ` e i Y ` ` Y ` f s o n t a n a l y s é e s X o n t i e n t h c f ] g U h g c i g l e d e u r a d a p t a t i o n a u x p u b l i c s a c c u e i l l i s d a n s l e s é t a b l i s s e m e n t s ( c h a p i t r e 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 ` Ð U d d U f h Y b U s e n v i t à u x r é s e a u o u à u n g r o u p e . ] g 9 ` ` Y ` Y I U a ] b Y ` ` Y g ` Wc b X ] h é l i c a l i s a t i o n e t s t r u c t u r e , l a f o r m e d u Y ` ` Y g ` maillage territorial autour des Ehpad, le rôle des autorités de tutelle dans la contractualisation, ` Y ` Wc b h f ` ` Y ( c h a p i t r e I I ). Ð f j U ` i U h ] c b `

9 b Z ] b ž ` X Y g ` d ] g h Y g ` E h p a d s o n t e n v i s a g é s a f i n d e r e n f o r c e r l e u r X , ` Y ` X insertion territoriale, sanitaire et organisationnelle (chapitre III).

<sup>15</sup> 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

En 2015, la durée de séjour en Ehpad des résidents âgés de 85 ans ou plus est de 9 mois en moyenne, 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 âgés de 86 ans en moyenne en 2018.

La durée de séjour était en moyenne de 9 mois en 2015, contre 85 ans en 2011. La fin de vie fait donc partie du quotidien des Ehpad.

En 2018, leur GMP (groupe iso-ressources É GIR É moyen pondéré) passe en moyenne de 689 en 2011 à 723 en 2018<sup>18</sup>. Plus de la moitié des résidents (54 %) y est désormais très dépendante (en GIR 1 ou 2).

<sup>16</sup> Drees, *Études et Résultats* n° 1094, novembre 2018.

<sup>17</sup> Drees, *Études et Résultats* n° 1094, novembre 2018.

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



**Tableau n° 1 : évolution des places médicalisées pour personnes âgées**

	2007	2020	Évolution en places	Évolution en %
<i>Ssiad<sup>22</sup> et Spasad<sup>23</sup></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	- 78 180	-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 de longue durée (USLD) 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 Guérin<sup>24</sup> fait le constat du rapprochement des profils et des besoins de soins entre les résidents des USLD et des Ehpad. La médicalisation des Ehpad fait partie des objectifs assignés par la ministre chargée de la cohésion sociale et de la santé, dans une feuille de route annoncée le 13 décembre 2021.

Les foyers de résidents en autonomie, après avoir décliné de 2007 à 2017, ont augmenté de 9 000 places depuis 2018, en raison du vieillissement (ASV) de la société au 28 décembre 2015. Cette offre de places en Ehpad afin de proposer aux personnes exposées au risque de perte d'autonomie des logements avec services.

### Une part des plus de 80 ans en Ehpad plutôt faible : un niveau stable depuis 2005 et légèrement inférieur à 15 %.

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 %. Cette part est inférieure à celle observée dans d'autres pays.

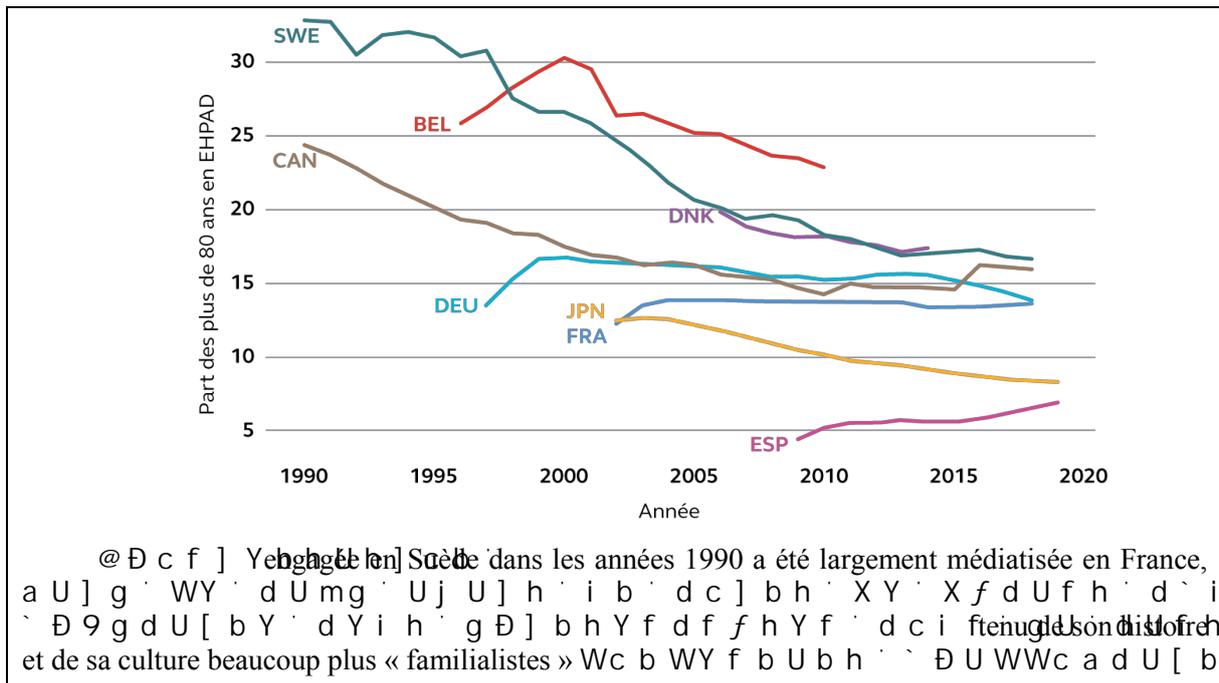
Avec des différences dues notamment aux variations de conventions statistiques<sup>25</sup> ou des changements de méthode de décompte peuvent aussi être la cause de ces écarts. En France, la part de personnes âgées de plus de 80 ans en Ehpad est nettement plus faible que dans d'autres pays, avec une proportion de plus en plus faible de personnes âgées de plus de 80 ans en Ehpad.

<sup>22</sup> Service de soins infirmiers à domicile.

<sup>23</sup> GYFJ, WYG, DC, MJ, U, Y, BHG, XDU, XY, YH, XY, GC, BG, {, XCA, W, Y.

<sup>24</sup> 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.

<sup>25</sup> 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

Selon une étude de la direction de la recherche et des études statistiques (Drees)<sup>26</sup>, en 2030, 21 millions de seniors de 60 ans ou plus vivront en France, soit 3 a ] ` ` ] c b g ` X Y ` d ` i 2019. Sur la base du modèle de projection « Lieux de vie et autonomie » (Livia), la Drees, mentionne que « Wc b g Y f j Y f ` ` Y g ` d f U h ] e i Y g ` U W h i Y ` ` Y g ` X D Y Y b ` d Y f h Y ` X D U i h c b c a ] Y ` g i d d c g \ Y a f U ] X D X i j ` Y f c h i i V f ` Y f X c V g Y f j f ` X Y d i ] g ` & \$ % & ž ` U Z ] b ` X D U W W i Y ] ` e 2019 ` % \$ , ` \$ et 2030, puis encore 211 \$ \$ \$ ` Y b h f Y ` & \$ ' \$ ` Y h ` & \$ ) \$ ž ` 000 ] ` j ] Y b résidents sur les places existantes ».

<sup>26</sup> Drees, *Études et Résultats*, n° 1172, décembre 2020

## II - Des modalités de tarification 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, à part, à la charge du département pour

**Un financement tripartite**

Un Ehpad reçoit trois sources de financements :

- un forfait relatif aux soins permet 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 soins<sup>34</sup>, des infirmières et des aides-soignantes et, le cas échéant, 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 quotidien. Il concerne notamment des soins psychologiques, etc.), ainsi que les frais de matériel lié à la prise en charge des résidents (via
- il 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

<sup>34</sup> Dans le cadre du tarif partiel de soins, majoritaire dans les Ehpad, la relation entre le résident et le 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 ne peut pas de ce fait bénéficier du budget nécessaire pour le paiement du temps médical pour une solution alternative.

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 %<sup>35</sup>.

Les dépenses des ARS et des départements sont passées de 8 608 A Ö ` Y b ` & \$ % ` fl X (76,6 % de dotations soins des ARS) à 11 238 A Ö ` Y b ` & \$ % 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 %). @ Augmentation des dotations est liée aux ] b g h U ` ` U h ] c b g ` X Y ` d alisation de la section des Ehpads dans les zones de concertation X Y ` a f ) 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 Ehpads pour leur médicalisation

#### Les réformes mises en place en 2017 concernant le financement des Ehpads

La loi X i ` & , ` X f WY a V f Y ` & \$ %) ` f Y ` U h ] j Yement (article 58) U d h U h ] c et la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 75) ont prévu la généralisation des Wc b h f U h g ` d ` i f ] U b b i Y ` C P O M X D E ] V W ] Y a W i s s e r g z ` Y h ` X Y d ` U W Y ` X D i b ` b c i j Y U i ` W U X f E Y p r o v i n c i a l e f e g e t e b e n d e d e p e n s e s E V i X [ f h EPRD) et une réforme des règles de détermination des ressources des Ehpads, X D i b Y ` ` c [ ] e i Y ` 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'Équation tarifaire. G D m ` U , ^ e b a h v c l e a m t , d e s f i n a n c e m e n t s complémentaires ou ponctuels. Ces forfaits seront versés { ` h c i g ` ` Y g ` f g o u v i Y ] X D Y b a Y b l période transitoire durant laquelle les Ehpads convergeront vers leur niveau de ressources cible.

@ U ` a ] g Y ` Y b ` Ê i j f Y ` W c e b W f ` , X H Y j ` U X Y p r o g r a m m e m e n t d e f i n a n c e m e n t 2017 à 2023, a donné lieu à des contestations et à des mouvements sociaux intervenus dans les Ehpads en 2018 après que de nombreux établissements aient constaté une baisse de leurs ressources<sup>36</sup> 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.

<sup>35</sup> CNSA, *Situation économique et financière des Ehpads entre 2017 et 2018*, mai 2020. NB . ` ` U ` 7 B G 5 ` b D U ` d U accès la part de la section hébergement pour les Ehpads privés lucratifs.

<sup>36</sup> @ D = [ U g z ` X U b g ` ` Y ` f U d d c f h R e v e d e s e c h a n g e s e t p r o p o s i t i o n s d e l a m i s s e f o n d e U h ] c b z ` médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les Ehpads, U j f ] ` ` & \$ % , l a u t o u r d e f Y ` Y j f ` 20 à 25 % [des établissements] se retrouvent avec une recette globale « soins + dépendance A ` Y b ` V U ] g g Y ` fl A t « gain » sur les soins étant plus que compensé par le « perte » dépendance A z ` W Y ` e i ] ` ` D U ` W c b X i ] h ` une accélération de la convergence pour les soins » .

a) Un effort de cinq ans pour accomplir la réforme de la tarification en soins

Sur la section soins, la tarification repose sur une convergence vers un tarif plafond national. Cet indicateur synthétique rend compte de la convergence des besoins en soins (PMP, calculés à partir du référentiel Pathos) et des besoins en soins (GMP, déterminé à partir de la grille Aggir) et des besoins en soins (PMP, calculés à partir du référentiel Pathos) de chaque indicateur<sup>37</sup>. Les valeurs des GMP et PMP retenues sont celles qui ont été validées par le département. Cette dotation est fondée sur la formule de calcul de la ressource plafond : [nombre de points GMPS\* valeur du point<sup>38</sup>\*WU d U W] h f X Y]. 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 était que rarement accordé dans la période précédente). Il a permis de répartir plus équitablement les besoins des résidents, la dépendance a été réalisée (cf. *infra*). À la fin de la période de cinq ans, le montant de 762,80 A € qui aura été délégué par les ARS aux Ehpad pour la convergence soins.

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

9 b A Ö	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 : trois Ehpad hospitaliers, trois Ehpad publics et un Ehpad privé non lucratif. Certains Ehpad ont de nouvelles valeurs GMP et PMP validées, alors que les précédentes étaient anciennes et ne reflétaient plus la situation des résidents. Ainsi, le 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 estiment<sup>39</sup> que la réforme de la tarification relative aux soins a induit le recrutement de 19 000 ETP supplémentaires depuis 2015.

<sup>37</sup>  $WU d U W] h f X Y = \frac{GMPS \times WU d U W + 2,59 \times PMP}{100}$

<sup>38</sup>  $WU d U W] h f X Y = \frac{WU d U W + WU h U V \times g g Y a Y b h X \times g d c g Y c i b c b X \times D i b Y D I}{100}$

<sup>39</sup> 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.

7 Y h ` Y Z Z Y h ` X Y ` ` Ð U i [ a l`a` b o n s a n t e l e s e f f e c t i f s g b ` Ð U Y ` g d g U c g i ` f h W c Y i g  
 pu être vérifié auprès des Ehpad contrôlés. Certains se heurtent aux difficultés de recrutement.  
 P c i f ` X Ð U i h f Y g ` ` U ` W c b j Y f [ Y b U d d ` ] e i U : b [ G M P \* v a l e u r e d u p o i n t c b  
 ` Ð U i [ a Y b h U h ] c b ` b Y ` g Ð Y g h ` d U g ` h f U X D ` h E h p a d Ð f ` X Y  
 Colisée Le Mesnil (Val-X Ð C)] la revalorisation de 27 % de la dotation soins et de 13 % de la  
 X c h U h ] c b ` X f d Y b X U b W Y ` U ` d f ] b W ] d U ` Y a Y b h ` - d Y f a ] g  
 dépendance, ainsi que des compléments de rémunération pour les personnels en tension, sans  
 augmentation b c h U V ` Y ` ( X Ð U i h f Y g ` ` U ` j U ` 7 f c ` a W ] Y V ` ` Ð U i h f U ` Y m g c f b b  
 (Drôme) a vu ses dotations soins croître de 20 % entre 2016 et 2019<sup>40</sup>, générant des excédents,  
 Y b ` f U ] g c b e x e c u t i o n d e s d e p e n s e s c o r r e s p o n d a n t e s , e n l i e n a v e c d e s d i f f i c u l t e s d e  
 recrutement.

### b) @ Ð f W \ Y W ` f r e f o r m e d e l ' i n v o l o p p e f e r m e e s u r l a d e p e n d a n c e

Pour la dépendance, le forfait est calculé à partir du GMP et de la valeur du point,  
 délibérée par le département, Y b ` U d d ` ] e i U : b [ G M P \* v a l e u r e d u p o i n t c b  
 départemental\*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  
 W c b j Y f [ Y b W Y ` j Y f g ` ` U ` j U ` 7 f c ` a W ] Y V ` ` Ð U i h f U ` Y m g c f b b  
 différence de la convergence sur le soin, la convergence « dépendance » repose sur des  
 réaffectations de ressources entre les acteurs autour de valeurs moyennes départementales<sup>41</sup>.

Parmi les Ehpad contrôlés, la convergence négative<sup>42</sup> au titre de la dépendance concerne  
 d ` i E h p a d ( Ð ) q u e l a c o n v e r g e n c e n e g a t i v e p o u r l e s s o i n s , a v e c u n e p l u s f o r t e r e p r e s e n t a t i o n  
 des Ehpad publics. Les difficultés pour les Ehpad « perdants » ont conduit à des décisions  
 politiques diverses de la part des départements" ` @ U ` X U h Y ` X Ð U d d ` ] W U h ] c b ` X  
 f h f ` X f W U ` f Y z ` W Y f h U ] b g ` c b h ` X ] Z Z f f f ` ` Ð U d d ` ] W U h  
 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  
 g c i g ` ` Ð Y Z Z Y h ` X Y g ` W c b j Y f [ Y b W c o n v e r g e n c e s n e g a t i v e s . g ` U g g c  
 W c o n v e r g e n c e s n e g a t i v e s .

Les difficultés rencontrées par la réforme ont conduit à mettre en place, X „ g ` ` Ð ] b g h f i V  
 budgétaire pour 2018<sup>43</sup>, un mécanisme de neutralisation de la convergence négative sur les tarifs  
 soins et dépendance, au moyen de crédits octroyés par la CNSA, afin X Ð f j ] E h p a d u n e i l  
 baisse de f Y g g c i f W Y g " ` G Y ` c b ` ` U ` 7 B G 5 d e 2 0 1 8 a 2 0 2 0 , z u c p f e s h ` X Y ` W  
 X Y ` - ' ` A Ö ` f l X c b h ` \* & ` A Ö ` X Y ` b Y i h f U ` ] g U h ] A Ö ` X Y g ` d  
 U i ` h ] h f Y ` X Y g ` X c h U h ] c b g ` g c ] b g t " ` 9 Ð ` & \$ & % z ` U E  
 neutralisation de convergences négatives. Pour les Ehpad W c b h f ` ` f g z ` ] ` ` Y g h ` Z U  
 compensation dans cinq Ehpad. Ce financement par la CNSA, à partir de ressources provenant  
 d c i f ` i b Y ` a U ^ Y d a n s l e m e d i c o - s o c i a l , c o n t r i b u e a r a p p r o c h e r l e s s e c t i o n s s o i n s e t  
 dépendance et annonce les réflexions sur la fusion des deux sections (cf. *infra*).

<sup>40</sup> Hors reprise de déficits antérieurs en 2016.

<sup>41</sup> 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.

<sup>42</sup> @ U ` W c b j Y f [ Y b W Y ` Y g h ` X ] h Y ` b f [ U h ] j Y ` e i U b X ` ` U ` X c h U h ] c b ` X  
 tarifaire est ramenée progressivement vers la cible calculée.

<sup>43</sup> Instruction du 15 mai 2018 relativY ` U i l ` c f ] Y b h U h ] c b g ` X Y ` ` Ð Y l Y f W ] W Y ` & \$ % , ` c



### Les différentes options du tarif soins des Ehpad

Le tarif global (TG) intègre presque toutes les dépenses de soins : aux dépenses énumérées 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 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.

Ces dépenses de soins sont prises en compte dans le tarif global (TG) et excluent les médicaments à usage hospitalier.

La valeur du point des équations tarifaires, les valeurs des points sont les suivantes : 12,44 (tarif global avec PUI), 10,48 (tarif partiel sans PUI), 11,11 (tarif partiel avec PUI), 17 (tarif global 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 PUI<sup>48</sup>.

Tableau n° 3 : Répartition des Ehpad par type de tarif et présence ou non de PUI

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

Source : Cour des comptes sur la base des données de l'INSEE et de la DREES.

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

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 Ehpad<sup>49</sup> les moyennes de coûts mensuels par général

de soins versé sous forme de dotation, dans les établissements sans PUI, 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 sans pharmacie. Le coût de prise en charge par établissement est inférieur de 17 % pour les Ehpad en tarif global que pour les Ehpad en tarif partiel sans pharmacie. 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 sans pharmacie.

## B - @U` d Y f g ] g h U b WY` X Đ i b Y` f f d U f h ] h ] c b` ]

### 1 - Des écarts entre les régions ne se résorbant pas

Entre 2010 et 2019, la médiane régionale du nombre de places en établissements et g Y f j ] WY g` Zassurante nationale pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus est passée de 131,5 à 127,7. @U` X ] g d Y f g ] c b` XY g` h U i l` X Đ f e i ] d Y a Y b passant de 15,9 % à 16,71` U` c f l e g a b a s s é d u n i v e a u i n t e r d é p a r t e m e n t a l , p a s s a n t d e 21,61` {` %- ž &` i "` @U` 7 B G 5` d f f W ] g Y` e i Y` ` Y g` X ] g d U f d U f` f U d d c f s e r v i c e , ` Đ c Z Z f Y` X Y`

de 75 ans et plus est passé, en moyenne nationale pour la France métropolitaine, de 1 861 à 2 322. @U` a f X ] U b Y` X Y g` 832 Q à 2 323 Q "` Y g` d f W U f g h ] f Y b h W Y f` augmenté de deux points, passant de 10 % {` % &` i ž` U` c f g` e i Y` ` Đ f W U f h` ] stable à 16 %. Cet indicateur, en prenant en compte les actes infirmiers de soins, permet de Wc b g h U h Y f` e i Đ ] ` g` Wc b h f ] V i Y b h` {` a ] b c f Y f` ` Y g` f

Sur neuf ans, entre 2010 et 2019, les écarts interdépartementaux ont diminué alors que les écarts interrégionaux ont augmenté. h U b h` Y b s s u r a n c e n a t i o n a l e p a r p e r s o n n e a g é e e i Đ Y b` f e i ] d Y a Y b h` Y b` W U d U W ] h f` X Đ U W i n Y a j e u r` Y b` f h X Đ i b Y` U W h ] c b` d` i g` Y Z Z ] W U W Y` X Y` ` U` 7 B G 5` Y b` j i Y

<sup>49</sup> 8 c b b f Y g` & \$ %, ž` U g g c f h ] Y g` X Đ i b` Wc Y Z Z ] W ] Y b h` X Y` \$ ž - )` d c i



## 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 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, a permis de mieux cibler 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 gérée par les ARS

#### 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. 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. Une règle de financement entre ARS et département, qui vise à répartir les dépenses de soins et de dépendance, entraîne, avec le précédent régime de tarification, des négociations financières propres à chaque département, qui ont conduit à une tarification différenciée selon les départements.

