

Note

MISSION D'INFORMATION SÉNATORIALE SUR LA SITUATION DES EHPAD : la contribution de Matières Grises

Le Think Tank Matières Grises a été auditionné le 16 mai par les sénatrices Chantal Deseyne, Solanges Nadille et Anne Souyris, dans le cadre d'une mission d'information sur la situation des Ehpads. La présente note expose les constats et les préconisations de Matières Grises¹, en réponse aux questions adressées par les rapporteuses.

UN MODÈLE ÉCONOMIQUE DES EHPAD À BOUT DE SOUFFLE

Le modèle économique des Ehpads tel qu'il a été pensé à la fin des années 90 est désormais à bout de souffle. Aussi bien pour les établissements habilités à l'aide sociale que pour ceux qui ne le sont pas. Le constat est connu et unanime. Avant même d'avoir à affronter le défi démographique massif des années 2030, le secteur des Ehpads est aujourd'hui percuté par une quintuple crise :

LA CRISE COVID ET LA CRISE ORPÉA

À l'évidence, **le lien de confiance entre les français et les Ehpads a été percuté par la crise sanitaire d'abord, par la crise provoquée par la publication des « Fossoyeurs » ensuite.** La Covid a provoqué de nombreux décès en Ehpads en raison d'une surmortalité due évidemment à l'état d'extrême fragilité des

résidents ; la pandémie a aussi conduit à un confinement strict qui a provoqué un vrai malaise chez les familles et plus généralement dans l'opinion publique.

**“Le secteur
des Ehpads
est aujourd'hui
percuté par une
quintuple crise.”**

L'INFLATION ET L'EFFET CISEAUX

Par ailleurs, depuis 2 ans, **l'évolution tendancielle des dépenses (salaires, énergie, alimentation...) est significativement plus élevée que celle des dotations publiques.** Quand on met en rapport l'inflation, les difficultés de

1. Cette note a été rédigée avec le concours de nos adhérents. Nous remercions tout particulièrement les groupes Clariane, UNIVI et VYV pour leur contribution.

recrutement ou la baisse des taux d'occupation d'un côté, et les taux d'évolution des dotations soins et dépendance ou des tarifs hébergement notamment habilités à l'aide sociale, on comprend comment cet effet « ciseau » a provoqué des déficits massifs.

UNE CRISE DE L'INVESTISSEMENT

Au-delà du fonctionnement au quotidien, s'est également posée la question du financement des investissements, pourtant nécessaires qu'il s'agisse des mises aux normes de sécurité, de l'application du décret tertiaire, de l'adaptation des établissements aux périodes de chaleurs (canicule) ou de l'adaptation des locaux à l'accroissement du nombre de résidents présentant des troubles neurologiques. Or, les difficultés d'accès aux crédits pour les acteurs économiques en général, et pour les opérateurs d'Ehpad en particulier, n'ont jamais été aussi aigues.

Suite à l'affaire Orpéa², **les investisseurs sont devenus plus frileux que jamais**. Les banques ne prêtent plus comme avant ; les fonds d'investissement ne se bousculent plus vers le secteur du grand âge ; et la Bourse, qui a permis pendant 20 ans de drainer l'épargne des Français vers les Ehpad, a été le théâtre de terribles déconvenues pour les opérateurs qui avaient choisi cette voie de financement. Sans ces financements, plus de rénovation, plus de constructions nouvelles dans un contexte où les besoins d'investissements sont évalués à minima à 25 milliards d'euros à l'horizon 2025³.

Il est toujours très difficile de communiquer sur cet aspect car les médias ont contribué à populariser l'idée que le secteur des Ehpad constituait un « Eldorado » pour les opérateurs privés. La vérité consiste à reconnaître au contraire qu'en 2024 les Ehpad n'attirent plus les investisseurs et que les groupes existants ont le plus grand mal à refinancer leurs dettes. Il ne faut pas oublier que les Ehpad sont des biens immobiliers très

particuliers qui peuvent difficilement être transformés pour leur donner une autre destination (logement, résidences services...). S'agissant d'un concours de long terme, les investisseurs attendent donc en premier lieu une vraie visibilité incompatible avec les à-coups législatifs et réglementaires.

Un premier groupe privé, Médicharme, vient tout juste de déposer le bilan. D'autres sont aujourd'hui dans l'obligation, faute de trouver d'autres voies de financement, de céder une partie de leur immobilier pour se désendetter.