Or, les valeurs des points GIR départementaux en 2021<sup>54</sup> présentent des écarts allant de 6,20 points (Morbihan) à 9,47 points (Mayenne) ; avec une valeur moyenne à 7,34 points. Ces écarts introduisent une disparité excessive dans les ressources allouées aux Ehpad, selon leur situation géographique.

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'État et affectant les charges de personnel rattachées à la dépendance. Ces interventions ont peu de latitude financière pour contribuer aux réformes de la prise en charge en Ehpad : le maintien du régime de co-financement actuel ne permet pas de simplifier.

Un financement quasi intégral des charges relatives aux soins et à la dépendance, permettrait de

<sup>54</sup> 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 Libault<sup>55</sup> 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 » des Ehpad, a été envisagée dans le cadre du projet de fusion des sections « soins » et « dépendance » des Ehpad. Cette réforme a été intégrée au PLFSS 2022. Elle vise à harmoniser les charges supplémentaires aux départements. La Cour estime cette réforme nécessaire.

La direction de la sécurité sociale (DSS) estime à 0,3 % la contribution des départements à la prise en charge des personnes âgées avec la prise en charge à domicile. Cette contribution est inférieure à celle des ARS, qui est de 9,3 %.

La direction de la sécurité sociale (DSS) estime à 0,3 % la contribution des départements à la prise en charge des personnes âgées avec la prise en charge à domicile. Cette contribution est inférieure à celle des ARS, qui est de 9,3 %.

Les départements interrogés ont répondu à la Cour des comptes. Le département de la Drôme est favorable à la fusion des sections soins et dépendance. Celui de la Meurthe-et-Moselle est favorable à la fusion des sections soins et dépendance. Les départements sont amenés à garder une place importante auprès des Ehpad, qui pourrait se concrétiser par la mise en place de centres de ressources. La Cour recommande aux départements de se conforter comme responsables de la politique de prévention dans les territoires.

La Cour recommande aux départements de se conforter comme responsables de la politique de prévention dans les territoires.

<sup>55</sup> Proposition n° 125.

<sup>56</sup> 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. Celui de la Meurthe-et-Moselle est favorable à la fusion des sections soins et dépendance. Les départements sont amenés à garder une place importante auprès des Ehpad, qui pourrait se concrétiser par la mise en place de centres de ressources. La Cour recommande aux départements de se conforter comme responsables de la politique de prévention dans les territoires.

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

df] gY' Yb' W\ Uf [ Y' a f X ] WU` ] g f Y' XY g' f f g ] e X Y b h g' consolidation du rôle des départements sur les politiques de maintien à domicile et sur` Đ c f [ U b ] g b Y f f ] h c f ] U` Y' XY' ` Đ c Z Z f Y "

b) @U' b f WY g g ] h f' X Đ i b Y de la section hébergement' Wc b b U ] g g U

@U' 7 B G 5 ž' U ] b g ] ' e i Y' ` Y g' 5 F G' Y h' ` Y g' s X f d U f h X f d Y b g Y g' X Đ \ f V Y f [ Y a Y b h' X Y g' 9 \ d U X-ci d n f e h e f f g ž' b c b X Y g' c V` ] [ U h ] c b g' X Y' Wc a a i b ] W U h ] c b' X Đ ] b Z c f a U h ] par la réglementation<sup>58</sup> = ` g Đ U [ ] h' d c i f h budgets des Ehpads publics Y g' a U ^ cinq Ehpads X Đ i b' X Y g' X Y i l' [ f c o n t r ô l e s ] la section hébergement représente U h ] Z g de 68 % à 56 % des produits. À titre de comparaison<sup>59</sup>, dans les Ehpads 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... h f Y' U b U` m g f g ž' d c i f' Y b' Wc b b U ] h f Y' ` Đ Y Z Z Y h' g i f conséquence des actions' X Y' d f f j Y b h ] c b' Y g h' g i g W Y d h ] V` Y' X d U f h ] W i ` ] Y f' W Y' e i ] ' f Y' „ j Y' X Y' ` Đ U b ] a U h ] c b' Y h' X Y' ` Đ U` ] a Y b h U h ] c b' { ` ` Đ f h U h' X Y' g U b h f' X Y g' d Y f g

De plus, la fonction immobilière, reposant h' Y b' h c h U` ] h f' g i f' ` Đ \ f V d` i g ] Y i f g' f [ U f X g' U j Y W' ` Đ U W Wc a d U [ b Y a Y b h' Y b' g c des locaux influe directement sur la prise en charge, en particulier pour les troubles cognitifs. @ Đ c f [ U b ] g d W U i c l b' X Y i g h' f [ U` Y a Y b h' Z c f h Y a Y b h' ] a d U ` U' X ] g d c b ] V ] ` ] h f' X Y g' Y Z Z Y W h ] Z g ž' Wc a a Y' ` Y' a c b 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 f Y Wc b g h f i W h ] c b' d Y i h' [ f b f f Y f' i b' [ U ] b' X Đ Y Z Z ] W ]

D U f' U ] ` ` Y i f g ž' ` ` Đ U V g Y b W Y' X Đ ] b Z c f a U h i o h' c b' g i f hébergement ne permet pas de vérifier notamment la correcte imputation des charges du d Y f g c b b Y' ` d c i f' ` Y g' U [ g Y c b ] h' d U b U ž' g d U h' h ž' W b W h ] , d Y a b c a V f Y i l' Z U ] g U b h' Z c b W h ] c b' " ' = ` ` U b' Đ Y U g h i' f d Y U g' h d' c' g g c excédents de gestion réalisés.

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

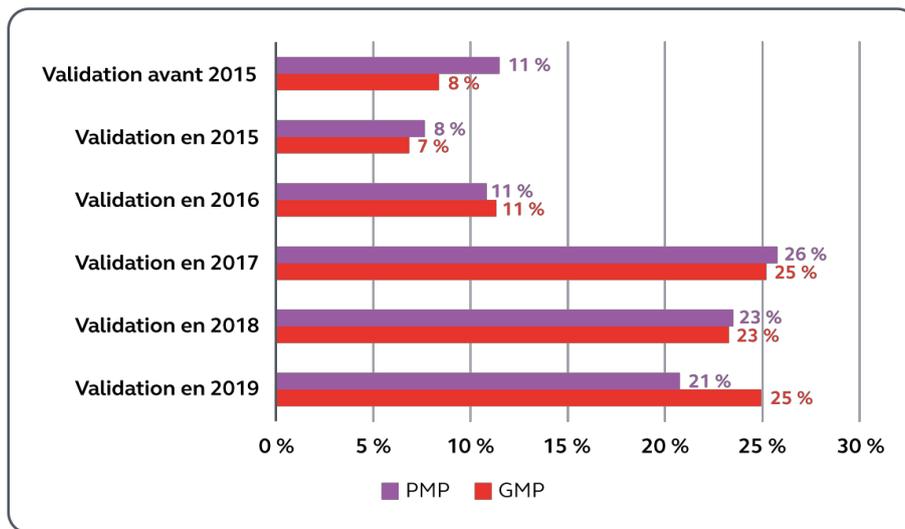
Les équations tarifaires pour les soins et la dépendance déterminent de façon automatique` U' X c h U h ] c b' X Y' ` Đ f h U V` ] g g Y a Y b h' " ' 7 Y' g m g h' „ a Y' f f Y Wc b X i W h ] c b' X Y g' X c h U h ] c b g' { ` ` Đ \ ] g h c f ] e i Y ž' X financer avec équité les établissements. Des améliorations techniques doivent cependant lui être apportées.

<sup>58</sup> Article R. 314-216 du CASF.  
<sup>59</sup> CNSA, *Situation économique et financière des Ehpads entre 2017 et 2018*, mai 2020.

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

La réglementation<sup>61</sup> 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 coupes<sup>62</sup> ne respecte pas souvent ce calendrier.

**Graphique n° 1 : Validation des coupes GIR et Pathos et PMP (données 2019)**



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

Concernant le GMP<sup>63</sup>, 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 PMP<sup>64</sup>, 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. (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 le Centre Hospitalier de Gournay-en-Bray (Seine-Maritime) dont la coupe validée en 2015 a été recalculée en 2019, le rythme réel de mise à jour des coupes ne respecte pas souvent ce calendrier.

<sup>61</sup> Article R. 314-170 du CASF.

<sup>62</sup> Le rythme réel de mise à jour des coupes ne respecte pas souvent ce calendrier.

<sup>63</sup> Pour 5 677 Ehpad ayant renseigné cet indicateur dans le tableau de bord.

<sup>64</sup> 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 CPOM<sup>65</sup>. Le département de la Haute-Normandie a également subi un retard de la réforme de la procédure de validation des coupes.

Les coupes à mi-parcours sont celles qui ne nécessitent pas de validation par le médecin coordonnateur, mais qui nécessitent une photographie un jour donné des soins requis des résidents et de leur dépendance. Elles sont réalisées par le médecin coordonnateur, mais ne conduisent pas 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 validation est nécessaire pour le maintien des 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. Certains Ehpad ont 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 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 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 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 dépourvus.

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 Ehpad reçoivent sont mesurées par la grille Aggir (mesuré par la grille Aggir) et au regard des soins médicotextuels requis compte tenu de leur dépendance.

Le référentiel Pathos, créé en 1997, associe à des profils de résidents, des ordonnances de soins, de formations et de conseils aux médecins coordonnateurs.

<sup>65</sup> 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 personnel et de matériel adaptés. Alors que celle-ci est contraire à la prise en charge des escarres.

La 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 pourrait être, selon les options retenues, de 638 A €<sup>66</sup>, contribuant à renforcer le niveau de compétence 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, etc.). 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 le modèle de financement.

Par ailleurs, la place quasi exclusive du financement par les ARS rend difficile la stabilisation du régime de financement, avec les coupes annuelles prévues, pouvant fragiliser la situation de nombreux établissements, avec des dotations plus incertaines et de le stabiliser.

Les équations tarifaires vers des financements en dotation pluriannuelle pour favoriser la prévention et la qualité, accueil

<sup>66</sup> Trois hypothèses de valorisations des nouvelles ordonnances ont été réalisées par la CNSA : la première ne fait intervenir que les métiers : ergothérapeutes, orthophonistes, diététiciens et éducateurs sportifs pour un coût de 1 % - la seconde prend en compte les métiers et les équipements pour un coût de 1,5 % - la troisième prend en compte les métiers, les équipements et les locaux pour un coût de 2 %.

<sup>67</sup> Le coût de la prévention est de 1,5 % du chiffre d'affaires par établissement.

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

7 Y g ' Z ] b U b WY a Y b h g ' Y b ' X c h U h ] c b ' e X u j n f o y e n ] Y b h ' Z X D ] b X ] W U h Y i f g ' X Y ' f f U ' ] g U h ] c b ' X D c V ^ Y W h ] Z g ' ] b g

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

a) Une création trop lente X D i b D h f U Y X [ Y a Y b U H R ) f e t d e p l a c e s f W f Y g X D U W h ] j ] h f g ' ( P a s a ) e t d e d e v e l o p p e m e n t d e s u n i t e s d e v i e p r o t e g e e s

Le plan national Alzheimer (2008-2012) et le plan Maladies neurodégénératives (2014-2019) ont programmé le développement en Ehpad de places de Pasa Y h U H R <sup>68</sup>. En 2020, 1 749 Ehpad fl & ' ' i t ' X ] G a s a d ' U Y E h \$ X D D b % ) . Y ( ' < F d f l U W Y ( g ' X D I sont installées au 31 décembre 2019. Les Pasa sont présents dans tous les départements. Chaque Pasa accueille environ 30 personnes chaque année, majoritairement des résideb h g ' E h p a d ' ' D 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 f Y b Z c f W f Y ' X Y g ' f f g ] X Y b h g ' d f f g Y b h U b h ' u n e m a l a d i e c i V ' Y ' 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.

@ D i b ] h f ' X D \ f V Y f [ Y e s t u n l i e u d e v i e e t d e s o i n s q u i f o n c t i o n n e r u i t e t 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 l < F ' f f d c b X Y b h ' U i l ' Y l ] [ Y b q W Y e r g f i x e X l a d i b ' W U \ composition du personnel qui doit être spécifiquement formé, et des exigences architecturales pour les locaux.

@ U ' W f f U P a s a c b ' X D i b Y ' l < F ' X U b g ' i b ' 9 \ d U X ' Y g h ' ' ] f Y ' X Y ' ' D 5 F G " ' @ Y i f u t o r i s e a p r e s u n e v i s i t e ] d e c o n f o r m e g e n e r a l e U d o n n e l i e u à u n versement de crédits complémentaires du forfait soins.

@ U ' a Y g i f Y ' X Y ' ' U ' d f f j U ' Y b W Y ' X Y g ' a U E h p a d ] Y g ' b Y Y h ' Y b ' d c d i ' U h ] c b ' [ f b f f i s e , a l o r s q u e d e s e s t i m a t i o n s f o n t e t a d ' , h Y X D i f h g e i Y ' X Y ' e i U g ] ' X c i V ' Y a Y o u b n e d e s p e r s o n n e s a t t e i n t e ) \$ ' f l & z ' X Y ' ' U ' a U ' U X ] Y ' X D 5 ' n \ Y ] . C e t t e e v o l u t i o n r e n d r a d e s s a i r e g a ' U d d U f

<sup>68</sup> En Ehpad, les objectifs initiaux du plan Alzheimer étaient la création de 25 000 places de Pasa, de 5 000 places X D I < F ' f l X c b h ' t e u r m e d i c o - s o c i a l ) . f ' ' Y ' g Y W

<sup>69</sup> 9 g h ] a U h ] c b ' Z c b X f Y ' g i f ' ' D f j c ' i h ] c b ' X Y ' g h f i W h i f Y ' X Y ' ' 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 à la DGCS, 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. Les personnes qui en sont atteintes rendent indispensable la disponibilité des données fiabilisées.

La DGCS, 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. Les personnes qui en sont atteintes rendent indispensable la disponibilité des données fiabilisées.

Parmi les 57 Ehpad contrôlés, la représentation des structures spécifiques est plus limitée. Parmi les Ehpad sans Pasa ou UHR, 7 ont mis en place des unités spécifiques souvent dénommées unités de vie protégées (cf. *infra*) pour faire face aux besoins des résidents. Si les unités de vie protégées (UVR) et les unités de soins (UHR) ne sont pas compris dans les équations tarifaires et constituent des crédits complémentaires, les unités de vie protégées (UVR) sont financées par les crédits complémentaires.

Les unités de vie protégées (UVR) et les unités de soins (UHR) ne sont pas compris dans les équations tarifaires et constituent des crédits complémentaires, les unités de vie protégées (UVR) sont financées par les crédits complémentaires.

<sup>70</sup> @ 5 F G m n p z n l e f 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 vieillissantes<sup>71</sup> contrôlés permettent de le constater. Ces expérimentations, si elles sont évaluées positivement, devraient déboucher sur un financement complémentaire intégré au CPOM, ce n'est pas le cas, sauf exception<sup>72</sup>. 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

**D - I b f f [ ] a Y X Ð U i h c n e 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, sont régis par la loi du 30 juin 1975 et modifiée notamment par celle du 2 janvier 2002. Le pouvoir de l'État est de vérifier la conformité des projets 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 contrôle préalable de la création de places de maintien à domicile.

Des assouplissements sont intervenus dans le cadre de la loi de 2002, notamment des expérimentations innovantes dérogeant aux règles du droit commun, ainsi que des expérimentations hors les murs. Pour ces expérimentations, les règles de financement sont assouplies, notamment en ce qui concerne les appels à projets, à candidatures, à manifestations de volonté, etc. Ces expérimentations sont souvent menées dans des 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. Des différences pourraient toutefois subsister, notamment entre l'accueil de jour et le maintien à domicile. Des différences pourraient toutefois subsister, notamment entre l'accueil de jour et le maintien à domicile.

<sup>71</sup> Exemples en annexe n° 7.

<sup>72</sup> G [ ] Ð Y I Y a d Ehpad de Saint-Brevin-les-Pins, qui est un établissement de maintien à domicile.

UWhYifg`hY`g`eiY`Yg`9\dUX`bDU`dUg`dcif`cV^Y  
gi f`i b`h mcbY`XĐ]bhYfjYbh]

Cette évolution doit être envisagée en intégrant la notion de « file active territoriale » de  
dYfgcbbYg`|[fYg`<sup>73</sup>Ybl dYf`Mgh`XĐ]b b d`c`b`c`a`]`e`i`Y`z`X`]  
UjYW`i b`bcaVfY`[`cVU`X`pivot pour UEWYgg`YahV`dYc`f`XhiY`i`X`]`g`  
intervenant à la fois en établissement et au domicile, apporterait ainsi par exemple des  
dfYghUh]cbg`dcijUbh`jUf]Yf`XUbg`Il`convient`a`d`g`Y`]  
WYdYbXUbh`XĐfj]hYf`de`X`no`p`z`Ujgc`f`]cgWUfi`l``EX`UabYgf`[`Y`b`U`W`Y`W`]  
`U`d`Y`f`h`Y`X`Đ`U`i`h`c`b`c`a`]`Y`"

IbY`fjc`ih]cb`Xi`ff[]aY`XĐUi hcf]gUh]cb`  
X]jYfg]Z]WUh]cb`XYg`UWh]j]h`Ehpad. Dans un cadre ]WYg`  
XĐUi hcf]gUh] Ehpad devrait être en capacité de moduler son offre pour mieux  
UXUdhYf`gU`ff`d`c`b`g`Y`U`i`l`V`Y`g`c`]`b`g`X`Y`g`d`Y`f`g`c`b`b`Y`g`  
les autorités de tarification sont à définir au niveau du CPOM, dans le même esprit que le  
disposih]Z`XĐ]bhf[fUh]cb`XYg`dUfWc`i`f`g`XYg`YbZUbI  
`Đ`U`f`9`h`d`e`l`M`o`i`d`u`26`janvier`2016`relative`à`la`modernisation`de`notre`système`de`santé`.

<sup>73</sup> 7YhhY`fjc`ih]cb`dciffU]h`gĐ]bgd]fYf`Dispositif`in`W`g`Y`i`f`X`i`]  
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. 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 1,2 milliard d'euros. Malgré la croissance du nombre de places, la hausse de la dépense est due à l'augmentation du coût des soins et à la prise en compte de la dépendance.

La croissance de la population des personnes âgées dépendantes et l'augmentation des 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. 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 place à la qualité de la prise en charge des résidents et la diversification des accueils, rendue difficile par la hausse des coûts.

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) dans les bases de données 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 dans les Ehpad et de réduire les disparités départementales (DGCS, CNSA).

3. Faciliter la déclaration 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 - @U` X ] Z Z ] Wi ` h f` { ` U g g i f Y f ` ` Ð U WWc a d U [ disponibles

@Ð f e i ] d Y ` g Ehpad est composée du médecin coordonnateur<sup>74</sup> qui, sous ` Ð U i h c f ] h f ` X i ` f Y g d c b g U V ` Y ` X Y ` ` Ð f h U V ` ] g g Y a Y b h ` X Y ces personnels paramédicaux peuvent aussi intervenir, à temps non complet : psychologues, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens. Les agents de services hôteliers effectuent pour leur part des a ] g g ] c b g ` X Ð Y b h f Y h ] Y b ` X Y g ` ` c W U i catégorie constituée la deuxième par son nombre et sa présence au sein des établissements, après celle des aides-soignants. = ` ` b Ð Y I ] g h Y ` d U g ` U W h i Y ` ` Y a Y b h ` X Y ` b c f a Y Ehpad, pour les personnels de soins.

#### 1 - Des effectifs de soins qui ont augmenté, sans visibilité sur le niveau nécessaire

d c i f ` [ U f U b h ] f ` ` Ð U WWc a d U [ b Y a Y b h ` X i `

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

G Y ` c b ` ` Ð f h i X e Y d e c e m b r e 2 0 2 0 U p r e s e n t e 7 5 , e n t r e 2 0 1 1 e t 2 0 1 5 , l e t a u x X Ð Y b W U X f Y a 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 X Ð U s o i g n a n t s , d o n t l e r a t i o e s t p a s s é d e 1 7 E T P p o u r 1 0 0 p l a c e s à 2 0 , s o i t l e s t r o i s q u a r t s X Y ` ` Ð U i [ a Y b h U h ] c b h X i Y h U i Y g X Ð Y b Z ] f a ] Y

<sup>74</sup> G Y g ` a ] g g ] c b g ` g c b h 3 1 X 1 5 8 d i c a s s e Y g ` d U f ` ` Ð U f h ] W ` Y ` 8 "

<sup>75</sup> Drees, *Études et Résultats* n° 1172, décembre 2020.

5 à 6. D c i f ' ' ð Y b g Y a V ' Y ' X i ' d Y f g c b b Y ETP g 30 ETP en U b h ž ' W comptant 30 i ' X i ' h Y a d g ' X ð U [ Y b h ' X Y ' g Y f j ] W Y Ł " ' @ ð Y b g Y a 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 h U i l ' X ð Y b W U X ETP pour 100 lits X entré 2015 et 2021. En 2021, les différentes a Y g i f Y g ' X ð U i [ a Y b h U h ] c b ' X Y g ' Z c f Z U ] h g ' X Y ' g c ] b g de la convergence tarifaire en soin) devrait porter à hauteur de 200 A Ö ' g i f ' ' Y g ' V i X [ Y h aux personnels de soins dans les Ehpad Y h ' d Y f a Y h h ] Y b ' X ð i b à Y b h U h a c ] 4 400 ETP des effectifs.