Dernière contrainte : les investissements nécessaires à la décarbonation du secteur pour atteindre les objectifs fixés dans le décret tertiaire et la loi Egalim sont également à prendre en compte pour mieux évaluer les besoins pour la période 2025-2030.

Aussi, **le modèle économique des Ehpad a atteint ses limites** en ce qu'il ne permet plus de financer les investissements nécessaires à la modernisation (transformation, rénovation) et à l'adaptation des capacités de prises en charge, alors que les besoins vont significativement augmenter, sur le plan démographique comme sur le plan épidémiologique. Cette quintuple crise touche tous les Ehpad en France quelque soient leurs statuts.

“Le modèle économique des Ehpad a atteint ses limites.”

Si le décrochage des évolutions de tarifs au regard de l'augmentation du niveau de perte d'autonomie était constaté depuis plusieurs années, les Ehpad parvenaient jusqu'à la crise Covid à faire bonne mesure. Mais face à **la difficulté depuis 2021 de retrouver des taux d'occupation corrects ajouté aux probléma-**

2. Orpéa est devenu emeis en 2024

3. Sur la base d'un coût de construction de 200 000 € / lit et à raison d'un besoin de 100 000 lits d'Ehpad d'ici 2035.

tiques de recrutement et à l'inflation, les établissements constatent que tous les efforts faits depuis 2 ans pour rationaliser les coûts (massification des achats, pilotage des remplacements au plus près de l'activité...) sont gommés par une augmentation subie des charges (inflation, taux d'intérêt, recours à l'intérim).

En conséquence, **les établissements déplorent parfois d'être devenus des « chasseurs de prime »** (ESMS numérique, Ségur...). D'autres, habilités à l'aide sociale, se sont convaincus d'ouvrir des discussions avec les Conseils Départementaux pour avoir la possibilité de pratiquer un tarif différencié pour les résidents non éligibles à l'aide sociale, possibilité désormais ouverte plus largement grâce à l'article 24 de la loi Bien Vieillir du 8 avril 2024.

SMALL IS BEAUTIFUL, BUT EXPENSIVE

Évidemment, **le modèle économique passe aussi par la question de la « bonne taille »**. La réforme de la tarification des années 2000 et le système de

tarification alors mis en place a conduit les Ehpads à considérer qu'une fourchette de 80-120 lits constituait la taille idéale. C'est la raison pour laquelle les très nombreuses maisons de retraite, notamment privées, d'une capacité de 25 à 60 lits ont quasiment toutes disparues de la carte dans les années 2000. **Il est ici essentiel de comprendre combien l'allocation des ressources influe directement sur la taille des Ehpads.**

En France, une place d'Ehpads est financée en moyenne autour de 150 € / jour (hébergement + dotations soins et dépendance). Les établissements comptent dès lors une capacité moyenne de 80-90 lits. En Espagne, par comparaison, les établissements perçoivent environ 100 € / jour / résident mais ont plutôt des capacités de 150 lits. À l'inverse, aux Pays-Bas, la recette moyenne d'un résident atteint 350 euros... ce qui permet de gérer des établissements de 20 à 30 lits. **À l'évidence, la France ne peut — ou ne veut pas — se payer en 2024 des établissements de type danois ou néerlandais...**

POUR SUIVRE LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES EHPAD AU-DELÀ DE LA FUSION SOINS / DÉPENDANCE

Le Think Tank Matières Grises est totalement favorable à la fusion des sections soins et dépendance qui avait été pensée en 1999 pour maintenir un double circuit de financement Assurance Maladie / Départements. Il convient en effet de rappeler **l'anormalité d'un système qui, en 1999, a théorisé qu'une aide-soignante en Ehpads ne relevait pas à 100 % des soins**. Imagine-t-on pourtant qu'une aide-soignante à l'hôpital n'émarge pas à 100 % à l'Assurance Maladie ? Non évidemment. Mais ce qui paraît évident dans le secteur sanitaire ne l'a plus été dans le secteur médico-social.

La fusion soins-dépendance permettrait d'abord que les médecins, les IDE, les AS, les psychologues et les autres professions

médicales ou paramédicales émargent à la même section tarifaire. Elle simplifierait également les négociations avec une autorité tarifaire unique responsable de ce bloc « soins-dépendance ».

“La fusion ne traite pas la question centrale du financement adapté aux besoins du secteur.”

Cependant, **la fusion ne traite pas la question centrale du financement adapté aux besoins du secteur.**

Une plus grande médicalisation des Ehpad, nécessaire compte tenu des profils des résidents (polypathologiques, maladies neurodégénératives...), ne pourra être atteinte que **si l'augmentation annuelle du futur « forfait global unique » est au moins égale à l'augmentation de l'ONDAM**, ce qui n'est jamais arrivé au cours des 15 dernières années (à une exception près en 2016).

La construction même de la circulaire budgétaire annuelle pose problème.

Un ONDAM « personnes âgées » est voté par le Parlement en novembre. Il détermine un montant global de dépenses pour l'année N+1. Mais ce n'est généralement qu'en mai voire juin qu'une circulaire fixe le taux de revalorisation des dotations soins pour l'année N. Et encore, ce taux est généralement une sorte de calcul résiduel, une fois que les autres curseurs ont été déterminés. À aucun moment donc, le taux de revalorisation n'est fixé en fonction de critères médico-économiques objectifs (inflation, évolution de la masse salariale, promotion de la prévention, aggravation des GMP...). Dès lors, **il nous paraîtrait utile et sain qu'une conférence tarifaire se tienne chaque année en janvier** entre l'État et les fédérations pour établir les critères de répartition des crédits de l'ONDAM afin que ce travail, essentiel, ne se passe pas seulement dans les couloirs des ministères entre Bercy et la DSS.

Mais la fusion des sections est aussi le prétexte de s'interroger sur ses modalités d'application :

1/ LA FUSION DES SECTIONS SOINS ET DÉPENDANCE NE TRAITE PAS LA QUESTION DU CONTENU MÊME DE LADITE SECTION

Le périmètre des sections soins et dépendance n'a quasiment pas évolué depuis les décrets de 1999. Or, de nombreuses dépenses pourtant liées au soin continuent d'émerger à la section hébergement (locaux de soins, logiciels, secrétariat médical, animation, diététiciens, salaire du directeur...). Une réactualisa-

tion du périmètre de cette section tarifaire permettrait également de revoir, 25 ans après sa définition, son contenu afin d'abord de sortir du triptyque médecin-IDE-AS pour ensuite intégrer de manière plus franche non seulement les métiers d'accompagnement (psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes...) mais aussi les innovations numériques et technologiques.

2/ ELLE NÉCESSITE UNE RÉFLEXION SUR LA GÉNÉRALISATION DU TARIF GLOBAL

En 1999, on a laissé aux Ehpad le choix de leur option tarifaire : tarif partiel vs. tarif global. Puis, au fil des ans, l'État a supprimé cette liberté de choix en contingentant chaque année le nombre d'Ehpad susceptible de passer du tarif partiel au tarif global alors même que tout le monde considère désormais que le tarif global est évidemment plus efficace, notamment en termes de prévention. **La fusion des tarifs peut être l'occasion d'une généralisation du tarif global progressive** avec un coefficient d'inflation déterminé, au risque de se retrouver dans la situation décrite aujourd'hui.

3/ ELLE SUPPOSE UN TRAITEMENT DE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS TERRITORIALES

Cette réforme suppose de gérer la question des écarts de point GIR entre les différents départements. On sait cette question complexe puisque cette harmonisation ne peut s'entendre que « par le haut ».

Enfin, la loi prévoit aujourd'hui que seuls 20 départements pourront participer à l'expérimentation en 2025 alors même que 23 souhaitent à ce stade y participer. Nous pensons que le prochain PLFSS doit ajuster ce quota de 20 départements pour que tout département volontaire ne soit pas empêché. Dans le même esprit, si chacun juge en 2025 ou 2026 que cette réforme va dans le bon sens, **il apparaîtrait contre-productif de laisser traîner en longueur cette expérimentation jusqu'en 2028** comme cela est prévu actuellement.

REMETTRE À PLAT LES OUTILS DE TARIFICATION

Ce débat est aussi vieux que ... la grille AGGIR. Depuis la fin des années 90 pour AGGIR et le mitan des années 2000 pour PATHOS, ces modèles n'ont eu de cesse d'être contestés. Nos adhérents ont sur ce sujet des avis différents, les uns souhaitant une refonte de ces outils, d'autres estimant qu'il en va d'AGGIR et PATHOS comme de la démocratie : ce sont les pires systèmes exceptés tous les autres...