@ ð f W \ U b Ehpad contrôlés W Y g Z ] f a Y ' i b augmentation des effectifs { ' ' ð de soins au cours de la période examinée, généralement associée à une extension des capacités des établissements, à ' ð ] a U [ Ehpad X / Conté 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) e i ] ' U ' j i ' g Y g g d ] Z [ Z b W h ] g ' g Y X ð X ð X 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 ' ð 9 \ d U X ' ? c f ] U b ' 7 U Phréhes Orientales) X Y d' des effets positifs de la fl W c b j Y f [ Y b W Y ' h U f ] Z U ] f Y ž ' U ' h U f X f ' { ' a Y h h f Y ' Y b ' É accroissement<sup>76</sup>. D ð U i h f Y g ' 9 \ d U X ' c b h ' d f c Z ] h f ' X Y g ' U i [ a Y b ' ð f e i ] ' ] V f Yns et dépendance V i X [ Y h ' g c ]

Cependant, les taux X ð Y b W U X d'insuffisants. La grille Aggir a été construite, { ' ' ð ç eh établissements 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) b U h ] c b U ' ' X Y ' + & ' ' d c ] b h g ' Y b ' & \$ %, ' W de 57 ETP pour 100 résidents. @ ð f W U f h ' Y b h f Y ' ' Y ' h U i l ' X ð Y b W U X f Y a ratio issu du modèle GIR correspondrait { ' i b ' V Y g c ] b ' X ð U i [ a Y b % Y f ' ' ð Y (+ 18 ETP pour 100 places) É W f c ] g g U b W Y ' e i ] ' Z Y e f i c i e n t g l o b a l d e Y b h Y f ' plus de 25 %.

Cependant, p' i h ' h ' e i ð i b ' f U h ] c ' X Y ' d Y f g c b b Y ' ' [ ' c V U g c ] b g ž ' ] ' ' d c i f f U ] h ' ... h f Y ' d Y f h ] b Y b h ' X Y ' X f Z ] b ] f des jeunes enfants, des ratios du nombre maximum de résidents à prendre en charge par d f c Z Y g g ] c b b Y ' ' X Y ' g c ] b g ' e i U ' ] Z ] f ž ' Y b ' Z c b W h ] c b de ratios sous forme de référentiels de bonnes pratiques<sup>77</sup>.

<sup>76</sup> Le groupe Korian justifie ce retard par la nécessité de résorber les déficits antérieurs et par les tensions en matière X ð Y a d ' c ] ' g i f ' ' Y g ' a f h ] Y f g ' X i ' g c ] b

<sup>77</sup> F U h ] c ' X ð U [ ] b X U h g ' Y b ' ^ c i f b f Y ž ' f U h ] c ' X Y ' d Y f g c b b Y ' ' X Y ' b i



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. L'Ehpad Camille Saint-Saëns à Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis) du groupe SOS, a mis en place en 2020 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, la qualification en gériatrie est plus faible que dans les autres spécialités. Cette qualification, qui est une compétence spécifique, est distincte des autres aides-soignants (AS). Ainsi, les aides-soignants en gériatrie (AG) ont des missions distinctes des autres aides-soignants (AS). Ainsi, les AG participent à des missions distinctes des autres aides-soignants (AS). Ainsi, les AG participent à des missions distinctes des autres aides-soignants (AS). Ainsi, les AG participent à des missions distinctes des autres aides-soignants (AS).

La DGOS mène actuellement une réflexion sur le renforcement des compétences des infirmiers en pratiques avancées mention « pathologies en soins primaires »<sup>79</sup>, 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.) est une priorité 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 personnels formés en diminution de 25 % entre 2017 et 2020. Cette baisse est constatée dans plusieurs Ehpad, notamment à La Ciotat (Bouches-du-Rhône), avec un taux de personnel formé en diminution de 25 % entre 2017 et 2020. Cette baisse est constatée dans plusieurs Ehpad, notamment à La Ciotat (Bouches-du-Rhône), avec un taux de personnel formé en diminution de 25 % entre 2017 et 2020.

<sup>79</sup> Dont la spécialisation porte sur différentes pathologies chroniques susceptibles de concerner des personnes âgées.

de compétences. Il propose des formations qualifiantes aux agents de soins, dont 50 % ne sont pas diplômés. D'après les données de l'Insee, les connaissances des patients âgés atteints de troubles cognitifs sont en lien avec les caractéristiques des résidents accueillis.

2 - @Y g ` d f c V ` , a Y g ` X Y ` f Y W f i h Y a Y b h ` Y h ` X f

Les difficultés de recrutement de personnel soignant en établissement et le manque de personnel ont été confirmés dans les Ehpad contrôlés, dont beaucoup sont confrontés à des vacances de personnel. On relève ainsi 30% de vacances de personnel à durée déterminée chez les aides-gardiennes [ b U b h g ` X - Simon De Paris de l'X recrutés aux Ehpad contractuels pour assurer la continuité le week-end et pendant les vacances (Ehpad X D 5 dans les Yvelines). De même, dans le département de la Seine-Saint-Denis (Paris), le personnel contractuel et intérimaire pour occuper les emplois nouvellement créés en raison de la fermeture de certaines écoles de personnel infirmier. En effet, nombreux sont les personnels qui privilégient les contrats à durée déterminée qui offrent une rémunération supérieure et des avantages sociaux. Des établissements choisissent aussi la durée déterminée dans la Drôme, fait appel à du personnel intérimaire pour suppléer les infirmiers titulaires pour sept postes prévus. Enfin, dans le département de la Seine-Saint-Denis, la permanence des effectifs (Ehpad Maison Bleue à Villeneuve-lès-Avignon dans le Gard) : ce manque de personnel impacte le quotidien des résidents.

Pour fidéliser leur personnel, des groupes privés proposent des mesures spécifiques telles que des compléments salariaux plus favorables peuvent ponctuellement être proposées, notamment dans les zones frontalières où les établissements sont plus nombreux. Des compléments salariaux plus favorables peuvent ponctuellement être proposés, notamment dans les zones frontalières où les établissements sont plus nombreux. Des compléments salariaux plus favorables peuvent ponctuellement être proposés, notamment dans les zones frontalières où les établissements sont plus nombreux. Des compléments salariaux plus favorables peuvent ponctuellement être proposés, notamment dans les zones frontalières où les établissements sont plus nombreux.

<sup>80</sup> Dominique Libault, *Grand âge et autonomie*, rapport au Premier ministre, mars 2018 ; Myriam El Khomri *Plan de mobilisation nationale en matière de santé*, rapport à la ministre des Solidarités et de la Santé, octobre 2019.

8 D U i h f Y g d ] g h Y g c b h f h f X f j Y c d d f Y g d c i f h Y  
 établissements . X f j Y c d d Y a Y b h X Y U d d f Y b h ] g g U [ É fl` Ð 9 \ d  
 groupe SOS É opération « i b ^ c V Y h Ehpad »), opérations de communication spécifiques  
 fl f f g Y U i l g c W ] U i l ł ž X f a U f W \ Y g X Y à Haute-Savoie) gu h ] c b fl  
 U W f f U h ] c b X Ð i b Y d U g g Y f Y Y X -soignant (Ehpad rattaché b g d f W]  
 au GHRMSA É Haut-Rhin), mise Y b d U W Y X Ð i b Y Z c f a U h ] agents de U g g Y f Y  
 services hôteliers X Ð ] b h f [ f Y f g i f X c g g ] Y leur dontant actés à W c e i f g X Y  
 e i U ] Z ] W b g h a b X W U h X Y d U f h ] Y X Ð i b Y b [ U [ Y a Y b h { g Y

En raison des problèmes de recr h Y a Y b h ž ] ` b Ð Y g h d U g f U f Y e i  
 fonctions sans la qualification requise. Ce taux de personnels « faisant-fonction » était parfois  
 particulièrement élevé pour les aides-g c ] [ b U b h g " H Y ` Y g h élys à W U g d c  
 D c ` ] c b U m fl F \ b Y ł ž g ] h i f Y b a ] ` ] Y i f i f U " .  
 (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 seib X Y Ð 9 \ d U  
 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  
 X ] g d c g U b h d U g X Y g e i U ` ] Z ] W U h ] c b g f Y e Terreg Y g " 5  
 Nègre (Gironde), un glissement de tâches entre les agents des services logistiques, qui sont  
 externalisés, et les aides-soignants es h W c b g h U du Parmelan (Haute-Savoie) en a  
 a ... a Y Z U ] h i b Y ` ] [ b Y X Y W c b X i ] h Y ž Y b W U g X Y  
 X Ð i f [ Y b W Y X Y a c V ] ` ] g U h ] c b X Y g U ] X U b h g Y h V f b  
 compris en mob] ` ] g U b h X i d Y f g c b b Y ` U X a ] b ] g h f U h ] Z ž W Y  
 lors de la crise de la covid 19.

D c i f f f d c b X f Y U i X f Z ] W ] h X Ð U h h f U W h ] j ] h f X  
 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  
 g i f ` Y g a f h ] Y f g X Y Ð U i h c b c a ] Y U f h f ` U b W f Y  
 de formatiob Y g h Y b d f c ^ Y h ž U ] b g ] e i Ð i b Y Z U W ] ` ] h U h  
 renforcent leurs U W h ] c b g X Y g c i h ] Y b U i l X f a U f W \ Y X Ð U a f  
 dans les établissements" 7 Y g d c ] b h g a f f ] h Y consolidés, comme le X Ð ... h f  
 d f f j c m U ] h ` Y d U b X Y a c V ] ` ] g U h ] c b b U h ] c b U ` Y  
 2020-2024, issu du rapport El Khomri<sup>81</sup>. La formation, les déroulés de carrière, la possibilité de  
 bien exercer ses fonctions (en lien avec ` Y h U i l X Ð Y b W U X f Y a Y b h ł ž ` U `  
 sont des points fondamentaux. En effet, malgré les importantes revalorisations salariales, les  
 tensions demeurent très vives dans les Ehpad en terme de ressources humaines.

<sup>81</sup> Le plan de mobilisation comprenait 16 objectifs recouvrant un coût annuel estimé à 825 A Ö " @ U d U f h ] Y  
 f Y j U ` c f ] g U h ] c b g U ` U f ] U ` Y A b O D f Y h U ] g Y d W c b W Y b h e f i W ] { h ` \ g i i f h Y i U  
 rémunérations inférieures au Smic. Il comprenait également un programme national de lutte contre la sinistralité  
 Y h ` Ð U a de la qualité de vie au travail, une simplification des formations, la possibilité de progression de  
 W U f f ] , f Y " 7 Y g a Y g i f Y g b Ð c b h e i Y d Y i U j U b W f "

### 3 - 8 Y g ' Wc b X ] ercice difficiles et De réels problèmes de prise en charge

@Y g ' Wc b X ] h ] c b g ' X Đ Y I Y f W] WY ' g c b h ' f Y b X i Y g ' X dépendance des résidents et par un sous-Y Z Z Y Wh ] Z ' X Y g ' f e i ] d Y g " ' @ Đ U V g Y une médiane nationale relY j f Y ' Ad U f WY Đ b U h ] c b U ' Y ' X Đ U d d i ] ' { ' ' 10 %<sup>82</sup>. 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 i ' d c i f ' ' Đ - 9 \ d U X ' Joseph à Saint-Jean-de-6 U g g Y ' ' f l A c g Y ' ' Y Ł ž ' X Y ' & C s r s e), supérieur Đ 9 \ d U X ' à 20 i ' { ' ' Đ 9 \ d U X - B r a y ( S e i n e - M a r i t i m e) e n m ê m e p l u s d e 2 5 % a u x O p a l i n e s à Saint-Chamond (Loire). Ces situations impliquent une forte mobilisation notamment des Z c b W h ] c b g ' X Đ ] b Z ] f a ] Y f ' W c c f X c b b U h Y i f ' g i f ' ' Y ' ' Đ U W W c a d U [ b Y a Y b h ' X Y g ' d Y f g c b b Y ' g ' f Y a d ' U , U b h g appropriation des protocoles.

D Y i ' X Đ f h U V ' ] g g Y a Y b h g ' c Y W h a ] g g X Y b ' d h U W Y W X b g f { ' h ] h f Y ' X Đ Y I Y a d - C h a r l e s d e N a n c y Z ( M e d r i e J e h M o s e l l e) a G n s t a u r é u n e d f ] a Y ' X E l e s E h p a d a t t a c h é s à u n e s t r u c t u r e p l u s i m p o r t a n t e , n o t a m m e n t à u n g r o u p e \ c g d ] h U ' ] Y f ž ' l u s g r a n d s s u p l e m e n t s p o u r m o b i l i s e r d u p e r s o n n e l / ' U ] b g ] ' ' Đ 9 \ r a t t a c h é a u g r o u p e h o s p i t a l i e r d e M u l h o u s e ( H a u t - R h i n) X ] g d c g Y ' X Đ i b d e ' c [ ] W ] j c ' c b h U f ] U h ' d Y f a Y h h U b h ' { ' X Y g ' U [ Y b h g ' l u x Đ U i h f Y p e r m e t t a n t d e l i a ] h Y f ' ' Y ' f Y W c i f g ' { ' ' Đ ] b h f f ] a "

@U ' d ' i d U f h ' X Y g ' f h U V ' ] g g Y a Y b h g ' g Y ' g c b h ' h c i h X Y ' h f U j U ] ' ž ' X U b g ' i b ' c V ^ Y W h ] Z ' X Y ' d f f j Y b h ] c b ' X se sont équipés de rails de transferts eh ' X Y ' W \ U ] g Y g ' X Y ' X c i W \ Y g " ' @ Đ 9 a c V ] ' ] g f ' ' Y ' g Y f j ] W Y ' X Đ Y f [ c h \ f f U d ] Y ' d c i f ' U W W c

@Y g ' h U i l ' X Y ' f c h U h ] c b ' X i ' d Y f g c b b Y ' ' g c ] [ b U b 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 % Y b ' & \$ % + ' d c i f ' ' Y g ' = 8 9 ' X Y ' ' Đ 9 \ d ( H a u t - F \ ] b Ł ž ' b c h U a a Y b h ' Y b ' f U ] g c b ' X Y ' ' Đ Y b j ] f c b b Y ( \$ i ' Y b ' & \$ % , ' Y h ' & % i ' Y b ' & \$ % - " ' A l e s - A v i g o n ( G a t t ) a u A U ] g c b W c i f g ' X Y ' ' p e s d e 1 9 p e r s o n n e s s u f f i s a n t e s t r a v a i l l a n t l e j o u r s e s o n t s u c c é d é p o u r u n e f f e c t i f t h é o r i q u e d e 4 0 p e r s o n n e s , a v e c u n t a u x d e r o t a t i o n d e 5 0 % p o u r l e s i n f i r m i e r s e t d e 3 8 % p o u r l e s a i d e s - s o i g n a n t s .

7 Y ' W i a i ' ' X Y ' X ] Z Z ] W i ' h d r e m e n t , m a l o u i s e z g a n s a i d e l e s W Y ' X i ' h 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 b c h U a a Y b h ' X Y ' ' Đ U V g Y b h f ] g a u c e n t r e h o s p i t a l i e r d e C o u r m a y - X , g ' % \* 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-X Đ C ] g Y Ł " ' 8 Y g ' ' Y j Y f g ' c excessivement tôt peuvent constituer de la maltraitance pour les personnes concernées : dans

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

un impératif.

Le temps laissé pour les toilettes peut être faible dans certains établissements ; en moyenne un aide-soignant réalise neuf h c ] ` Y h h Y Ehpad Le Manoir du groupe Colisée à Bray-et-Lu (Val-X D C ] soit 23 minutes par toilette ; le temps descend à 17 minutes par jour U i ` g Y Ehpad du Parmelan à Annecy (Haute-Savoie). Dans plusieurs établissements, il b D Y l ] g h Y ` d U g ` X D c f r [ les toilettes complexes (Ehpad Le Mars du groupe Colisée dans le Val-X D C ] 50 i ` g Y ] b ` X Y ` - B de Villeneuve-Les-Aygnon (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 Wc b Z f f Y b W Y ` b U h ] c b U ` Y ` X Y g ` X ] f Y W h Y i f g ` X D 9 \ d U X Wc b W i f f Y a a Y b h ` Y b ` W \ U f [ Y ` % \$ ` f f g ] X Y b h g ` d c i f ` ` D moins de 15 minutes pour la toilette, sur un temps de 43 minutes au total pour chaque résident ` Y ` a U h ] b ` Y h ` & a ] X a ] ] " b i G W ` g c b ` D U D U f g g c W ] U h ] c b ž ` ] ` disponible par résident à 65 minutes le matin, dont une trentaine de minutes pour la toilette et ( ` ` a ] b i h - Midj, 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 X Y ` a U ` h f U ] h U b W Y " ` l b ` g i ] j ] ` X i ` h Y a d g ` X ] g d c b ] V ` Ehpad.

Par ailleurs, ` Y ` G f [ i f ` X Y ` ` U ` g U b h f ` U ` d f f j i ` X ] j Y f g Y g f h f ` U ` ` c i f Y ` X U b g ` ` Y ` W U X f Y ` X Y ` ` U ` W U a d U [ b Y ` V i X socle de revalorisation salariale des personnels non médicaux, soit une augmentation de 183 Ö nets par mois pour les personnels des Ehpad du secteur public et privé à but non lucratif et 160 Ö nets par mois pour ceux du secteur privé commercial.

## B - @ Y g ` Z U ] ` ` Y g ` X U b g ` ` D U W W c a d U [ b Y a

### 1 - La fonction médicale en difficulté

#### a) Des médecins coordonnateurs manquants dans la moitié des Ehpad

@ D c V ` ] [ U h ] c Ehpad X i ` f X ] h c d i c g Y f Y Médiateur a été fixé par le décret du 27 mai 2005<sup>83</sup> ` 7 Y h h Y ` Z c b W h ] c b ž ` X c b h ` ` 3 U 2 - e i c h ] h 156 du CASF et que la LFSS 2022 renforce avec un accompagnement financier de 36 A Ö ` g D Y g h ` ] a d c g f Y ` Wc a a Y ` ` D i b ` X Y g ` W U X f Y Ehpad, aux ic W h du f U b h ` `

<sup>83</sup> 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.





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 (Alfortville, Val-de-Marne), cette prédominance des tâches administratives est susceptible de compromettre les protocoles de soins.

La Cour a constaté une effectivité et un temps disponible suffisant pour les fonctions de gestion du personnel, la pratique, la Cour invite à définir un ratio minimal également pour cette fonction.

b) La Cour a constaté que 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 assurer la prise en charge des urgences évitables.

Le problème est concentré sur la nuit, même si des manques sont parfois relevés en journée. Le travail peut en effet entraîner une discontinuité de la présence infirmière : les infirmiers libéraux passant le soir pour certains soins. Dans la plupart des établissements, les infirmiers libéraux passant le soir pour certains soins. Dans la plupart des établissements, les infirmiers libéraux passant le soir pour certains soins.

Le problème est concentré sur la nuit, même si des manques sont parfois relevés en journée. Le travail peut en effet entraîner une discontinuité de la présence infirmière : les infirmiers libéraux passant le soir pour certains soins. Dans la plupart des établissements, les infirmiers libéraux passant le soir pour certains soins. Dans la plupart des établissements, les infirmiers libéraux passant le soir pour certains soins.

composant une équipe pluridisciplinaire : de psychomotriciens, de kinésithérapeutes et de techniciens d'aide à domicile, de psychologues, de kinésithérapeutes et de techniciens d'aide à domicile, de psychologues, de kinésithérapeutes et de techniciens d'aide à domicile.

Les psychologues, considérés comme relevant de la section dépendance, ont, quant à eux, une place et un rôle qui restent à définir. = ` ` m ` U ` 0,5 ETP pour X0D 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 X 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 individuels<sup>91</sup>, en lien avec les missions X Đ U b ] a U h ] c b ž ` X Y ` <sup>92</sup>] Y @ Y ig c W ] f U ` Y Y X Đ U W V W a d U ] b Y a Y Z c f h Y a Y b h ` { ` ` Đ c W W U g ] c t b l s X o p o s i t i o n s d e W f m ] s s o j Y J e a n d e l - b ] h U ] f Guérin, les psychologues en Ehpad ont un rôle à jouer dans ` U ` a ] g Y ` Y b ` Ê i j f Y ` X Y ` médicamenteuses, en particulier pour les résidents souffrant de troubles cognitifs.

En définitive, outre le cadre f f [ ` Y a Y b h U ] f Y ` X Y g ` Z c b W h ] c b g ` X 7 c i f ` d f f W c b ] g Y ` ` Đ f ` U V c f U h ] c b ž ` U i ` h ] h f Y ` X Y g ` f 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, c b h ` j c W U h ] c b ` { ` g Y f ] c o n t r ô l e s X é d i t é s p a r l e s a u t o r i t é s d e t a r i f i c a t i o n Y W h ] c b et aux évaluations externes réformées. Pour les Ehpad, ] ` g ` X c ] j Y b h ` g Y f j ] f ` U a f ` ] c f U h ] c b g ` c f [ U b ] g U h ] c b b Y ` ` Y g ž ` d Y f a Y h h U b X ] g d c b ] V ` Y g ` d c i f ` ` Y ` g c ] b ` e Y a n f i c a t i o n r é n o u v e l e d e l . s u p k a ) , b W Y ž ` X et de progresser ainsi en efficacité.