Mais il est vrai que **ces outils d'évaluation nécessitent une attention sur au moins 3 aspects :**

1/ DES ÉVALUATIONS TROP ESPACÉES

Alors que la réglementation 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, la tarification PATHOS est réalisée en moyenne sur une fréquence trop importante (plus de 5 ans) pour tenir compte de l'évolution des résidents.

De fait, **on constate fréquemment un décalage entre les moyens alloués et les besoins de la prise en charge.** Une évaluation tous les ans, voire tous les 6 mois, serait nécessaire. Elle supposerait que le processus de validation par les tutelles soit plus efficient. Il nécessite aujourd'hui un médecin valideur en ARS qui fait souvent défaut. Il pourrait être prévu la possibilité de laisser la main aux médecins coordonnateurs avec un contrôle a posteriori des médecins de l'ARS : instaurer un mode déclaratif contrôlé a posteriori. À défaut, appliquer le seuil moyen départemental si celui-ci est plus favorable dans l'attente de l'évaluation conforme.

2/ DIGITALISER LE PROCESSUS D'ÉVALUATION

En 2024, les évaluations se mènent exactement comme en ... 2001. Comme si Internet n'existait pas. Nous pensons au contraire qu'il faut d'urgence initier un process utilisant les outils digitaux, et limitant les déplacements sur site de

l'ARS à des fins de contrôle et en utilisant des outils de télétransmission sur un modèle Cerfa. Le secteur médico-social pourrait s'inspirer en la matière des pratiques du PMSI du secteur sanitaire.

3/ MODERNISER L'OUTIL LUI-MÊME

Par ailleurs, comme souligné dans de nombreux rapports, il s'avèrerait nécessaire d'adapter le cadre de tarification aux personnes handicapées vieillissantes ou à la géro-psycho-geriatrie. **Des questions se posent ainsi sur le référentiel PATHOS lui-même, qui ne prend pas suffisamment en compte certaines situations** (ex : prévention, thérapies non médicamenteuses). Ce n'est pourtant pas faute pour le Dr Jean-Marie Vetel, fondateur de l'outil dans les années 90, d'insister auprès de la CNSA pour imaginer un « New PATHOS ».

4/ REVOIR TOTALEMENT LE PROCESSUS D'ÉVALUATION INDIVIDUELLE

Mais au final, nous pensons surtout que la fusion des sections soins et dépendance doit être le prétexte à un big bang de l'évaluation. Est-il en effet utile d'évaluer le GMP et le PATHOS de chaque résident pour aboutir à un GMPS, base d'une tarification dont les bases ne sont ensuite qu'imparfaitement réévaluées ? Pour la grande majorité des établissements désormais, la charge en soins a tendance à converger. Les outils GMP et PATHOS ont pu apparaître pertinents jusqu'à la moitié des années 2010, pour finaliser la conduite du changement vers l'accueil d'une population de plus en plus fragile. Mais à la veille d'un forfait soins-dépendance, **plus rien ne justifie une individualisation à outrance des évaluations AGGIR et PATHOS.**

“La fusion des sections soins et dépendance doit être le prétexte à un big bang de l'évaluation.”

Cette fusion pourrait s'accompagner d'un financement forfaitaire qui nécessiterait que l'Ehpad prouve une fois tous les 3 ou 5 ans qu'il accueille au moins 70 ou 80 % de GIR 1 à 3 (ce qui est le cas de la majorité des Ehpad déjà aujourd'hui). Ceci constituerait un gigantesque gain de temps tant pour les établissements que pour les autorités tarifaires sachant que la tarifica-

tion pourrait alors donner plus d'importance à des variables de qualité reposant sur les certifications concluantes menées par la Haute Autorité de Santé. Quant au contrôle financier, il s'effectuerait sur la base d'un contrôle d'une bonne affectation des enveloppes financières sur des comptes comptables pré-identifiés, sur certification du CAC.