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

### A - Des X ] g d c g ] h ] Z g ` ] g g i g ` X Y ` ` U ` ` c ] ` X Y tous leurs effets

La du 2 janvier 2002<sup>93</sup> a fixé de nouvelles règles relatives aux droits des personnes dans les établissements médico-g c W ] U i l " ` 5 Z ] b ` X Đ U g g i f Y f ` ` Đ U W W , g ` Y Z Y b g Y a V ` Y ` X Đ c i h ] ` g ` e i ] ` c b h ` a i c b b Đ f b h d d U g ` W b f suffisamment mobilisés par les Ehpad près de 20 ans après leur introduction.

#### 1 - l b ` X ] g d c g ] h ] Z ` X Đ f j U ` i U h ] c b ` { ` ` U ` d

Les ESMS doivent procéder régulièrement à des évaluations internes et externes de leurs U W h ] j ] h f g ` Y h ` X Y ` ` U ` i l e i d e l l v r e i t , h n o t a m m X e i t q u i r e g a r d e s h U h ] c b f Y W c a a U b X U h ] c b g ` X Y ` V c b b Y g ` d f U h ] e i Y g ` d f c Z Y g g ] d U f ` ` Đ f h U v i e n t , g o g s Y e a Y n d a n s , e n a s s o c i a n t l e s p r o f e s s i o n n e l s , l e s p e r s o n n e s

<sup>91</sup> D ` U W Y ` f Y b Z c f W f Y ` g i f ` ` Y n n a d i s é d a n s l e s E h p a d D u L o n W a c C a l i d e e n l i e n a v e c l a h ` d Y f g spécialisation partielle sur les troubles cognitifs.

<sup>92</sup> Ehpad Korian Les Parents (Bouches-du-Rhône).

<sup>93</sup> Loi n° 2002-& ` X i ` & ` ^ U b j ] Y f ` & \$ \$ & ` f f l e s c i p l e U b h ` ` Đ U W h ] c b ` g c W ] U ` Y ` Y

accompagnées et les partenairY g " ' @Đ f j U` i U h ] c b ' Ā ' Y l h Y f b Y ' Ā ' d c f  
réalisée par un organisme habilité par la Haute autorité de santé (HAS), deux fois tous les quinze  
U b g " ' @Đ 3 U 3 % h ] X W ` Y 7 5 @ G ' : ' W c b X ] h ] c b b Y ' ` Y a u f r é s u l t a t s j Y ` ` Y  
de ` é D a l u a t i o n e x t e r n e .

G i f ' ` Đ Y b g Y a V ` Y ' X Y g ' 9 \ d U X ' W c b h f e h m a f i e z ' g Y i ` X Đ j U ` i U h ] c b g " ' = ` g Đ U [ ] h ' X Y ' - l e s D A 9 i g n o n ( G a r d ) X e Y ] ` U b ` D A U U ] ( d U g ' Z c f a U ` ] g f ' , X t D e f Đ 9 \ d U i X - S y m p h o r i e ( C h r o n e ) q u i a p r é s e n t é i b Y ' f j U ` i U h ] c b ' ] b h Y f b Y ' X Y ' & \$ \$ - <sup>94</sup> N e a n m o i n s , U e s d U g ' d i c o n t r ô l e s r é v è l e n t c e p e n d a n t e i n t e m a j o r i t é s i g n i f i c a t ] j Y ' X Y ' f U d d c f h g ' X Đ f j r e l a t i v e m e n t a n c i e n s , g é n é r a l e m e n t f o r m a l i s é s a u t o u r d e s a n n é e s 2 0 1 3 - 2 0 1 4 ( W Đ Y g h ' b c h U a a Y l e c a s p o u r t r o i s d e s c i n q E h p a d c o n t r ô l é s d u g r o u p e M é d i c a <sup>95</sup> ) , a f i n d e r e s p e c t e r l e c o m p t e à r e b o u r s d e s r e n o u v e l l e m e n t s X Đ U i h c ' f . P o u r l e s é t a b l i s s e m e n t s , l e s é v a l u a t i o n s i n t e r n e s r é a l i s é e s o n t , d a n s l a m a j o r i t é d e s c a s , f a i t p r o g r e s s e r l e s s t r u c t u r e s , i d e n t i f i a n t d e s m a n q u e s e t X f Y g g U b h ' X Y g ' d ] g h Y g ' X Đ U a f ` ] c f U h o i - r é g i o n a l e s ` U ' d f ] g h f i W h i f Y g ' b Y ' g Đ Y g l e s j u r i d i c t i o n s f i n a n c i è r e s o n t , d e p l u s , c o n s t a t é c i h ] ` c l o r s d e l e u r s c o n t r ô l e s ` U ' d c f h f Y ' ` ] a ] h f Y ' e x t e r n e p o u r a p p r é c i e r f e h g ' X Đ f n i v e a u d e q u a l i t é d e l a p r i s e e n c h a r g e . R e s p e c t a n t l a f o r m e a t t e n d u e , i l s a p p a r a i s s e n t s u r l e f o n d p e u a p p r o f o n d i s d a n s d e s d o m a i n e s e s s e n t i e l s , o n t t e n d a n c e à m e t t r e e n v a l e u r d e s d f U h ] e i Y g ' e i ] ' f Y ` , j Y b h ' e t X m e n t i o n n e z i n s u f f i s a n t m e n t d e s Y a Y b h ' d y s f o n c t i o n n e m e n t s e t l e s p i s t e s d e p r o g r è s . @ Đ \ f h f f c [ f b f ] h f ' X Y g ' f U d d c f d Y i ' c d f f U h ] c b b Y d e W c b b f f ` g Y X Y ] f U X Đ c U h E h p a d . X Y ' ` Đ L e s A R S e t l e s d é p a r t e m e n t s n e g Đ U d d i ] Y b h u e p e u d u r ] l e s é v a l u a t i o n s p o u r p r o g r a m m e r l e s i n s p e c t i o n s - c o n t r ô l e s , p o u r a p p u y e r l e s d i a g n o s t i c s p r é a l a b l e s a u x C P O M o u a ... a Y ' d c i f ' ` Y ' f Y b c i j 7 Y ` U à U b h X Đ X U E U i ` H d f f ] g g U W c ] b c X b i g ] s y s t è m e d e s é v a l u a t i o n s ( c f . i n f r a ) .

2 - 8 Y g ' c i h ] ` g ' h f c d ' d Y i ' a c V ] ` ] g f g ' X U b g ' i b Y ' X

a) 8 Y g ' d f c ^ Y h g ' s o u v e n t i n a d a p t é s ] g g Y a Y b h '

@ Y ' d f c ^ Y h ' X Đ f h U V ` ] g g Y a Y b h ' Y g h ' f h U V ` ] ' d c i f f o r m a l i s e r l e s p r i n c i p a l e s a c t i o n s e t l e s o r i e n t a t i o n s s t r a t é g i q u e s d e l a s t r u c t u r e , e n f o n c t i o n d u c o n t e x t e . S u i t e a u x é v a l u a t i o n s i n t e r n e s e t e x t e r n e s f f U ` ] g f Y g ž ' ` Y ' d f c ^ Y h ' X f Y Z ` f h Y f ' ` Y g ' d ] g h Y g i X Đ U a g Đ U j c f U h ] z : 2 0 % d e s Y a a Y b h ' E h p a d c o n t r ô l é s e n s o n t d é p o u r v u s , p l u s d e 1 0 % s o n t e n r e t a r d d a n s l e r e n o u v e l l e m e n t ( a v a n t m ê m e l a c r i s e s a n i t a i r e q u i a t o u t g e l é ) . L e r e t a r d l e p l u s i m p o r t a n t c o n s t a t é l o r s d e s c o n t r ô l e s W c b W Y f b Y ' ` Y ' d f c ^ Y h ' X Đ f h U V ` ] g g Y a Y b A r c - e n - C i e l ` Đ 9 \ d U ( D o u b s ) , é c h u d e p u i s 2 0 1 6 . L e s c o n t e n u s d e c e s p r o j e t s s o n t s o u v e n t i n s a t i s f a i s a n t s , c e l u i d e ` Đ 9 \ d U X ' d f f W ] h f ' b Y ' a Y b h ] c b b U ] h ' b ] ' c V ^ Y W h ] Z g ž

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

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

<sup>96</sup> 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 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 résidents<sup>97</sup>. 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 rassemble les familles et contribue ainsi à une gouvernance plus participative. Il exerce un réel contrôle sur la qualité de la prise en charge des résidents.

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. Les directeurs et les 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 familles ont joué un 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 et les familles ne faisant que renforcer le rôle que doivent jouer les CVS dans les établissements de santé.

3-1 b) Y U V g Y b WY X D \ c a s X D U W h ] h j f ] X Y g a f X U d W U f Y h

Le f U d d c f v i t é m é d i c a l e ( Rama ) se présente comme un outil de pilotage interne au service des établissements, permettant le suivi annuel du projet de soins, des W U f U W h f f ] g h ] e i Y g X Y U d c d i U h ] c b U W W I I Y ] Y est rédigé par le médecin coordonnateur. Les Rama sont globalement présents dans les Ehpad contrôlés, mais avec des contenus hétérogènes Y h i b a U b e i Y X D U et de suivi dans le temps. 5 ] b g ] z Y g F U a U b D c b h les documents c i ^ c i f

<sup>97</sup> 5 c f g e i Y 311-10 du CASF prévoit que le CVS doit se réunir au moins trois fois par an, une dizaine X D f h U V ] g g Y a l l o r s e n s p e c i f i q u e p a s c e t t e o b l i g a t i o n h ]



X Ð U WWi Y ] ` ` { ` i b ` j f f ] h UV ` Y ` WU \ ] Y f ` X Ð U WWc a d U [ b  
uniquement sur IY ` g c ] b ž ` ` Ð c i h ] ` ` XY ` ` U ` ` c ] ` XY ` & \$ \$ & ` Y g h

**Un outil peu ou mal mis en place**

À l'hôpitalier de Gournay-en-Bray (Seine-Maritime), les projets personnalisés se limitent à un formulaire de manière interdisciplinaire. À l'Ehpad de Villeneuve-lès-Avignon (Gard), 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 et elle est chargée de ses autres tâches, ce qui contribue à expliquer leur réalisation très partielle ; sur 85 résidents, seuls 7 projets personnalisés ont été réalisés.

### 5 - Des référentiels à la portée incertaine

Des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Agence de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) puis la HAS<sup>101</sup> doivent permettre de favoriser l'adoption de ces référentiels et les résultats.

La mesure de la qualité de prise en charge se traduit principalement par des indicateurs de processus formalisés<sup>102</sup>, ainsi que du fonctionnement du CVS. Si ces éléments sont importants, ils doivent être adaptés aux besoins individuels et aux habitudes, le temps passé et 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 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 rarement opérationnels et ne permettent pas de lever le doute sur le respect de la dignité des personnes. Ces dispositifs deviennent de plus en plus rares. Certains de ces outils sont restés à l'état de projet dans une démarche artisanale, faisant souvent les frais des difficultés de gestion du quotidien.

<sup>101</sup> Agence de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) et HAS

<sup>102</sup> F Y a ] g Y ` X Ð i b ` ` ] j f Y h ` X Ð U WWi Y ] ` ` Wc a d f Y b U b h ` ` U ` W \ U f h Y ` X Y ` Z c b W h ] c b b Y a Y b h ž ` Wc b W U g ç ç U h X Ð b b X Wc b h d U c ^ X Y ` X Ð f c U V ž

## B - Des protocoles centrés sur les soins individuels et les démarches de

### la fin de vie

La fin de vie fait partie du quotidien des Ehpad, 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 « bien-être » a été identifiée. Le Comité des âges du Pays Trithois (Nord) a identifié sept thématiques : (X f b i h f ] h ] c b ž ' W \ i h Y g ž ' Y g W U f f Y g ž ' X c i ' Y i f continuité des soins), e i ] ' Z c b h ' ' D c V ^ Y h ' X D, et les fiches d'actions spécifiques sont à disposition de d Y f g c b b Y ' ' d c i f ' g U ] g ] Y ' g i f ' ' Y ' ' 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. G c i j Y b h ' ' D U d d ' ] W U protocoles est insuffisante. E ' Ehpad Korian Catalogne (Pyrénées-Orientales), les équipes d Y ] b Y b h ' { ' g D U d d f c d f ] Y f ' ' Y g " b 5 c i a V g W i a d M a x i m ' c h D W c ' Bleue de Villeneuve-lès-Avignon (Gard), la faiblesse du temps médical conduit à leur ] b g i Z Z ] g U b h Y Ehpad Médica Sainte-Simon (Paris) Y h E k p a d D a R i s l e à R u g l e s (Eure), un mauvais suivi est constaté d U f ' ' U ' a ] g g ] c b ' X D U i X ] h ' ] b h Y f b

La fin de vie fait partie du quotidien des Ehpad, W Y d Y b X U b h ' h c i g ' ' Y g ' f h g c b h ' d U g ' d f f d U f f g ' X Y ' ' U ' a ... a Y ' Z s u a n s d e s d é m a r c h e s d ' i d U d U ' ' ] U h ] j Y g " ' 7 D Y g h ' U ] b g ] ' ' Y ' d W i d i g n e p r o c é d u r e d i t e de « soins palliatifs » visant à soulager les douleurs physiques du patient et à prendre en compte sa souffrance psychologique. @ D Y b g Y a V ' Y ' X Y g ' d Y f g c b b Y ' g ' Y g h ' ] collégiale, complétée par un protocole X D U X a ] b X D i h t U h p r e v y a n t l ' a s s o c i a t i o n f h f c ] h Y ' X Y ' ' U ' Z U a ] ' ' Y ' Y h ' X Y g S i d u f « C o m i t é d e s â g e s i ' f f g ] du Pays Trithois » (Nord), plusieurs soignants ont été formés au toucher-massage et à ' D U W W c a d U [ a l i n d a v i e . b h ' X Y

En revanche, ni ' D 9 \ d e l s M a r q u i s e t ( D o u b s ) , ni ' D 9 \ d Z i g i a ( H a u t e - C o r s e ) ni ' D 9 \ d U X ' X i ' - z t f l o i r e ) g D h n i s E n G o l d e p r o c é d u r e ni de recommandations pour l' D U W W c a d U [ b Y a Y b h ' ' { @ D U V g Z Y ] b r u t e s d i r e c t i v e s f a n t i c i p e s Y a f [ U ' Y a Y b h ' f h f ' W c b g h U h f ' U i ' - g n Y C ] e l b ( D o u b s ) . D a n s D e t \ d U X ' X f h U V ' ] g g Y a Y b h ž ' g ] ' ' Y ' d Y r e l a t i v e a u x b o i c e s , i l X D g d p a s s e l h Y X D i b ' document décrivant le processus d' D U W W c a d U [ b Y a Y b h ' { ' ' U ' Z ] b ' X Y ' j ]

<sup>103</sup> @ Y ' [ f c i d Y ' ? c f ] U b ' g D Y g h ž ' X Y d i ] g ' ' I s o f 9 0 1 q u i v e r t i l l e m e t t r e X U b g ' i b Y selon lui, une structuration et une priorisation des protocoles.

<sup>104</sup> @ D f h U V ' ] g g Y a Y b e n t o u t s o i s a v o i f , d e p u i s l o r s m i s e n p l a c e e n s é r i e d e m e s u r e s e n c e s e n s : Z c f a U h ] c b ' X D i b Y ' ] b Z ] f a ] , f i Y ' { Y b W Y g h c h ] Y b g h ' \ d f U a U h ] ] U e h i ] Y Z g ' a W c g b Y g ' U M 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 { ' ` Ð U W W c a d U [ b Y a } t u n e { ' ` U ' d f f c W W i d U h ] c b ' X Y ' ` U ' d ` i d U f h ' X Y g - A t l a n t i q u e ) , u n e g g Y a Y b attention particulière y a ainsi été accordée, avec une hospitalisation à domicile en complément dans certaineg ' g ] h i U h ] c b g " LesEPareñB (Bouches-du-Rhône), la fiche de Z c b W h ] c b ' X i ' d g m W \ c ` c [ i Y ' d f f j c ] h ' i b ' U W W c a d U [ b 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 ` Ð 9 \ I e s U X ' 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 ` c W U ` Y " ` 7 Ð Y g h ' U ] b - g ] ' ` Y ' 8 Y b ] g ' f l J Y b X f Y t ' e i ] ' U ' W d b j Y Y X Y ] c Ð b f c u l l e n b a s ' X Ð Y g e i 7 @ Ð f e i ] d Y ' a c V ] ` Y ' ] b h Y f j ] Y b h ' { ' h ] h f Y ' X Y ' W c b g Y ] soignant et des familles.

@ Y g ' a c m Y b g ' X Ð U W W i Y ] ` ' g d f W ] Z ] e i Y ' d c i f ' ` U ' Z prêtent parfois mal à une gestion humaine de la fin de vie. Ainsi le centre hospitalier X Ð 9 i ' (Seine-Maritime) ne dispose que de 85 chambres individuelles sur 110, les chambres doubles X U b g ' W Y g ' W ] f W c b g h U b W Y g ' c Z Z f Y b h ' d Y i ' X Ð ] b h ] a ] h

8 Y g ' f h U V ` ] g g Y a Y b h g ' g Ð Y Z Z c f W Y b h ' X Ð f j ] h Y f ' ` Y ` Ð \ c g d ] h U ` ] g U h ] c X U b g X W Y ] h W ] Le Centre W P o r t a e z (Landes) a noué une coopération conventionnelle avec l'EHAD Santé service de Dax.

### C - Une surconsommation médicamenteuse peu prise en compte,

Z U i h Y ' X Y ' d U f h U [ Y ' X Ð ] b Z c f a U h ]

La gestion des médicaments est un enjeu majeur de la prise en charge des résidents en Ehpad dans la lutte contre ` Ð ] U h m é d i c a m e n t e u s e . La < 5 G ' Y h ' p r é c o n s e i t g a a ] g Y ' Y b ' d ` U W Y b g Ð ] b Y h d c b b U ] e g Y Y ' ] b g W f ] h Y ' U i ' b proposent une méthodologie de gestion du risque médicamenteux<sup>105</sup>.

G Y ` c b ' ` Y g ' g a s u r a n c e m a l a d e s u r l e s c o n s o m m a t i o n s D e m é d i c a m e n t s e n Ehpad sans PUI, 8 % des résidents ont plus de 10 lignes de médicaments par prescription, ce qui constitue un facteur de risque" ` G i W \ U b Ð ] E h p a d c o n t r ô l é s , D u p l u s d u t i e r s d e s établissements ont plus de 10 % des résidents avec un risque X Ð ] U h f c e t a u x a t t e i n t a n t jusqu'à { ' % - U r b " g ' i b Y ' d Y h ] h E h p a d X Ð 5 W h e l i n g e s ) , e n W i c e a 2 0 1 9 , 3 4 Ð 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 À ` d ` i h ' h ' e i Ð i b U g d Y ] g Y f Y b Ð W h A h s i , [ j Y Y b h ] g Y ` c b ' ` Y g ' a s u r a n c e m a l a d e p o u r l e s E h p a d s a n s P U I , p r è s d e l a m o i t i é d e s

<sup>105</sup> Fiche-repère « risques liés à la prise des médicaments » issue des recommandations dY ' n e s Ð 5 « Repérage des risques de d Y f h Y ' X Ð U i h c b c a ] Y ' c l e s p e r s o n n e s a g é e s ( v o l e t E h p a d ) , A n s i , 2 0 1 4 . d c i f '

résidents prend des anxiolytiques et/ou des antidépresseurs et ainsi que de neuroleptiques concerne près du quart des résidents.

**Tableau n° 4 : Proportion de résidents 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'estimer que la plus grande partie des résidents prend un ou deux psychotropes.

Sur un échantillon de résidents, il a été constaté que 80 % d'entre eux prennent au maximum deux psychotropes de familles différentes. Cette situation est due à une capacité limitée 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 de surconsommation. Des 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 ce risque (médecins prescripteurs expérimentés, diffusion des bonnes pratiques, sensibilisation des médecins traitants). Le groupe a également promu une approche de réduction de la consommation médicamenteuse (méthode Montessori), dite « méthode Montessori », qui nécessite une formation des professionnels, est néanmoins rendue complexe en raison du manque de ressources humaines. À Bouches-du-Rhône, les thérapies non médicamenteuses ont été développées, mais il n'y a pas eu de mise en œuvre de ces outils de traçage dans le dossier personnalisé des résidents<sup>107</sup>.

À 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

<sup>106</sup> Ehpad sans PUI, dont la majorité des résidents relève du régime général.

<sup>107</sup> Le groupe Korian a indiqué à la Cour avoir, depuis lors, mis en place des processus et des outils au sein de son réseau de soins afin de mieux contrôler les consommations médicamenteuses.

Wc b b U ] g g U b WY ` XY g ` h f U Ehpad les résidents du maifn(X(Dromé) a Yab h Y i l " ailleurs réalisé en 2018 un audit sur la délivrance des médicaments.

5 i ` j i ` XY g ` b ] j Y U i l ` X Ð U X a ] b ] g h f U h ] c b ` XY ` d g r a f X ] WU a Y b h Y i g Y ` XY j f U ] h ` Z U ] f Y ` s le Ehpad, à de un Ð i b Y ` U analyse annuelle, par le médecin coordonnateur, X U b g ` g c b ` f U d d c f h ` X Ð U Wh ] j 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 Wc b X i ] f Y ` XY g ` f W \ U b [ Y g ` XY g h ] b f ges dans les établissements sc f U h ] c b X U b g ` ` Y ` WU X f Y ` XY ` WU a d U [ b Y g ` X Ð U W Wc a d U [ n a m Y a Ð U b ` h ` XY g WY d Y b X U b h ` d u g t i o n Z e c des campagnes d'infées 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 ` Ð f h U V ` ] de ces résidents, Y h ` notamment au regard de la dépendance et des besoins en soins requis, une analyse des consommations médicamenteuses (pour les psychotropes, IY g ` Z U a ] ` ` Y g ` X Ð U b h ] V ] c h ] e i Y g ` d [ f b f f U b h ` ` Y ` d ` i, ges vaccinations) et la répartition des dépenses de soins prises Y b ` W \ U f [ sur une maladie" Ð U ` g ` d Y f a Y h h Y b h ` XY ` Wc a d v e a f Y f ` ` U ` f f [ ] c b U ` ` Y h ` b U h ] c b U ` " ` 7 Y f h U ] b g ` ] b X ] WU h Y i f g ` g c b h f f ] b h Y f f c [ Y f ` g c b ` Z c b W h ] c b b Y a Y b h " ` = ` ` Y passage c g g ] V ` Y U i l ` i f [ Y b WY g ` b c b » g i ] j Ð ] X M u s d e U i l i g n e s U e m a d o c a m e n t s c b

Selon la Cnam, Resid-9 \ d U X ` U ` U i g g ] ` d Y f a ] g ` X Ð U ` ] a Y b h Y f ` ` Y g X U b g ` ` Y g ` f f Z c f a Y g ` XY ` h f U b g Z c f a U h ] c b ` XY ` ` Ð c Z Z f Y ` X ] n U ] b Y ` X Ð U b b f Y g ` f l 5 H g a s ) e t z o n s t i l i t e s e z r e n f o r c e e p a r l a Z o n e G u i d o n X Ð i b Y ` V U g Y ` X Ð ] b X ] WU h Y i f g ` { ` ` Ð f W \ Y ` c b ` b U h ] c b U ` ` Y

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 U i h c f ] g f Y g ` { ` U W W f X Y f ` U i ` G B 8 G ` d Y i j Y b h ` X c b W ` ` Y g ` i disposition des tables de Resid-9 \ d U X z ` e i ] ` ` i effectués sur leurs propres recherches, fau ] g ` X Ð delà des informations fournies par la Cnam sur les Ehpad contrôlés. Par ailleurs, les ARS interrogées c b h ` ] b X ] e i f ` g c ] h ` e i Ð Y ` ` Y g ` b Ð U j U ] Y b h ` d U g ` Wc b b U ] g g Enfin, les données ne sont pas accessibles aux médecins coordonnateurs, sauf dans le cadre des campagnes de prévention dont les périmètres sont limités. À U ` g i ] h Y ` XY g ` h f r a n j U i l ` XY ` a annoncé une étude de faisabilité afin de permettre à la Cour un accès aux données par ESMS (à U ` e i Y ` X Ð ] X Y 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.

= ` ` Y g h ` Y g g Y b h ] Y ` ` e i Ð i b R e s i d - E S M S z o i t a s s u r é e , n a n t p o u r i l a g ` ` U f [ Y recherche de gains X Ð Y Z Z ] q u e p o u r l a g e s t i o n d e s r i s q u e s e t I Ð f j U ` i U h ] c b ` XY ` ` U ` e i U en charge des résidents. À la date de remise du présent rapport, la mise à disposition des données b Ð f h U ] h ` h c i ^ c i f g ` d U g ` Y Z Z Y W h ] j Y "

## D - Des actions de prévention insuffisantes

Au niveau national, « U g h f U h f [ ] Y [ ` c V U ` Y d 2010-2022 » f f j Y b ] g Ð U X f Y g g Y U les dans de yr ensemble de sans spécificité pour les résidents en Ehpad. Les actions collectives de prévention se montent à 110 A Ö ` Y h ` d c f h Y b h ž ` Y b ` a U 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 ` Ð \ m [ ] , b Y ` Y -dentaire et à g U b h f ` 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

@U ` d c ` m a f X ] W U h ] c b ž ` ` U ` W c b g c a a U h ] c b ` Y I W Y g g ] j Y ` thérapies non médicamenteuses, notamment pour la prise en charge des troubles cognitifs, apparaissent comme des préoccupations largement partagées. I b Y ` d i V ` ] W U h ] c b ` X Y ` ` Ð C avant une proportion élevée de médicaments inadaptés pour les personnes souffrant de troubles cognitifs, notamment dans le domaine des antipsychotiques<sup>108</sup>, dont le niveau de prescription élevé Y g h ` i b ` a U f e i Y i f ` X Ð i b Y ` a U i j U ] g Y ` e i U ` ] h f ` X Y g ` g c ] b `

La lutte contre la dénutrition ou la déshydratation fai h ` ` Ð c V ^ Y h ` X Ð i b ` b ] j Y U i ` X Ð les différents pays étudiés, comme en France, avec des pesées régulières et des mobilisations pluri- d f c Z Y g g ] c b b Y ` ` Y g ` X U b g ` b c a V f Y ` X Ð f h U V ` s ] d e g r a t a Y b h g " : & X Ð i b Y ` W c a d f h Y b W Y ` X Y ` X ] f h J a p o n ) . W u s l e s p a y s o n d é v e l o p p é , [ U h c ] f 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 ž ` ` Ð U h h Y b h ] c b ` d c f h f Y ` { ` ` Ð U W h ] j ] h âgées va de pair avec celle portée à la nutrition<sup>109</sup>. 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.

@U ` d f f j Y b h ] c b ` X Y ` ` U ` X f b i h f ] h ] c b ž ` ` Ð U W h ] j ] h f ` c dentaire et la réadaptat] c b ` U i X ] h ] j Y ` W c b g h ] h i Y b h ` i b ` Y b g Y a V ` Y ` V f scientifique international, dont la cohérence globale prévient les chutes et préserve ` Ð U i h c b c a ] Y ` Y h qualité de vie des résidents.

Les ARS organisent cette stratégie auprès des Ehpad, sur dotation de la CNSA, complétée par des enveloppes issues du FC b X (intervention régional (FIR)). Les projets de prévention soutenus ont porté principalement sur le champ bucco-dentaire ž ` ` Ð U W h ] j ] h f ` d \ m g ] e la nutrition. Les programmes portent également sur le repérage des troubles psychocomportementaux et le repérage de la dépression et prévention du suicide, ainsi que, dans une mesure plus limitée, la prévention de ` Ð ] e h e " f ` c @ Y ` b E h p a d c o n c e r n e s Ð Ð Y g h ` d U g `

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

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

négligeable, même si le niveau de couverture des structures reste intermédiaire<sup>110</sup>. Les fonds X ] g h f ] V i f g ' d U f U ] g g Y b h ' d Ehpaf attributaires, en décalage par f U a Y b f rapport aux enjeux de prévention sanitaire et aux niveaux de dotations globales soins et dépendance. @U ' X f a U f W \ Y ' X Y ' d f f j Y b h ] c b ' Y g h ' Z U ] V ' Y a Y b Ehpaf Wc b h f ' ' f g ž ' U i W i b ' V i X [ Y h Ehpaf ont répondu à un appel D m ' Y g h 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 Ehpaf g c b h ' Y b ' a c m Y b b Y ' f f X i ] h g " ' @ D U g g i f U niveau moyen de dépenses en soins de ville de 1 Ö ' d U f ' a c ] g ' Ehpaf. Face à ce fait E Y b h ' Y b ' 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.

5 ] b g Ehpaf Le Grand à [ Y ' X D 5 ' (Vad-de-Marne) V f y b f Z ] W ] Y ' X Y d i ] g ' & \$ expérimentation mise en place par le GCSMS auquel il appartient. Le financement de 0,09 A Ö ' d U f ' U b ' d Y f a Y h ' ' D Y a d ' c ] ' X D i b ' X Y A b h ] d U h f Y ' U b ' h Y Y a r d ' g ' U U W d h a ] a U b ' X f Y ' ' D Y b h f Y h ] Y b ' X Y g ' d f c h \ , g Y g ' u X bilan bucco-dentaire" à son entrée i Y ' f f g ainsi que de consultations de suivi, le dentiste se déplaçant auprès du résident, ce qui nécessite le transport du matériel" Ehpaf a mis en place un nouveau protocole de soins, avec des traitements et X f h U f h f U [ Y g ' ] b h f [ f f g ' X i U b g ' ] D c h Y U b ] Y g h I c b [ X Y b h Y g 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 U ' f f a i b f f U h ] c b ' X D i b ' X Y b h ] g h Y ' a U ] g ' f [ U ' Y a Y dentaires. Le coût de ce suivi par un dentiste rémi b f f f Ehpaf revient à 11-12 Ö ' d U f par a c ] 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'Ehpaf 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'Ehpaf, soit au sein de l'Ehpaf via des malles et du matériel portables).

Parmi les mesures permettant de mettre en place des actions de prévention, figure le a f W U b ] g a Y ' X D ] X Y b h ] Z ] W U h ] c b ' X Y g c i f f j , X D Y a Y b h g ] Y déclaration auprès X Y ' ' D 5 F G ' Y h de tout dysfonctionnement grave dans la gestion c i ' ' D c f [ g U g ] M Y d h ] d ' b Y ' X D U Z Z Y W h Y f<sup>111</sup> est obligatoire. Le Y ' Y b ' W

<sup>110</sup> Les financements des ARS concernent au total près de 150 projets dans le Grand-Est (2,40 A Ö ž ' i b ' d Y i ' d ' i g 60 projets inter-Ehpaf en Auvergne-Rhône-Alpes (3,20 A Ö ž ' Ehpaf (dans les Hauts-de-France (21 000 résidents, 2,40 A Ö ' X Y ' W f f X ] h g de FIB) G157 Ehpaf en Nouvelle-Aquitaine (16 % des Ehpaf, 12 700 résidents soit 18 % des résidents, 3,70 A Ö ž ' Ehpaf en Occitanie (44 %, 2,50 A Ö ž "

<sup>111</sup> @U ' b U h i f Y ' X Y ' W Y g ' X m g Z c b W h ] c b b Y a Y b h g ' [ f U j Y g ' Y g h ' f h U V ' "



# E - I b Y ` ] a d ` ] W U h ] c b ` ] b f [ U ` outil de prévention U V ` ] g X Y ` ` U ` d Y f h Y ` X Ð U i h d W h ] j ] Y h é i X Ð d Y ] a U h

La sollicitation des résidents est, en soi, un outil de prévention qui demeure inégalement  
 Y l d ` c ] h f ` X U b g ` ` Y g ` f h U V ` ] g g Y a Y b h g " ` @ Ð Y l h f ... a Y `  
 établissements pour justifier la faible implication de leurs résidents dans les activités  
 X Ð U b ] a U h ] c b ` g i f ` ; d i ` d f h Y ` X ( Ð U i b h ] a U h ] b g b Z Z ] g U b W Y  
 X f X ] f g " ` @ Y ` d Y f g c b b Y ` ` g c ] [ b U b h ` Y g h ` d E h p a d g c i j Y b  
 du centre hospitalier de Gournay-en-Bray (Seine-Maritime)ž ` ` Ð a U b U ] V a g U Y h b h ` b Ð U ` d U g  
 remplacé durant sept mois.

8 Y g ` Y l Y a d ` Y g ` X Y ` V c b b Y g ` d f U h ] e i Y g ` Y b ` a U h  
 8 Y g ` f h U V ` ] g g Y a Y b h g ` c b h ` U X c d h f ` i U p r o j e t X e s o i n s U f W \ Y ` [ `  
 c i ` X Y ` j ] Y " ` E h p a d g h C H S L D d u V e r g o i r e X d e B e l f o r d q u i p r o p o s e u n e d i v e r s i t é  
 X Ð U W h ] j ] h f g ` ] b h f f E h p a d i L f P a r c d u c h â t e a u d e l V e n d e u v r e - S u r - B a r s e ( A u b e ) / E ` Ð  
 du groupe Colisée, les équipes soignantes assurent elles-a ... a Y g ` ` Y g ` U W h ] j ] h f g ` Y h ` ` Ð  
 comme un soin à part entière dans le prolongement des soins techniques, sans horaire attribué, elle  
 fait partie intégrante du quotidien X Y g ` f f g h p a d B o s s è g e " d e S a i n t - L a u r e n t d u M é d o c  
 (Gironde) a mis en place pour les aides-soignants une journée sans soins, à tour de rôle, et participent  
 chaque mardi { ` ` Ð U W W c a d U [ b Y a Y b h ` g c i g ` Z c f a Y ` X Y ` X f ^ Y i b Y f  
 pour des achats.  
 @ E h p a d La Maison blanche de la Fondation Arc-en-Ciel (Doubs) a mis en place des  
 U b ] a U h ] c b g ` X Y ` e i U ` ] h f ` Y h ` d f c d c g Y E h p a d D i r e c t o r B e r l i o z g ` V c b b Y  
 à Bobigny (Seine-Saint-Denis), du groupe SOS Seniors, dispose X d u j a r d i n t h é r a p e u t i q u e e t s o n  
 a n i m U h Y i f ` { ` h Y a d g ` d ` Y ] b ` d f c d c g Y ` X Y g ` U W h ] c b g ` ] b b c j  
 virtuelle, les aides-soignants contribuant aux animations.  
 Au centre hospitalier X Ð (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  
 d U f h ] W ] d U h ] i c t h p a d C o n t é à P o m a r e z ( L a n d e s ) .

Les établissements qui disposent de plusieurs sites ou qui appartiennent à un groupe  
 peuvent mutualiser ` Y i f g ` a c m Y E h p a d d e C u s s e t ( A l l i e r ) , { Ð U Ð ] , a s s u r é ] p a r b  
 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  
 X ] g d c g Y ` X Ð i b ` , U n s ] l e a c t i v i t é s d e s o n d i r e c t e u r , u n e l i g n é d e b u d g e t q u i l u i  
 d Y f a Y h ` X Ð c t i v i t é s , l e c o n t e x t e l o c a l d é t e r m i n e l a p a r t q u e p r e n n e n t l e s b é n é v o l e s  
 ou les partenaires institutionnels.

### III - Des autorités de tarification et de contrôle qui peinent

#### { ' Z U ] f Y ' Z U WY ' { ' ` Y i f g ' a ] g g ] c b g } de financement et de contrôle

#### A - Des retards dans la contractualisation et des degrés X Đ U a V hétérogènes

Les CPOM, conclus entre les autorités de contrôle et de tarification et les organismes gestionnaires, existent depuis la loi du 2 janvier & \$ \$ & ' f f b c j U b h ' ` Đ U-Wh ] c b sociale. Ils ont été rendus obligatoires depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, notamment dans le champ des Ehpad<sup>139</sup>.

G Y ` c b ' ` Đ U f f ...h f ' X i ' ' ' a U f g ' & \$ % + ' Z ] l U b h ' g c b ' base de cinq ans, est défini comme « un levier de performance ». Il permet de décliner les c f ] Y b h U h ] c b g ' X Y ' d c ` ] h ] e i Y ' d i V ` ] e i Y ' Y h ' X c ] h ' diagnostic partagé avec lui. Cette modalité de contractualisation remplace les conventions tripartites, signées par les Ehpads avec les ARS et les départements pour accompagner la médicalisation des établissements.

@U ' [ f b f f U ` ] g U h ] c b ' d f c [ f Y g g ] j Y ' X Y g ' 7 D C A ž ' W avait pour ambition de renouveler le dialogue entre les organismes gestionnaires et les autorités de c c b h f ' ` Y ' Y h ' X Y ' h U f ] Z ] W U h ] c b " ' 8 c h f g s o n t X Đ i b Y ' f Y g d c b g U V ] ` ] g f g ž ' X ] g d c g U b h ' X Đ i b Y ' j ] g ] V ] ` ] h f budgétaires.

: c f W Y ' Y g h ' X Y ' W c b g h U h g Y e f r d e c e t t e n o u v e l l e o b l i g a t i o n d e ` Đ Y b h f W c b h f U W h i U ` ] g U h ] c b ' X U b g ' ` Y ' g Y W h Y i f ' X Y g ' 9 \ d U X assignés. Au-delà du retard pris dans leur conclusion, les CPOM ne sont pas devenus ` Đ ] b g h f i a Y b h ' d Y o n d u m a i l l a g e t e r r i t o r i a l d a n s l e s e c t e u r d e s p e r s o n n e s | [ f Y g " ' 5 i ' g i f d ' i g ž ' ` Y ' 7 D C A ' b Đ U ' ^ U a U ] g ' f f Y ` ` Y a certaine automatisation du processus de négociation imposée par les autorités signataires, laissant peu X Y ' a U f [ Y g ' X Y ' a U b É i j f Y ' U i l ' [ Y g h ] c b b U ] f Y g

@U ' W c b h f U W h i U ` ] g U h ] c b ' U j Y W ' ` Y g ' W U ] g g Y g ' X Đ U W U ] g g Y g ' X Đ U g g i f U b W Y ' X e f g a n t a u J u r s M E Y u n e p r i s e e n c h a r g e d e l a a ] g g ] c b X f d Y b X U b W Y ' U X U d h f Y ' U i l ' V Y g c ] b g ž ' f e i ] h U V ` Y ' Y h ' Y b scientifiques en matière médicale et de prise en charge de la dépendance.

<sup>139</sup> Article L. 313-12 (IV *ter* ' X i ' 7 5 G : ' ] g g i ' X A S V d u 2 8 d é c e m b r e 2 0 1 6 . ) , ' X Y ' ` U ' ` c ]

Les établissements médico-sociaux 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.

Les contrôles de la qualité, portés par le service médical régional de contrôle au titre de défendeur, ont été 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 « de transparence » sur un point faible particulier.

### 1- 8 établissements 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 évoluer ce pourcentage. Pour tenir compte de cette situation, une instruction ministérielle du 16 novembre 2021<sup>141</sup> a adapté, de desserrer de trois ans le calendrier de signature des CPOM précités, soit

Le département de Haute-Garonne est une illustration des difficultés rencontrées dans la conclusion des 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.

En France, le taux de réalisation est 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 a permis de construire des outils facilitant la contractualisation. Un nombre réduit de CPOM a été conclu.

<sup>140</sup> Sur les 579 établissements, 7 publics, 7 privés associatifs et 12 privés commerciaux).

<sup>141</sup> 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/2018/100 du 16 novembre 2018 relative à 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  
un guide des indicateurs (comme par exemple le suivi nutritionnel avec un indicateur de pesée

2- l'objectif ciblé (notamment ceux des départements) : un guide des indicateurs (comme par exemple le suivi nutritionnel avec un indicateur de pesée

a) Une évolution des structures

Le dialogue de gestion instauré entre les parties prenantes. Le caractère obligatoire des CPOM induit un certain processus de négociation. Les appels à projets, à candidature ou de transformation ou de validation des passages au tarif global ou des ouvertures de Pasa, est déconnectée du calendrier de négociation des CPOM. Lors de la négociation du CPOM est réalisé le bilan des évolutions déjà actées. Aucun

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. Lors de la négociation du CPOM est réalisé le bilan des évolutions déjà actées. Aucun

b) l'objectif ciblé (notamment ceux des départements) : un guide des indicateurs (comme par exemple le suivi nutritionnel avec un indicateur de pesée

La prise en charge des résidents. Ils sont orientés notamment vers la prise en charge. Ces éléments sont peu confrontés aux évaluations externes et internes réalisées et ne font pas 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 communes sur la prise en charge en Ehpad. Leur suivi prévu à mi-démarré, notamment en raison de la crise sanitaire, intervenue au moment où les bilans intermédiaires des premiers CPOM auraient dû survenir. = concernant la non-atteinte des objectifs.

-Esfa 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, les CPOM signés comportent des engagements réseaux. Des objectifs et fiches-actions individualisés, construits en fonction du diagnostic partagé et de département de Meurthe-et-Moselle.



Table, tels que des infections nosocomiales, en cas de crise (épisode de canicule par exemple) ou encore en cas de signalements de maltraitance grave.

La qualité de prise en charge des usagers, en contrôlant en priorité les manquements graves" établis en 2011. Le fonctionnement et couvre à la fois les obligations liées aux bâtiments, le respect des droits des personnes accueillies ou accompagnées, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes accueillies ou accompagnées sont menacés ou compromis »<sup>143</sup>.

Cependant, les contrôles opérés présentent des limites. Les orientations nationales et régionales de prévention de prévention des risques de maltraitance dans les établissements médico-sociaux » non programmées suite à signalements. Le programme est partagé avec le département, dans le cadre de la sécurité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

La Belgique a une structure fédérale ou très décentralisée de la gouvernance médico-sociale. La Belgique vient pour sa part en septembre 2018, diffusée aux organismes gestionnaires par l'Agence pour une vie de qualité (Union générale des infirmiers de Belgique),

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.