HABILITATION À L'AIDE SOCIALE : ASSURER LA BONNE MISE EN ŒUVRE DE L'ARTICLE 24 DE LA LOI BIEN VIEILLIR

La mission sénatoriale s'interrogeait sur la pertinence d'introduire une différenciation des tarifs hébergement des Ehpad habilités à l'aide sociale en fonction des ressources des résidents. La question a entretemps été réglée par l'adoption de l'article 24 de la loi du 8 avril 2024.

“Les textes réglementaires d'application de cet article 24 seront fondamentaux.”

Cette disposition de la loi « Bien Vieillir » a été saluée par les opérateurs privés associatifs et commerciaux. Aujourd'hui, si plus de 75 % des lits sont habilités à l'aide sociale, seuls 16 % des résidents perçoivent effectivement l'aide sociale à l'hébergement. **L'habilitation à l'aide sociale est donc devenue avec le temps un outil de régulation des tarifs plus encore qu'un mode de solvabilisation.**

L'article 24 va donc permettre aux établissements publics notamment mais aussi privés à but non lucratif d'avoir plus de liberté dans la fixation des tarifs et ainsi d'augmenter leur capacité d'auto-financement, élément majeur au regard des investissements nécessaires dans les prochaines années.

Des opérateurs s'étaient déjà engagés dans cette démarche, afin de répondre aux difficultés économiques de leurs établissements en considérant le fait que seuls 20 % de leurs résidents étaient effectivement éligibles à l'aide sociale.

Mais souvent le diable se niche dans les détails, **les textes réglementaires d'application de cet article 24 seront fondamentaux pour savoir si le gouvernement accompagne cette réforme dans son esprit ou compte tout faire pour en réduire l'impact.** S'il faut protéger le consommateur de toute hausse indue, il ne faut pas non plus rendre immédiatement inopérante cette réforme en la corsetant dans des variables par trop rigides.

AMÉLIORER L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS DU GRAND ÂGE ET FIDÉLISER LE PERSONNEL DES EHPAD

Si les revalorisations de salaires des professionnels étaient nécessaires et le seront encore (revalorisation des budgets soins à la hauteur de l'inflation, définition de postes administratifs dans

le budget soins ...), elles ne sont pas suffisantes pour réenchanter les métiers du grand âge. **Il est nécessaire d'agir sur plusieurs leviers : la fidélisation du personnel, le recrutement et la formation.**

Des actions doivent être aussi menées au niveau de l'entreprise, avec **la mise en place de politiques RH dynamiques sur le plan des rémunérations, de la formation et de la qualité de vie au travail** et du renforcement du dialogue social. La question du choix des horaires de travail qui fracture désormais le monde du travail entre ceux qui en bénéficient et les autres, se pose dans tous les établissements sanitaires et médico-sociaux. La contrainte que constitue désormais le travail en cycle de jour, de nuit et de week-end doit faire l'objet d'une plus grande reconnaissance avec de véritables contreparties dont pourraient ne pas bénéficier ceux qui disposent d'une plus grande liberté.

“Si les revalorisations de salaires des professionnels étaient nécessaires, elles ne sont pas suffisantes pour réenchanter les métiers du grand âge.”

Le développement de l'apprentissage et de la VAE pour l'ensemble des catégories de personnel, la mise en place d'une plus grande délégation de tâches entre le médecin, les cadres de santé, les IDE et les AS, le recours à de nouveaux dis-

positifs (VAE inversée...), ou encore la suppression des incitatifs à privilégier un CDD vs un CDI sont autant de pistes proposées voire déjà mises en place par les opérateurs.

À l'époque du Rapport El Khomri de 2019, le Gouvernement avait projeté de lancer une grande conférence sociale sur les métiers du Care : cette initiative n'a finalement jamais vu le jour. **Nous proposons qu'une conférence sociale soit convoquée par Catherine Vautrin qui a le privilège d'avoir sous sa responsabilité le soin, le grand âge, l'emploi et la formation.** Nous avons plaidé devant le Sénat pour la création d'une délégation interministérielle à l'emploi des soignants chargée de déverrouiller les freins en matière de formation et d'attractivité des métiers au moment même où nous apprenions que Catherine Vautrin renonçait au contraire à mettre en place un délégué interministériel aux métiers du social, du médico-social et du soin. Dommage.

Il faudrait pourtant que les plannings et les conditions d'exercice soient plus en phase avec les aspirations des salariés (rythme de travail, conditions de travail, perspectives de carrière) comme il faudrait changer de paradigmes dans le recrutement (*travailler la marque employeur, tester la motivation plus que les compétences, favoriser l'alternance*) et le management (*autonomisation des équipes, favoriser délégation de tâches, formation, favoriser le bien-être et la reconnaissance au travail*).