<sup>143</sup> Article L. 313-16 du CASF.

Au 8 U b Y a U f \_ ž ` ` Đ 5 i h c f ] h f ` X U b (St)retsen ford Patientsikkerhed) réalise des visites de « supervision » dans les établissements, dont les Ehpad, pour le contrôle de la e i U ` ] h f ` Y h ` X Y ` ` U ` V c b b Y ` a ] g Y ` Y b ` É i j f p Y a t i q u e s / I g 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 « c b h ` f h f ` Y l U a ] b f g ` général », à savoir « ` Đ U i h c X f h Y f a ] ] M j U H U ] h c j k z b ` ` Y U h ` ` d U f ] h b Z ` ` i Y b W Y ` X i vie ».

g f W i f ]  
d f c [ f U  
Y b ` Z c b V  
b W Y ` X i

Au Canada (Ontario), en application de la loi sur les foyers de soins de longue durée de 2007 Y h ` X i ` f ` , [ ` Y a Y b h ` ministère des Soins de Longue durée doit mener un programme X Đ p e c t i o n s sur la qualité des soins prodigués aux résidents et leur qualité de vie. Le ministère mène e i U h f Y ` Z c f a Y É g e i X U Đ ] ] h g f d Y X W h ] ` c D b Y g l ` d f f ] Y b W Y ` X Y g ` suivis É 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.

f f g ] X Y

Il est ainsi possible de consulter par internet, pour chaque foyer de soins de longue durée, les « indicateurs de rendement » que sont le X f ` U ] ` à Es pourcentage de résidents ne souffrant pas de psychoses et auxquels sont prescrits des antipsychotiques, de résidents concernés par une contention physique, X Y ` f f g ] X Y b b s c a r e s g d e r é z i d e n t s s o u f f r a n t d e D o u l e u r s , et de résidents avec des symptômes aggravés de dépression.

A U ` [ f f ` W Y h h Y ` g h f i W h i f U h ] c b ` X Y g ` d f c [ f U a a Y g a ] g Y ` Y b ` É i j f Y ` X Y g ` W c b h f ` ` Y g g c i d f f W Y j g ž g ` ] g ` c ` b Y h g h ] ` b Z W Y partie, j c ] f Y ` ` , Des inspections sont réalisées par des inspecteurs pour lesquels elles ne sont en e i Đ i b Y ` U W h b U ] ] Y ` f ` a U f Y g h ` X ] Z Z ] W ] ` Y ` X Đ U d d f f 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 ` Đ 5 F G ` Y b h f Y ` & \$ % \* ` Y h ` & \$ % , ` a Y h ` b c h U a a Y b h ` ` Đ U X Đ ] v i s u a l i s a t i o n d e l a p r i s e e n c h a r g e . Les délais de rédaction des rapports peuvent cependant être longs et le suivi mal assuré.

9 b ` ` Đ f h U h ž ` ` U ` - c o n t r ô l e r e p o s a n t c o m p l è t e m e n t s u r l e s A R S e t l e s départements, qui porte sur un grand nombre Y ` X Đ 9 G A G ` X Y ` h U ] ` ` Y ` j U f ] U V ` Y 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 X Đ f j U ` r é f o r m e ( c f . c h a p i t r e I I I ) .

maillages territoriaux ou des réseaux de soins.

C - @ĐY b ^ Y i ^ X Y ^ U ^ V c b b Y ^ ] b g Y f h ] c b

essentiellement concerné le champ sanitaire, même si, depuis la loi de modernisation de notre 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.

nombreuses organisations existantes ou possibles. Cependant, les initiatives prises ne font pas 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**

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 2019<sup>144</sup>, 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 sociaux lors des visites 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 santé<sup>145</sup>. La DGOS gériatrique, équipes mobiles gériatriques, soins de suite et de réadaptation gériatriques, USLD).

<sup>144</sup> Drees, Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

<sup>145</sup> Suite à la mobilisation durant la crise sanitaire, les EMG des établissements de santé, venues en appui des Ehpad âgées Å d c f h f Y g d U f ^ Y g ^ Z ] ^ ] , f Y g ^ [ f f ] U h f ] e i Y g ž ^ c b h ^ Z U ] h ^ compter de 2022 (8 A Ö. De même, les astreintes « personnes âgées » ou gériatriques et soins palliatifs, mises en place pendant la crise, sont également pérennisées. En 2021, 7 A Ö ^ Y b ^ W f f X ] h g ^ X Đ U ] X Y ^ { ^ U ^ W c 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 des ARS.

**La montée en puissance des filières gériatriques, des réseaux gérontologiques, de la pandémie de covid 19**

Les filières gériatriques ont mis en place des astreintes conformément aux recommandations. Elles ont assuré des hotlines spécifiques gériatriques et de soins palliatifs.

En Auvergne-Rhône-Alpes, 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, une plateforme sanitaire « personnes âgées » au sein du territoire, dédiée aux professionnels de santé des ESMS. Le 27 mars, à ce que chaque territoire déploie très rapidement une stratégie organisationnelle afin 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.

Cette mobilisation a été réalisée dans plusieurs départements, notamment en Haute-Garonne, où elle a permis de répondre aux besoins des personnes âgées.

Cette mobilisation a été réalisée dans plusieurs départements, notamment en Haute-Garonne, où elle a permis de répondre aux besoins des personnes âgées.

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.

crédits supplémentaires, { ont été mobilisés en 2021 pour favoriser la mise en œuvre de dispositifs de type « plateforme » de coordination gériatrique. Le renforcement du soutien des équipes mobiles de gériatrie hospitalière aux Ehpad a été confirmée par une instruction du 19 novembre 2021<sup>147</sup>, prévoyant la poursuite de leur déploiement en 2022 et sur les années à venir.

## 2 - Les groupements hospitaliers de territoire

Centrés sur la construction de 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 le secteur de soins 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 de GHT ont répondu de façon concrète et opérationnelle à la demande de clarification des liens entre les secteurs sanitaire et médico-social. Seuls 19 GHT sur 136 mentionnent dans leur PMP une volonté de créer ou étendre des dispositifs de type « plateforme » de coordination gériatrique<sup>148</sup>.

De plus, le rôle des GHT dans la réforme des ESMS a été limité. En effet, au 1<sup>er</sup> 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.

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

La loi du 24 juillet 2019<sup>149</sup> poursuit, dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, l'objectif de renforcer la coopération entre les acteurs de santé. Les mesures devraient y contribuer spécifiquement :

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

<sup>147</sup> Instruction DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233.

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

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



a été « préfiguré » sur le territoire du Grand-B U b W m ' U j U b h ' X Đ ... h f Y ' f h Y b X i ' d 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 c b h ' f h f ' W c b g h ] h i f Y g ' X U b g ' ` Y g ' h Y f f ] h c d f Y g ' U Z personnes âgées, notamment à destination des Ehpad et des médecins traitants.

#### IV - Le caractère bénéfique X Y ' ` Đ U d d U f h Y b U b W Y : { c i ' { ' i b ' [ f c i d Y \$ ' X Đ f h U V ` ] g g

Les Ehpad b Y ' g c b h ' d ` i g ' Y b ' a Y g i f Y ' X Đ U g g i a Y f ' g Y i ` sécurité et même le bien-... h f Y ' X Y ' ` Y i f g ' f f g ] X Y b h g " ' @ Đ ] b g Y f h X Đ U i h f Y g ' U W h Y i f g ' X Y ' g U b h f ' c i ' X Đ i b ' [ f i n e i d Y ' X f ` Đ U a f ` ] c f U h ] c b ' X Y ' ` U ' e i U ` ] h f ' X Y ' ` Y i f ' d f ] g Y ' Y souffrent encore certaines structures.

Sur ce plan, la situation diffère fortement entre le secteur public et le secteur privé<sup>150</sup>. Les Ehpad publics autonomes montrent la plus grande dispersion, avec 1,1 Ehpad (X Đ i b Y ' W U d U W ] 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 \ c g d ] h U ` ] Y f g ' d Y i j Y b h ' g Đ U d d i - m Y f ' g i même mutualisée au niveau du GHT. Dans le secteur privé non lucratif, le mouvement de regroupement des gestionnaires eg h ' Y b ' W c i f g ž ' a ... a Y ' g Đ ] ` ' f Y g h Y ' locales. En moyenne, les gestionnaires ont plus de deux Ehpad fl & ž % Ł ž ' g U W \ U b h ' e i Đ i U g g c W ] U h ] c b g ' d Y i h ' g Đ U d d i m Y f ' g i f ' X Y g ' Y b h ] h f g commercial maf e i Y ' W Y d Y b X U b h ' g U ' X ] Z Z f f Y b W Y ž ' b c h U a a Y comptant au total 970 Ehpad : on compte ainsi en moyenne plus de cinq Ehpad (5,4) par gestionnaire ou groupe.

#### A - @ U ' f Y W \ Y f W \ Y ' X Đ i b Y ' W c c d f f U h ] c

La quasi-totalité des structures contrôlées ont conclu, U j Y W ' X Đ U i h f Y g ' U W h Y établissements publics, privés, associatifs ou cabinets libéraux, des conventions qui leur garantissent un accès privilégié à des spécialités médicales, des plateaux techniques ou d f f j c ] Y b h ' ` Đ ] b h Y f e l s e n s o u l i e r d l e u r s é q u i p e s f l e s a u t o r i g e s d e b b tarificationž ' 5 F G ' Y h ' X f d U f h Y a Y b h g ž ' g c t o l l e d é m a n d e e n U ] ` ` Y i 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 i b Y ' d f c [ f Y g g ] c b ' U b e n t i o n s , c o m m e X i ' b c a par exemple X U b g ' ` Y ' E h p a d A l a P e n a u d r i e à H i e r s a c ( C h a r e n t e ) . Le nombre de

<sup>150</sup> Extraction du fichier Finess fin 2019, retraitée par la Cour.

partenariats formalisés des liens avec leur centre hospitalier de recours, (Allier) ou du Mas de la Côte bleue à Martigues (Bouches-du-Rhône), comme Les Parents (Bouches-du-Rhône) ou Catalogne (Pyrénées-Orientales) du groupe Korian disposent chacun d'une structure plus structurée, notamment pour organiser 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 de la bouquinerie des repas et du linge. Les Ehpad peuvent aussi bénéficier de partenariats avec des professionnels de la santé ou des spécialistes plus difficiles, notamment les soins palliatifs, la psychogériatrie, la gériatrie, les soins Alzheimer ou les soins de longue durée. L'Ehpad de Flingoy (Moselle) fait partie des structures incluses dans la convention signée le 1<sup>er</sup> octobre 2016 entre le groupe SOS Seniors et le centre hospitalier régional de Metz-Thionville (Moselle), et permet de bénéficier d'une consultation mensuelle par Ehpad et la possibilité de consultations régulières de spécialistes.

Dans un autre cas, l'Ehpad de la commune de Vieux-à-Morville permet de bénéficier le parcours du résident devenu patient. L'Ehpad de la commune de Vieux-à-Morville (Nord) peut faire appel à une unité cognitive comportementale clinique privée pour les personnes souffrant de troubles épisodiques, dépassant ses capacités de soins. L'Ehpad de la commune de Vieux-à-Morville permet aux résidents une admission directe sans passage aux urgences.

**B - Les limites des mutualisations territoriales dans le secteur public**

Parmi les Ehpad publics, l'Ehpad de la commune 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 illustrent un niveau de mutualisation renforcée entre Ehpad publics autonomes et montre les limites de ce statut. 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. L'Ehpad de la commune de Vieux-à-Morville (Nord) peut faire appel à une unité cognitive comportementale clinique privée pour les personnes souffrant de troubles épisodiques, dépassant ses capacités de soins. L'Ehpad de la commune de Vieux-à-Morville permet aux résidents une admission directe sans passage aux urgences.

Dans le secteur public, la participation à un GHT permet de bénéficier de la prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad - février 2022

commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé au niveau de l'Ehpad. 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, dans un rapport récent<sup>151</sup> sur la réforme des GHT, les modes de financement des établissements.

### C - LY g · V f b f Z ] WY g · X Đ i b Y · d c ` ] h ] e i Y

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 Colisée<sup>152</sup> ont mis en place des audits internes et développé une évaluation. Une telle politique vise notamment à harmoniser les pratiques et permet de mettre en œuvre un réseau, parfois international, d'Ehpad de ces groupes X ] g d c g Y b h · f [ U ` Y a Y b h · X Đ i b<sup>153</sup> qui a regroupé tous les soit à partir de la réglementation, soit par le siège social lui-même.

Cette « standardisation » 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, et la traçabilité des soins et des prescriptions. Ce progiciel concerne aussi la gestion de

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 complémentaire de santé commune. Un effort est également fait par le centre de formation propre au réseau.

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

<sup>151</sup> Cour des comptes, *Les groupements hospitaliers de territoire*, op. cit.

<sup>152</sup> Ehpad Catalogne, groupe Korian, Ehpad Les Coteaux, Le parc du Château, Marguerite, groupe Colisée.

<sup>153</sup> Logiciel de gestion documentaire Docolisee.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les effectifs disponibles auprès des personnes âgées. Ils ont globalement progressé entre 2011 et 2016, même si la traduction des dotations en effectifs de soins. Face à la difficulté de fixer un niveau optimal de effectifs de soins et les fonctions de médecin prescripteur.

La publication de recommandations de bonnes pratiques par la HAS a permis de poser des principes. Les Ehpad ont toutefois un engagement hétérogène et pour des résultats incertains, notamment en matière de qualité, en particulier pour les structures isolées. Les actions de prévention, soutenues par les ARS,

Les ARS et les départements 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, sont insuffisamment assurés.

Outre le renforcement de la gestion des politiques de qualité, la Cour estime nécessaire, à des fins de structuration des politiques de qualité, que les gestionnaires mono-fonctionnels, 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'ESMS.
5. Mettre en place de façon systématique des indicateurs de qualité, notamment en matière de soins, de prévention, de formation et de gestion des ressources humaines.
6. Renforcer la coopération entre les ARS, départements et Ehpad.

7. *Hf UbgZcfayf`Yg`WcbhfUhg`d`i véritable outils de g`XĐcV pilotage stratégique et les doter :*
- *XĐi b`d`Ub`XĐ] bhf [ fUh] cb`Xahitaire Đ9\ dUX`XU social fldUfh] Y`gc] bg`gci g``Đf [ ] XY`XYg`5FG`U`dUfh`XĐUi départements); Y`Uj YW`Yg`*
  - *de moyens financiers pluriannuels dont une part conditionnée à des objectifs de santé publique et de qualité ;*
  - *de la définition des conditions XY`acXi`une offre`Xcb`fXVDY f [ YaYbh`services adaptée aux personnes accueillies (DGCS, CNSA, SGMAS).*
8. *Renforcer la mutualisation et engager des fusions entre gestionnaires mono-établissements (5FGž`XfdUfhYaYbEhpad).`[Ygh] cbbU] fYg`XĐ*



## Chapitre III

### Des pistes pour un nouveau cadre de l'Ehpad

Le cadre de l'Ehpad, qui est entré en vigueur en 2011, doit être réformé. Des pistes sont identifiées pour permettre 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

La loi n° 2019-128 du 24 juillet 2019 relative à la HAS a fait évoluer le cadre de l'Ehpad. Cette loi confie à la HAS la mission de définir un nouveau cahier des charges permettant aux organismes autorisés de procéder aux évaluations externes des ESMS.

Cette évolution a été accompagnée de la mise en place de nouvelles modalités de contrôle ont également fait cette analyse (cf. *supra*). Les changements sont en fait nombreux : fusion des évaluations internes et externes, rythme quinquennal<sup>154</sup> des évaluations pour le caler sur celui de la signature des CPOMY. Un nouveau référentiel de 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'est pas encore entré en vigueur en raison d'un imbroglio juridique.

En effet, les nouvelles évaluations devaient à la fois reposer sur une auto-évaluation de l'organisme évalué et sur une évaluation externe par un organisme agréé.

<sup>154</sup> 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 de régulation, 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 législatif<sup>155</sup>. Au-delà de cet écueil juridique, ces nouvelles évaluations ne résoudront

étant notamment la forme du résultat de certification. La Cour recommande la production de données et médico-sociales, dix fois plus nombreuses sur le territoire national que les établissements de soins de longue durée, privilégiés.

Ensuite, ce nouveau référentiel ne couvre pas tous les domaines de la prise en charge médicale. Il apparaît indispensable de définir un certain nombre de ratios de personnel. Les évaluations externes renouvées devraient notamment inclure des indicateurs-clés portant sur la qualité de la prise en charge médicale, 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 indispensable de rendre publics les ratios de personnel, ciblée sur les personnels médicaux et les métiers de soins, revêt un intérêt public et des 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 production de données et médico-sociales.

<sup>155</sup> 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 - Le tarif global

Le tarif global est un forfait global de soins qui 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 certains médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, ainsi que de certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté.

Selon la CNSA<sup>158</sup>, 28 % des Ehpads sont au tarif global (dont 17 % avec PUI). Ce sont très majoritairement des Ehpads publics rattachés à un établissement de santé. À la suite de deux rapports<sup>159</sup> de la Cour des comptes, les Ehpads ont rouvert de façon limitée, à partir de 2014, une enveloppe de 10 AÖU 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-général.

Malgré une valeur du point sans augmentation depuis plusieurs années (12,44 AÖU en 2011 pour le tarif global sans PUI), les ARS enregistrent un nombre important de demandes de changement de modalités de financement (circulaires de fusion ou de mutualisation des charges). Toutefois, en 2021, la Cour des comptes a constaté une enveloppe de 100 AÖU de financement des Ehpads au tarif global.

Pour plusieurs Ehpads, le recours au tarif global permet une meilleure prise en charge médicale des résidents en salariant et en intégrant des professionnels libéraux de manière très ponctuelle et parcellaire. Cette prise en charge est très ponctuelle et parcellaire. Elle favorise aussi les coopérations entre les professionnels de

<sup>157</sup> @Y h U f ] Z d Y i h ... h f Y A [ c V U A c i A d U f h ] Y A " = d Y i

<sup>158</sup> CNSA, *La situation économique et financière des Ehpads entre 2017 et 2018*, mai 2020. Données Hapi au 30 décembre 2018

<sup>159</sup> Igas, rapports n° RM2011-113P, *Financement des soins dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpads) - Évaluation* et n° RM2013-111P, *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpads) - mission complémentaire de*





X U b g ` ` Ð Y I d f f ] a Y b h U h ] c b ` Y h ` d c i f ` W Y i l ` e i ] ` ` Ð c  
X Ð c f [ U b ] Ð g U g h ] f c Y b p l u s X Y Y ` ` f l W Z "

Cette mesure encouragée par des crédits dédiés qui, selon les remontées des ARS, donne lieu à des retc i f g ` g i V ^ Y W h ] d Z U g ` ` Z U b j W c f f U V ` Z U g ` h b Ð U Ð c V , ^ Y h ` X Ð pour laquelle la CNSA indique son intérêt. Le b c a V f E h p a d X Ð g d c g U b h ` X Ð i b Y ` X Ð ] b Z ] f a ] Y f ` X Y ` b i ] h ` U i p a s p l u s q u e U i Ð ] b a U H U ] W h b U f ` f ` Y b Ð X g h sur les besoins anticipés ou palliatifs ou le recours aux urgences et aux hospitalisations non programmées. CettY ` f j U ` i U h ] c b ` Y e s t à m e n t e r . C e p e n d a n t , l a p o s s i b i l i t é p o u r b W Y ` les équipes de nuit en Ehp ad X Ð U j c ] f ` f Y W c i f g ` { ` i b Y ` Y I d Y f h ] g Y ` g Ð ] a d c g Y ` W c a a Y ` i b ` a c m Y b ` X Ð f j ] h Y f ` X Y o n s a e d e V ] ` ] g Y nécessitant pas. La LFSS 2022 prévoit à cet égard une enveloppe de crédits de 14 A Ö ` d l e s i f ` astreintes infirmières de nuit et prévoit une généralisation d Ð ] W ] ` & S i s p o s i t i f X Y ` W Y `

### C - Amplifier le virage numérique

Le numérique dans les ESMS connaît un retard par rapport aux établissements de santé et une forte hétérogéné] h f ž ` { ` ` Ð ] b g h U f ` é t a i d e s l e u x W e s U s a g e s " d u @ Y ` d f numérique dans le secteur médico-g c W ] U ` ` d i V e n 2 0 1 9 i n d i q u e a i n s i q u e 5 e s e c t e u r des personnes âgées est plus avancé en la matière que celui des personnes handicapées et que, parmi les Ehp ad, ce sont ceux appartenant à des groupes privés, lucratifs ou non, qui ont le plus X f j Y ` c d d f ` W Y g ` i g U [ Y g " ` 5 e x i s t e à 4 2 % d a n s l e s E S M S p u b l i c s ] g U h ] c et privés non lucratifs, mais à 74 % dans les ESMS privés commerciaux (presque exclusivement des Ehp ad t ` ` @ Ð i h ] ` ] g U h ] c b ` d Y i h ` { ` ` U ` Z c ] g ` W c b W Y f b Y X Y g ` f f g ] X Y b h e p l u s r é p a n d u j u s q u e - l à . L a t r a d u b i l i t é d e s s o i n s a p p o r t é s a u x résidents avec des logiciels spécialisés comme NetSoins ou Titan constitue une avancée. Il est a ... a Y ` d c g i n t e r v e n e t e r a v e c u n d o s s i e r p a t i e n t u n i q u e , t y p e d o s s i e r m é d i c a l p a r t a g é (DMP). Les usages sont également possibles en terme de télémédecine, même si en 2019, selon ` Ð 5 , s e u l s 4 2 % d e s E h p a d é t a i e n t X c h f g ` X Ð f e i ] l a c r i s e s a b i t a i r e à a c c è s ] b Y g " 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 tr U b g d U f Y b W Y ` Y g h ` i b ` c i h ] ` ` X Ð U a f ` ] c f U h ] c b ` X Y ` ` U Y b ` d ` U W Y ` { ` ` Ð c W W U g ] c b ` X Y ` ` U ` d U b X f a ] Y ` d Y i j Y b U b W ] Y b g ž ` W c a a Y ` ` Y g ` W c b g Y ] ` g ` X r e m e n t d e s p l a i n t e s . I l g c W ] U ` d Y i h ` f [ U ` Y a Y b h ` Y I ] g h Y f ` X Y g ` Y I d f f ] Y b W Y g ` Y b ` h possibilité pour des familles de noter et de se renseigner sur les Ehp ad. La gestion des files X Ð U h h Y b l a c e s d i s p o n i b l e s , p a r ` ` Ð c V i a T r a j e c t o i r e , e s t d é s o r m a i s d i f f u s é e à t r a v e r s toutes les régions métropolitaines.

Le développement de la télémédecine<sup>166</sup> U ` Z U ] h ` ` Ð c V p l a n p r é v o y a n t q u e \$ % + ` X E 100 % des Ehp ad y aient accès X Ð ] W ] I l a e s g & D U [ a s ] j u s t e d e c o m p t a b i l i s e r l e s

<sup>166</sup> 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

établissea Y b h g X ] g d c g U b h X Đ i b f e i ] d Y a Y b h X Y h f f a X c b h Đ c f [ U b ] g U h ] c b d Y f a Y h i b U W W „ g { U h 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 X Đ U a c f , U [ Amérique A G e n v e l o p p e d e 6 0 0 A Ö a été prévue pour le développement du numérique dans les ESMS. Le programme ESMS numérique, piloté par la CNSA, prévoit le X f d c ] Y a Y b h X Đ i b Y g c i h ] c b X Y X c g g ] Y f i g U [ Y f sociales. Cette solution devra intégrer la messagerie de santé sécurisant les échanges X Đ ] b Z c f a U h ] c b g Y b h f Y d f c Z Y g g D M P a b e y l e m o d u l e d e Y X Y 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 d \ U g Y X Đ U a c f , U [ Y ž U 130 A Ö U i h f U j Y f g X Plusieurs facteurs (clés de succès) sont identifiés : la g ] a d ] W ] h f Y h U g d f W ] Z ] W ] h f X i l e g r o n i s m e e t ] g ž U Đ ] b h Y f c d f f U V ] h f " G i f h c i h ž W Y j ] f U [ Y b i a f f autres évolutions des Ehpads et ne pas demeurer dans la seule sphère technologique.

## II - Une diversité du modèle Ehpads à assumer

Si les résidents atteints de troubles neurocognitifs, qui représentent près de la moitié des entrants, X c ] j Y b h Z U ] f Y Đ c V ^ Y h Ehpads doivent aussi accueillir ] c b d U 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 Ehpads ont ouvert une unité spécifique pour accueillir les résidents présentant une maladie neurodégénérative, souvent U d d Y f Y i b ] h f X Y j ] Y d f c h f [ f Y f l i J D Ł " G ] i b 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, W c a a Y a n i s a t i o n e n [ u n i t é p o u r Z U W ] h Y f U f Y W c b b U ] g g U b W Y X Y g ] Y i l ž U X ^ h \ f f U d Y i h ] e i Y ž U Z Z Y W h U h ] c b X Y d Y f g c b b Y g j 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 Ehpads W c b h f f g ž { Ehpads du Nord de la France, la X Y g W ] d f f g Y u n a s s i s t a n t X Đ 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 c i i b V ] bsoignant et X D U ] X Y X D d t de service hôtelier, ce qui est donc très éloigné des conditions de fonctionnement d D i b Y UHR. La présence du personnel qualifié la nuit apparaît aussi comme un problème majeur. 5 ] b g Ehpac Les Opalines de Saint-Chamond (Loire), deux aides-soignants assurent la prise Y b W \ U f [ Y X Y g c b n Y f f g ] X Y b h g X Y W Y h h Y i b ] h f X f X ] f z ` Y g X Y i l g c ] [ b U b h g X Y b i ] h ] b h Y f j Y b U constat peut être fait pour les cinq Ehpac de la SAS Médica, où le personnel de nuit est posté X U b UVP mais peut être amené à ] b h Y f j Y b ] Ehpac X U b g h c i h ` D

Dès lors, ` D U W W c a d U [ b Y a Y b h Y b I J D a f f ] h Y i b Y f j f Y b Z c f W Y a Y b h X Y g a c m e y e o n n a i s s a n c e s d e s b e s o i n s s p e c i f i q u e s l e s m a Y ] ` 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 Ehpac garde une certaine hétérogénéité. Si les politiques de maintien { X c a ] W ] ` Y c b h d a r d e r d e s e n t r e e s e n E h p a c , f a v o r i s a n t u n a c c r o i s s e m e n t Y 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 i X Y g f E h p a c X e p r e s e n t e n t p a s d e s y n d r o m e d e m e n t i e l e t 45 i b D c b h d U g X Y r e m e t c i V ` Y g X i W c a d

8 U b g ` D f e i ] ` ] E h p a c i X J D Y f b h a g i X f , ` Y D X I D h f f ] Y i f Y h à domicile, il apparaît nécessaire que les structures ne se spécialisent pas dans les maladies neurodégénératives. Même dans un groupe e i ] g D Y g h d c g ] h ] c a u b l e X , g X f j Y ` c d d Y a Y b h X D i b ] W c g a d f z b f I g Y g z 5 ` Y g Y f a U V ` X f j Y ` c d d f X D Y I W i g ] j ] h f X U b g ` D U W W i Y ] ` "

@ Y X f j Y ` c d d Y a Y b h X D i b ] h f g X f X ] f Y g Y h c f [ U W c [ b ] h ] Z g X c ] h d Y f a Y h h f Y ` Y a U ] b h ] Y b X D i b U W profil psychiatrique, avec une différenciation du mode de prise en charge permettant de mieux répondre aux autres pathologies. La sectorisation et la modularité des Ehpac est ainsi à accentuer.

L U d c g g ] V ] ` ] h f X D U W W i V ] ] W g g U e h Y b h h g ` g i b c b Z U ] h f [ U ` Y a Y b h d U f h ] Y X Y g c i j Y f h i f Y g { f Y b Z h Y a d c f U ] f Y z ` Y a U b e i Y X Y d U W Y g Z U W Y { ` U X D c W W i d U h ] c b i z g i W c f b g ] h Y U h f g g { E h p a c s a u f e x c e p t i o n d u m o m e n t Y X Y g ^ i g e i D { ` U , c o m m e n t f o r t e m e n t l e s a d m i s s i o n s e n E h p a c . E l l e s f o n h ` D c V ^ Y h ` ` ] g h Y g X D U h i e n t a v a n t a g e e n f o n c t i o n d e l a d i s p o n i b i l i t e d e s p l a c e s q u e d u moment opportun, sur un mode binaire ne permettant guère de souplesse et de modularité.

@ U X ] j Y f g ] e n E h p a c e t u n a p p r o b l e m a t i q u e c o n c e r n a n t a u s s i d e s p u b l i c s 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 X Y Ehpad de demain

Les bâtiments occupés par les Ehpad contribuent significativement à la qualité de la prise en charge des personnes âgées. Ils doivent être adaptés et répondant aux standards actuels de dignité, de confort et de sécurité.

Les Ehpad sont susceptibles de passer d'un modèle à 12 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 Ehpad doivent être conçus pour être adaptés à la prise en charge des personnes âgées atteintes de maladies chroniques et de maladies mentales. La pandémie de 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'utilisation du territoire. Dans le cadre du Ségur de la santé, une dotation de 1,5 A X est prévue sur quatre ans. La CNG 5 U Y b [ U [ f Y b & \$ & % i b d U b X D ] b j Y g h ] g g 300 A Ö X Y g c i h ] Y b { X Y g c d f f U h ] c b g c i f X Y g X f Y W c b g h Ehpad W L à C F S S 2 0 2 2 prévoit un renforcement à hauteur de 440 A Ö X Y financements pour la rénovation eh d f e i ] d Y a Y b h X Y g f h U V ] g g Y a V investissement du Ségur. Une circulaire du 24 septembre 2021<sup>167</sup> relative à la mobilisation des W f f X ] h g X D ] b j Y g h ] g g Y a Y b h R e l a n c e d o n c u n p r e m i e r c a d r a g e . U g U b h 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 - A ] Y i l U f 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 X Y X j Y f g ] Z ] Y f Y g a c X Y g 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 i b Y i X D c f [ U b ] g W c c f X ] b U h ] c b Y h X D c d h ] a ] g U h ] c b X Y g f Y g g c i f W Y

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

d Y f g c b b Y g | [ f Y g Y b d Y f h Y X Ð U i h c b c a ] Y e i ] b f  
 professionnels du territoire. La démarche requiert donc un diagnostic préalable des ressources  
 du territoire. Wc b b U ] g g U b WY X Y g U Wh Y i f g ž X U d f Wc g m g  
 g d f W] U ] g h Y g Ehpadi « centre de ressources » mobiliserait ainsi les compétences  
 du d U h Y U i h Y W \ b ] e i Y e i Y f Y d f f g Y b h Y Ð f h U V ] g  
 d c g ] h ] c b b U b h U ] b g ] Wc a a Y i b Y d U h i h Z X Ð a W Y X X Z Z  
 complémentaire, structurée, permettant une plus-j U i Y { Ð e h W W o i e l e d d [ a b Y a  
 d Y f g c b b Y | [ f Y Y b d Y f h Y X Ð U Y h b b c j a Y U i Y a c X Y g Y g  
 g i f Y g Ehpadi c U h d X Y f Ð V ^ Y Wh ] Z X Ð c Z Z f ] -socialux b Y d U  
 (soin, aide à domicile, accompagnement, mobilité, prévention), à destination des personnes  
 âgées.

@ Ð 5 Nouvelle-Aquitaine U X f j Y c d d f ž { Ð e h i n, un concept g i f  
 X Ehpad d Y f Y g g c i f WY g X Y d f c l ] a ] h f ž U [ f g e l a Y U b h X  
 X Y Ehpad lui-même, en particulier X Y g U Wh ] c b g X Y d f f j Y b h ] c b X Y  
 { U d c d i U h ] c b ž U ] b g ] e i Y X Y g e t U W b W W ] M f g X Y

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

- la palette de services proposés doit dépasser Y W U X f Y h f U X ] h ] c b b Y  
 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 apparait essentielle pour la construction et le fonctionnement de  
 la plateforme, axée autoi f X Ð i b d c f h Y i f Y ; h X Y d U f h Y b U ] f Y g  
 Y b c a V f Y X Y Ehpadi « centre de ressources » doit être déterminé à  
 Ð U j U b WY ž d W Y r u c t u r e r s o n o r g a n i s a t i o n ; h
- 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.

D c i f U i h U b h ž WY h m d Y X Y X ] g d c g ] h ] Z b Ð Y l ] g  
 pas de financements d f X ] f g " 5 i W i b f f Z f f Y b h ] Y b Ð U Y b Wc f Y  
 nationales. L Ð U b U mg Y X Y Ehpadi contrôlés montre que ce type de dispositif  
 innovant reste encore « embryonnaire » sur le terrain, comme le souligne le rapport Broussy<sup>168</sup>,  
 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, h U b h Y b f h U V ] g g p u s i e r s b h e i Ð  
 Ehpad Wc b h f f g Z c b Wh ] c b b Y b h Ehpadi « centre de ressources » g i f  
 sans pour autant que cette notion soit évoquée ni par les équipes de contrôle ni par les  
 gestionnaires. L Ehpadi « La Casa Assolellada » de Céret (Pyrénées-Orientales) est par exemple  
 autorisé pour 104 ] h g X Ð \ f V Y f [ t r i s a Y ] b h g d X Y Ð \ a f U b Y f b ] h Y z a P a s a b h h Y a c

<sup>168</sup> 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  
 Ð U i h c b c a ] Y ž a U ] & \$ & % "

de 14 places. Il dispose en outre X Đ i b U W W i Y ] X accueil à fa jour de \$ d U V personnes âgées du canton de Céret vivant à domicile Ž Y h Ssiad de 57 places desservant six Wc a a i b Y g U i h c i f X Y Đ Ehpad relevant du Siva « Comité des Agés a ... a Y ž 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 Ehpad de Cusset (Allier) et du Creusot (Saône-et-Loire) disposent également, dans leur offre « domicile », X Đ i b Y d U h Y Z c f a Y X Đ U W W c a d U [ b Y a Y b h Y h X Y f f d ] h { X Y

### Le développement du dispositif innovant Ehpad « hors les murs »

Le développement des Ehpad 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 X Y f Y g h Y f { Y i f X c a ] W Ehpad des Abers (Eminière) mène une réflexion a d g d c g g g i f i b h Ehpad « hors les murs ». La mise en place de ce dispositif innovant serait suivie d U f i b W c c f X c b b U h Y i f d c i f g Đ U g g i f Y f X Y Đ Y Z Z Y W aspects de la vie quotidienne que constituent : les d f Y g h U h ] c b g X Y f Y d U g ž Đ U g U X a ] b ] g h f U h ] j Y ž Đ U ] X Y { U d f ] g Y X Y a f X ] W U a Y b h g Y b d U W Y X Đ i b Y W U a v f Y X Đ i f [ Y b W Ehpad (hôpitalisation) b h X Đ U V c i U V g Y b W Y X Y Đ U ] X U b h Ł W c a d f h Y f U ] h Y X ] g d c g ] pourrait figurer dans le d f c W U ] b d f c ^ Y h Ehpad Les Abers ] g g Y a Y b h X Y Đ

Il appartient donc aux autorités publiques X Y a c X Ehpad « centre de ressources » d c i f Y b Z U W ] ] h Y f Y X f d c ] Y a Y b h U i h c i f X Đ i b 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 essen h ] Y Y { Đ f a Y f ce nouveau positionnement des Ehpad.

## 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 Ehpad au tarif global (DGCS, DSS, Cnam, CNSA).
11. D f c a c i j c ] f Y X f j Y c d d Y a Y b h U i h c i f X Đ i b « centre de ressources » (DGCS, U X Y b DGOS, CNSA).



## 7 c b W` i[ g b f U` Y

@ Ehpap actuel, peinant à recruter du personnel et à le former, assumant difficilement sa a ] g g ] c b` X Y` a f X ] W U` ] g U h ] c b ž` ] b g i Z Z ] g U a a Y b h` f Y g c i j Y b h` W c i d f` X Y g` g Y f g h e m e n t à g l o m i x i t e , m a j i n s è r e d a n s l e s h` X D U W territoires, est U i ^ c i f X D c i h` X Y` g c i Z Z` Y" ` = ` X c ] h` Z U ] f Y` la plupart des acteurs de ce domaine. Alors que le nombre et le niveau de dépendance des d Y f g c b b Y g` | [ i f e f o r t e m e n t e n F r a n c e d a n s l e s p r o c h a i n e s a n n é e s , l e s p o u v o i r s 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 U g g i a Y f` ` Y g` W \ c ] l` e i ]` g D ] 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, U ] b g ]` e i D i b rénovation du parc immobilier. Ils devront envisager les moyens de mieux prendre en charge les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, X c b h` ` D c f ] Y b h U h ] c b` g c i` établissement doit être questionnée.

8 Y g` [ U ] b g s o n t p o s s i b l e s d a n s u n e a p p r o c h e g l o b a l e Y` X Y g` X f s u r t o u t e g Y g` X D maladie en Ehpad. Les moyens supplémentaires alloués aux Ehpad peuvent être, au moins d U f h ] Y` ` Y a Y b h ž` W c a d Y b g f g` d U f` X Y g` f W c b c a ] Y g` ` D \ c g d ] h U` ] g U h ] c b l` d e c i n d e v i l l e ( c o n s o n d a t i o n j m é d i c a m e n t e u s e , X Y` a f 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 d f ] g Y` Y b` W \ U f [ Y` a f X ] W U` Y` Y b` f h U V` ] p l u s g r a n d e Y b h` Y h 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, X Y j f U ] Y b h` Z U j c f E h p a d d a n s d e s t e r r i t o i r e s d e r e f é r e n c e , e n X Y g` d f Y b U b h` ` D ] b ] h ] U h ] j Y` X Y` ` D c f [ U b ] g U h ] c b` X Y g` W 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.

7 Y g` d f f f Y e i ] g` X Y j f U ] Y b h` d Y f a Y h h f Y` X D f j c` i Y` Ehpad « centre de ressources » ž` c i j Y f h` g i f` g c b` h Y f f ] h p a t a , f Y` X Y` U i` X c a ] W ]` Y` Y h` {` ` U` j ]` ` Y" ` 7 D Y g h` W Y` a c X , ` Y` e aux pouvoirs publics nationaux de promouvoir.



@ ] g h Y ' X Y g ' U V f f j ] U h ] c b

- 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 ..... 5 ` ` c W U h ] c b ` d Y f g c b b U ` ] g f Y ` { ` ` Ð U i h c b c a ] Y
- ARS ..... Agence régionale de santé
- AS ..... Aide-soignant
- ASG ..... Assistant de soins en gérontologie
- ASH ..... Agent de service hôtelier
- ASH ..... Aide sociale { ` ` Ð \ f V Y f [ Y a Y b h
- ASV ..... Adaptation de la société au vieillissement
- Atih ..... 5 [ Y b W Y ` h Y W \ b ] e i Y ` X Y ` ` Ð ] b Z c f a U h ] c b ` \ c g d ] h U ` ] ,
- BNA ..... Banque de données nationale Alzheimer
- CASF ..... 7 c X Y ` X Y ` ` Ð U W h ] c b ` g c W ] U ` Y ` Y h ` X Y g ` Z U a ] ` ` Y g
- CDA ..... Cellule départementale X Ð U d d i ] `
- CH ..... Centre hospitalier
- CHU ..... Centre hospitalier universitaire
- Cire ..... 7 Y ` ` i ` Y g ` X Ð ] b h Y f j Y b h ] c b ` Y b ` f f [ ] c b
- CNR ..... Crédits non reconductibles
- Cnam ..... 7 U ] g g Y ` b U h ] c b h a l d i e Y ` X Ð U g g i f U b W Y
- CNDEPAH ..... Conférence nationale des directeurs X Ð f h U V ` ] g g Y a Y b h g ` d c i f ` d Y f g c b b Y
- CNSA ..... 7 U ] g g Y ` b U h ] c b U ` Y ` X Y ` g c ` ] X U f ] h f ` d c i f ` ` Ð U i h c b c
- CPIAS ..... 7 Y b h f Y ` X Ð U d d i ] ` d i f e t i o n s A s s o c i é e s a u x S o i n s b h ] c b ` X Y g `
- CPOM ..... 7 c b h f U h ` d ` i f ] U b b i Y ` ` X Ð c V ^ Y W h ] Z g ` Y h ` X Y ` a c m Y b g
- CPTS ..... Communauté professionnelle territoriale de santé
- CRAPS ..... Cellule régionale X Ð U d d i ] ` U i ` d ] ` c h U [ Y ` g U b ] h U ] f Y `
- CTP ..... Convention tripartite
- CVS ..... Conseil de la vie sociale
- DLU ..... 8 c g g ] Y f ` X Y ` ` ] U ] g c b ` X Ð i f [ Y b W Y
- DGCS ..... Direction générale de la cohésion sociale
- DGOS ..... 8 ] f Y W h ] c b ` [ f b f f U ` Y ` X Y ` ` Ð c Z Z f Y ` X Y ` g c ] b g
- DGS ..... Direction générale de la santé
- Drees ..... 8 ] f Y W h ] c b ` X Y ` ` U ` f Y W \ Y f W \ s t a t i s t i q u e Y g ` f h i X Y g ž ` X Y ` ` Ð
- DRL ..... Dotation régionale limitative

DSS .....	Direction de la sécurité sociale
Ehpa .....	Établissement X Ð \ f V Y f [ Y a Y b h ` d c i f ` d Y f g c b b Y g `   [ f Y g
Ehpad .....	v h U V ` ] g g Y a Y b h ` X Ð \ f V Y f [ Y a Y b h ` d c i f ` d Y f g c b b Y g `
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 .....	: f X f f U h ] c b ` X Y g ` f h U V ` ] g g Y a Y b h g ` \ c g d ] h U ` ] Y f g ` Y
FIR .....	: c b X g ` X Ð ] b h Y f j Y b h ] c b ` f f [ ] c b U `
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 .....	= b Z ] f a ] Y f ` X ] d ` ` a f ` X Ð v h U h
Idec .....	= b Z ] f a ] Y f ` X ] d ` ` a f ` X Ð v h U h ` W c c f X c b b U h Y i f
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 .....	Pf c [ f U a a Y ` ] b h Y f X f d U f h Y a Y b h U ` ` X Ð U W W c a d U [ b Y a Y b h
PRS .....	Projet régional de santé
PSGA .....	Plan solidarité grand âge
PUI .....	Pharmacie à usage intérieur
Rama .....	F U d d c f h ` U b b i Y ` ` X Ð U W h ] j ] h f ` a f X ] W U ` Y
REPSS .....	F U d d c f h ` X Ð f j U ` i d e l a s é c u r i t é s o c i a l e g ` d c ` ] h ] e i Y g
SAS .....	Société par actions simplifiée
SNDS .....	Système national des données de santé