FAIRE DE L'EHPAD UN « CHEZ SOI » : LES CONDITIONS D'UNE TRANSFORMATION « DOMICILIAIRE »

Le Think Tank Matières Grises a beaucoup travaillé sur le concept d'Ehpad du futur en publiant en 2022 un ouvrage qui a depuis fait référence⁴.

Le monde des Ehpad est traversé depuis des décennies par le débat entre lieu

de vie et lieu de soins. Un Ehpad, c'est aujourd'hui évidemment les deux. Mais une réflexion a eu lieu pour savoir comment implanter au mieux dans les Ehpad une logique « domiciliaire ». Pas facile quand, en passant de son domicile à l'Ehpad, une personne voit son

4. https://m.matières-grises.fr/nos_publication/lehpad-du-futur-commence-aujourd'hui/

espace privatif passer en moyenne de 60 à 22 m².

Nous avons d'abord insisté sur la nécessité de passer du « Bienvenue chez nous » au « Bienvenue chez vous ». Soit de **passer d'une logique où les règles et les contraintes de l'institution cessent de prévaloir sur la liberté et la volonté des résidents**. La question du droit de visite est symptomatique : trop d'Ehpad encore aujourd'hui fixent des horaires de visite comme si une résidente n'était pas libre de recevoir un proche à 22 h ou à 8 h. Celle de l'alimentation se pose aussi quand toute une série de règles de sécurité (HACCP) empêche des résidents de manger ce qu'ils veulent. Idem enfin avec les contraintes horaires qui ne sont en réalité que des conséquences d'organisation de plannings. C'est ainsi qu'on a longtemps expliqué que les personnes âgées avaient l'habitude de dîner à 17 h 30...

Se pose également la question architecturale. Aujourd'hui rien ne ressemble plus à une chambre d'Ehpad qu'une chambre d'hôpital. Une chambre avec le lit au milieu avec une salle de bains accessible : voilà la chambre type en Ehpad qui ne permet pas de recevoir sa famille ou ses proches. **Une autre répartition entre surface privative et surface collective doit être opérée**. Comme il

est nécessaire de revoir à terme la surface des chambres qui devra à terme atteindre un minimum de 28 m² si l'on veut que la notion de « domicile » n'apparaisse pas comme une supercherie.

**“Passer
du « Bienvenue
chez nous »
au « Bienvenue
chez vous »”**

Prenant acte que le Laboratoire des solutions de demain mis en place par la CNSA en 2022 n'a pas permis de faire bouger les lignes, nous avons suggéré au Sénat que l'État puisse mettre en place une Task Force pour emmener les Ehpad vers ce futur désirable. À l'instar de ce qu'avait été la Mission MARTHE entre 1999 et 2001 pour entrer dans la nouvelle réforme de la tarification, une mission d'appui de 4 à 5 personnes (DGCS, CNSA, architecte, directeur d'Ehpad, sociologue...) pourrait être missionnée par le gouvernement pour conduire cette nécessaire mutation. Les directrices et directeurs d'établissements souhaitent être entraînés dans une aventure collective permettant dès maintenant de penser l'Ehpad de 2030.

TRANSFORMER L'EHPAD EN VÉRITABLE PLATEFORME DE SERVICES : LES ATOUTS DU MAILLAGE TERRITORIAL

Dans le document précité, Matières Grises est parti du constat que les 7 500 Ehpad de France constituaient un atout considérable en termes de maillage territorial. **Une majorité de français ont un Ehpad à moins de 5 kilomètres de chez eux**. Et il y a désormais plus d'Ehpad en France que de bureaux de poste... Il faut donc faire de cette implantation territoriale un atout en transformant l'Ehpad en véritable plateforme de services.

Nous vous renvoyons pour plus de précisions à ce que nous avons développé

dans notre ouvrage. Mais nous avons notamment insisté sur :

1/ LA MISE EN ŒUVRE D'UNE PLATEFORME IN ET OUT...

Cette plate-forme IN et OUT, décrite dans le schéma plus haut, a vocation à exprimer notre souhait que le lieu physique que constitue l'Ehpad puisse servir de véritable centre de ressources pour les personnes qui viennent y chercher un service ou pour les personnes qui attendent que l'Ehpad vienne leur fournir ledit service.