---

Spasad .....	G Y f j ] WY ' d c ` mj U ` Y b h ' X Ð U ] XY ' Y h ' XY ' g c ] b g ' { ' X c a ]
Ssiad .....	Service de soins infirmiers à domicile
SSR.....	Soins de suite et réadaptation
SynerpaÅ ".....	Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées
TG .....	Tarif global
TP .....	Tarif partiel
UHR .....	l b ] h f ' X Ð \ f V Y f [ Y a Y b h ' f Y b Z c f Wf Y
URPS.....	Union régionale des professionnels de santé
USLD .....	Unité de soins de longue durée
UVP.....	Unité de vie protégée



## 5 b b Y I Y g

Annexe n° 1 : lettre de saisine .....	104
Annexe n° 2 : liste des entretiens .....	106
Annexe n° 3 : caractéristiques des 57 Ehpads 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 Ehpads 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)

8 ] f Y Wh ] c b ` X Y ` ` U ` f Y W \ Y f W \ Y ž ` X Y g ` ~~Dres~~ X Y g ž ` X Y `

(Questionnaire)

8 ] f Y Wh ] c b ` [ f b f f U ` Y ` X Y ` ` Đ c Z Z f Y ` X Y ` g c ] b g ` fl 8 ;

(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

7 U ] g g Y ` b U h ] c b U ` Y ` X Y ` eg(CNSA) X U f ] h f ` d c i f ` ` Đ U i h c

(Questionnaire et visioconférence)

Virginie MAGNANT, directrice ;

Olivier PAUL, directeur adjoint ESMS,

Dr M. Yannick EON, médecin de santé public

7 U ] g g Y ` b U h ] c b U ` Y ` ~~Chad~~ g g i f U b W Y ` a U ` U X ] Y ` fl

(Questionnaire)

Sara-Lou GERBER : directrice de cabinet du directeur général

Garmenick LEBLANC : coordinatrice de la cellule médico-sociale

5 [ Y b W Y ` h Y W \ b ] e i Y ` X Y ` ` Đ ] b ~~Atch~~ a U h ] c b ` g i f ` ` Đ \ c

(Questionnaire)

### **Haute autorité de santé (HAS)**

(Questionnaire et visioconférence)

Véronique GHADI. ` X ] f Y Wh f ] W Y ` X Y ` ` U ` e i U ` ] h f ` - X Y ` ` Đ  
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**

F U d \ U t ` ` ; @ 5 6 = ž ` X ] f Y Wh Y i f ` X Y ` ` Đ U i h c b c a ] Y ž `

Astrid LESBROS-5 @ E l = 9 F ž ` X ] f Y Wh f ] W Y ` -kofale.f [ i f Y ` X Y ` ` Đ

Christelle SANITAS, responsable du pôle personnes âgées,

Frédérique CHAVAGNEUX, directrice déléguée de la qualité et la performance,

Dr Denis OLLEON, responsable Pathos,

G Y f [ Y ` : 5 M C @ @ 9 ž ` U b W ] Y b ` f Y g d c b g U V ` Y ` X Y ` ` U ` d `

G h f d \ U b Y ` 8 9 @ 9 5 l ž ` X ] f Y Wh Y a g e r f ` X Y ` ` Đ ] b g d Y Wh ] c b

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

` Đ Y Z Z ] W ] -social, Y ` a f X ] W c

Jean-A U f W ` @ 9 ` A C = ; B 9 ž ` f Y g d c b g U V ` Y ` X Y ` ` Đ c Z Z f Y ` c  
Meurthe et Moselle)

**ARS Hauts-de-France**

G m ` j U ] b ` @ 9 E l 9 l L f r e m é d i c o - s o c i a l e , Y i f ` X Y ` ` Đ c Z

Dr DEFEBVRE, médecin santé publique,

Fanny DREMAUX,

G. GOURNAVIS,

7 \ U f ` c h h Y ` 8 5 B 9 H ž ` 8 ] f Y Wh f ] W Y ` X f d U f h Y a Y b h U ` Y

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**

Régine MARTINET, directrice des financements,  
 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 personnes âgées, unité parcours inclusif (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 l'unité personnes âgées,  
 Anne-Laure SAPET, gestionnaire administrative et financière à la MDA

**Conseil départemental de la Haute-Garonne (31)**

Pierre SUC-MELLA, directeur général délégué É autonomie des personnes âgées /  
 personnes en situation de handicap,  
 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 X Y ' ` Ð C ] g Y ' fl \* \$ Ł**

Clovis BOUTEILLE (DGA en charge de la solidarité, DGS par intérim)

Stellina LISMONDE (Directrice de la qualité, de ` Ð c Z Z f Y ž ' X Y ' ` U ' h U f ]  
` Ð f u a t i o n )

**Association des directeurs au service des personnes âgées (ADPA)**

(Questionnaire et visioconférence)

Éric FREGONA, directeur-adjoint

> Y U b b Y ' ; 9 F 5 F 8 = B ž ' W \ U f [ f Y ' X Ð U Z Z U ] f Y g ' d i V ` ] e

**Conférence nat] c b U ` Y ' X Y g ' X ] f Y Wh Y i f g ' X Ð f h U V ` ] g g Y a  
handicapées (CNDEPAH)**

(Questionnaire et visioconférence)

Emmanuel SYS, président

: f X f f U h ] c b ' X Y g ' f h U V ` ] g g Y a Y b h g ' \ Ð f h U ` ] Y f g

(Questionnaire et visioconférence)

Jean-7 \ f ] g h ] U b ' G C J F 5 B C ž ' X ] f Y Wh Y i f ' X Y ' ` Ð U i h c b c

Mme LAPLUME, conseillère aux établissements,

Mme le Dr LECOQ, conseillère médicale

: f X f f U h ] c b ' Z f U b , U ] g Y ' X Y g ' ] b Z ] f (EFIDEC) Y g ' X ] d `

(Questionnaire et visioconférence)

Anne-Hélène DECOSNE, présidente,

; U f h U b ' 6 C I J 9 H ž ' a Y a V f Y ' X i ' Wc b g Y ] ` ' X Đ U X a ] b ] g

### **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

l b ] c b ' b U h ] c b U ` Y ' ] b h Y f Z f X f f U ` Y ' X Y g ' Ê i j f Y g ' Y  
**(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>	B c a V f 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 X f h U V ` ] 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>	<b>Nombre X Đ f h U V ` ] g contrôlés</b>	<b>Représentation des établissements contrôlés</b>	<b>Représentation au niveau national</b>
<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 : r f d U f h ] h ] c b ` d U f ` g h U h i h ` [ f c [ f U d \ ] e i Y ` X**

<i>Statut géographique de la commune</i>	<b>Nombre X Đ f h U V ` ] g contrôlés</b>	<b>Représentation des établissements contrôlés</b>	<b>Représentation au niveau national</b>
<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 des comptes et CNSA (ERRD 2018 et Finess au 31 décembre 2018) - Les statuts géographiques reprennent les définitions de ` Đ = . b g Y Y

## 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 X DPA en établissement des départements**

9 b A Ö	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
<b><i>Total : dépenses + forfait</i></b>	<b>1 224</b>	<b>1 431</b>	<b>1 364</b>	<b>1 459</b>

Source : Cnam

## Annexe n° 5 : répartition des places entre départements

notamment un objectif 2.2 « Réduire les disparités territoriales de prise en charge des personnes handicapées » qui comprend un sous-objectif 2.2.1 « Réduire les disparités territoriales de prise en charge des personnes handicapées ».

Assurance maladie en euros par habitant.

### Analyse par le nombre de places

**Tableau n° 12 : Écart de dépenses de 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 X f d Y b g Ysurance maladie

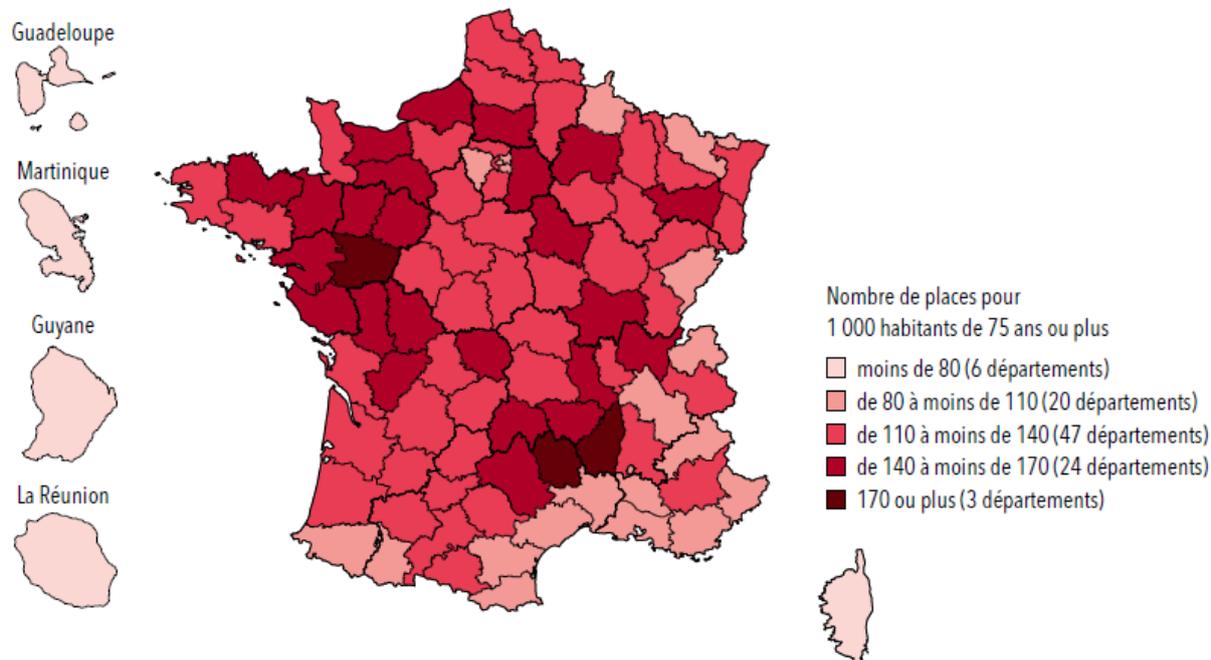
**Tableau n° 13 : écarts de dépenses X Ég U i f U b WY ' a U ` U000] personnes âgées de 75 ans et plus (versements de la CNSA aux Ehpad, Ehpa, AJ-HT, Ssiad, Spasad, dépenses en USLD et dépenses relatives aux actes infirmiers de soins)**

	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

@c WU` ] g U h ] c b ` X Y ` h U i l ` X Ð f e i ] d Y a Y

**Carte n° 2 : tU i l ` X Ð f e i ] d Y a Y b h ` Y b ` d ` U W Y g ` X Ehpad/ Y f [ Y a Y**  
**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<sup>er</sup> janvier 2020 (résultats arrêtés fin 2019)

**Annexe n° 6 : <sup>169</sup>dépenses pouvant être couvertes par des crédits complémentaires .B14-163 du WC des familles.**

%š ` 8 Y g ` U Wh ] c b g ` a ] g Y g ` Y b ` Ê i j f Y ` X U b g ` ` Y ` W U X f  
sanitaires exceptionnelles ;

2° Du développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes X fi Y l Y f W] WY ` X c b h ` ` fi c V ^ Y Wh ] Z ` Y g h ` X Y ` a Y h h f Y ` Y b  
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.

---

<sup>169</sup> Correspond à la note 59 du texte.

## Annexe n° 7 : comparaisons internationales pour la prise en charge des soins dans les Ehpad<sup>170</sup> É 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

Avec ces pays disposab

- 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

### Des convergences de fond, au-delà des différences institutionnelles

Les comparaisons internationales comportent leur contingent de précautions ou de Parmi celles-ci et concernant le secteur médico-social des établissements pour personnes âgées, politiques gérontologiques dans les pays étudiés, parfois de structure fédérale. Pour autant, il est frappant de noter que, la réglementation comme le financement présentent un caractère hybride, comme en France avec les ARS et les départements" social et politique croissant du vieillissement, accentué par la crise de la covid 19, permet 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 des évolutions démographiques et des ressources très différentes. Tel est le cas notamment de

<sup>170</sup> 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-XY { Y h Wc a a Y X c Wi a Y b h Y b h e u X Y e n b e c t a V f Y i g  
 XY DC789ž h c i g WY g d U m g Z c b h Z U WY { X Y g X f Z

- 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 ] a d c f h U b h { X Y g g U ; U f ] f g X D c f [ ] b Y f h f U b [ ,
- 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 d f c d c f h ] c b g h f , g Wc b j Y f [ Y b h Y g X Y d Y f g c b b Y g 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 ` ] g h Y g Y K D G D h b M Y f c [ Y b h U W h i Y ` Y a Y b h g i f ` Y g (Allemagne, Belgique, Canada, Japon).

Dans les autres options convergentes, il y a lieu de souligner aussi plusieurs orientations communes :

- des h U ] ` Y g X D f h U V ` ] g g Y a Y b h g g ] h i f Y g a U ^ c f ] h U f f WY b h Y { ` D U i - [ 2 0 Y ] b h g U h e i c ] b X Y D U f V g W c a s c s U g b Y h i h ] c b de « maisonnées » en interne de 15 ou 20 lits pour g D U h h U W \ Y f { Wc b ^ i [ i Y f X D i b Y Y h d U y f Z h Z ] W ] Y b WY Y h f f d U f ; h ] h ] c b X Y g Wc - h g
- le X f j Y ` c d d Y a Y b h Y b d U f à U p r o j e t s p a r t i c u l i e r s D f e n U n i v e r ] g g Y a Y X D U h h Y b h Y g g c W ] f h U ` Y g X p e r s o n n a l i s a t i o n p l u s f o r t e s X e s U ` ] g U h accompagnements. Ces établissements, généralement de plus petite taille, sont souvent plus coûteux pour les usagers comme pour les pouvoirs publics ;
- le succès des d f c ^ Y h g X D m e t t a n t e n a v a n t l a q u a l i t é s o c i o - a f f e c t i v e 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 ^ c i f ž \ f V Y f [ Y a Y b h h Y a d c f U a r t , f m a i s a u s s i f a v o c ] X e Y b WY g c i j Y f h i f Y g j Y f g X D U i h f Y g i g U [ Y g Y h Z f f e i Y b (cabinets médicaux ou paramédicaux ou de chirurgie dentaire, restaurants, boutiques, crèches, tiers lieux culturels, etc.), X D U i h f Y c e t t e p e r s p e c t i v e g é n é r a l e , ` D ] a d c f h U b WY U i > U d c b X i f Y W c i f g { ` D U W W i Y m U ` ] Y i U i g g ] X Y b c h Y f e i D Y b 6 Y [ ] e i Y ž W ] b U X U d h f X Y ` D \ f V Y f [ Y c h a m b r e s d é d i e e s a c o n t r e l e s o p é r a t e u r s f Y e i f f 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 ` D \ f V Y f [ Y a Y b h d Y f a b U c b b Y W f h f f l f WY a 6 a Y Y b [ h ] e ( i Y ` E U c V f Y ] 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 70% pour cette composante, un 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 lutte contre la surdité (rôle délétère des polymédications).

En revanche, de nombreux pays ont développé une forte présence sur les sujets de 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.

La principale différence inspirante qui peut être mise en avant réside dans les 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 de chaque établissement est organisée en Allemagne, au Canada (Ontario), au Danemark et en Suède<sup>171</sup>. La proportion de médicaments psychotropes, le nombre de chutes ou encore la satisfaction ressentie dans les relations avec le personnel et pour les repas dentaires par le public.

La proportion de médicaments psychotropes, le nombre de chutes ou encore la satisfaction ressentie dans les relations avec le personnel et pour les repas dentaires par le public. Le nombre de chutes ou encore la satisfaction ressentie dans les relations avec le personnel et pour les repas dentaires par le public. Le nombre de chutes ou encore la satisfaction ressentie dans les relations avec le personnel et pour les repas dentaires par le public. Le nombre de chutes ou encore la satisfaction ressentie dans les relations avec le personnel et pour les repas dentaires par le public.

<sup>171</sup> Pour les éléments détaillés et sources, confer le rapport R-2021-0912-2 de comparaisons internationales du 2 aout 2021, établi pour la sixième chambre de la Cour des comptes, et les notes par pays qui lui sont annexées.

<sup>172</sup> D f f g ] X Y b h Y ' X Y ' ' U ' ^ i f ] X ] W h ] c b ' Z ] b U b W ] „ f Y ' X Y ' ' D C b h U f ] c

@Đ] a d c f h U b h ' f f g ] X Y ' X U b g ' ` U ' f f d f h ] h ] c b ' X Y ' ` U constat à une date donnée.

8 Y g ' X ] Z Z f f Y b W Y g ' b Y h h Y g ' d Y i j Y b h ' ... observés Wc b g h U dans treize pays d U f ' i b ' a ... a Y ' [ Y g Aiojs que, dans certains pays, ce taux est supérieur (Irlande) ou très légèrement inférieur (Pays-Bas) à un agent pour un résident, il est ] b Z f f ] Y i f ' X Y tres (Belgique, Tchèque) de 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)ž ' ` Y ' h U i l ' X Đ Y b W U X f a M r a Y , B H E T P pour un résident, la X i Y ' e i Y ' ` Y ' f U h ] c ' Z f U b , U ] g ' Z ` f W \ ] h ' { ' Sužate+des fl d c i f ' Wc a d U f U ] g c b g ' X Y <sup>173</sup> h U i l ' X Đ Y b W U X f Y a Y b h

8 U b g ' W Y ' Wc b h Y l h Y ' [ ` c V U ` ž ' ` Y g ' a c E h p a d s i n t h f g ' X Đ 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 ;
- X Đ U i h f Y 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 c f [ U b ] g Ehpad comportant leurs propres équipes médicales salariées : Espagne, Italie, mais aussi en France ` c f g e i Y ' ` Đ f h U V ` 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 décloisonner 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 MRPA<sup>174</sup>, voire avec des résidences service) ;
- ou Y b h f Y ' X Y g ' f h U V ` ] g g Y a Y b h g ' X Đ \ f V Y f [ Y a Y b h ž ' X X Đ U i h f Y ' d U f h ž ' d c i f ' Wc b g h ] h i Médicaux adaptés X Y g ' f h U comme au Japon. Dans le secteur voisin du handicap, la France pratique de longue date la a f X ] W U ` ] g U h ] c b ' V i X [ f h U ] f Y ' X Đ i b Y ' d U f h ] Y ' X Y g f j c ` i Y f ' d f c [ f Y g g ] j Y a Y b h ' j Y f g ' X Y g ' Z c m Y f g ' X Đ U besoins de soins des résidents.

G Đ U [ ] g différences de perception des besoins de santé entre pays, il y a lieu de g c i ` ] [ b Y f ' ` U ' Z c f h Y ' d f f g Y b W Y ' g W ] Y b h ] Z ] e i Y ' Y h ' la maladie à corps de Lewy, pathologie relativement méconnue au sein des dites « maladies

<sup>173</sup> Dans le même esprit, les comparaisc b g ' X Y ' f f a i b f f U h ] c b g ' Y b h f Y ' d U m g ' X Y j f U ] exigées pour des pensions de retraite à taux plein, ainsi que du taux de remplacement des revenus.

<sup>174</sup> MRPA : maison de retraite pour personnes âgées

apparentées » X Y ' ' U ' a U ` U X, ce qui contribue à une forte part de chances pour des résidents, en France et ailleurs.

8 U b g ' X Đ U i h f Y g ' d U m g ' X Y ' g h f i W h i f Y ' Z f X f f U ` Y ' d le système de soins hospitalier relevant du fédéral ou du régional ž ' X Đ i b e t Y l e s E h p a d h ž relevant du fédéré ou du municipal ž ' X Đ U i i n s t a l l e d e s d i f f i c u l t é s b i e n c o n n u e s e n F r a n c e avant la dynamique de rapprochement pour lesquelles les ARS c b h ' f h f ' a ] g Y g ' Y b ' d ` U g d Y W h U X Đ U d ` i g ' ] a d c f h U b h ' e i Y ' ` Đ c f ] Y b h U h ] c b ' d c i f ' f j ] h Y f ' c i ' f E h p a d i a u t a n t q u e p o s s i b l e X a p p e l l e c o r r é l a t i v e m e n t u n i f Y X ] a Y b g ] c b b Y a Y b h ' X Y ' ` Đ c Z Z f Y ' X Y ' d o s p i t a l i s a t i o n [ f f ] U h de jour de médecine et de soins de suite et de réadaptation gériatriques.

Une autre particularité française Y g h ' ` Đ Y l ] g h Y b W Y ' X Y ' [ f c i d Y g ' d avec une forte présence internationale depuis 20 ans, sans équivalent dans les autres pays étudiés.