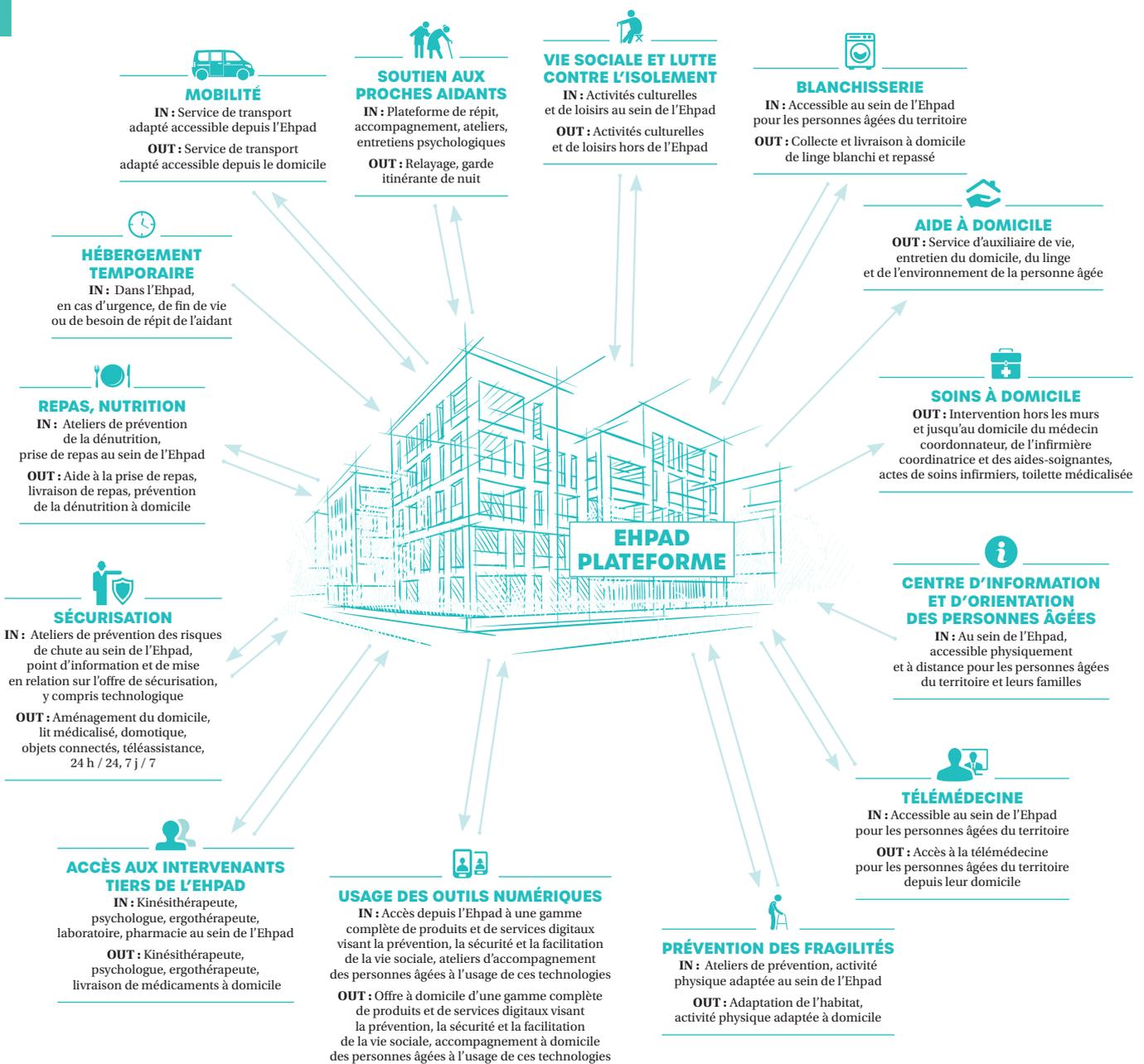
2/ ... NÉCESSITE UNE RÉFORME DU RÉGIME DES AUTORISATIONS

Mais pour en arriver là une réforme des autorisations s'avère indispensable. Aujourd'hui, un tel schéma supposerait de superposer plusieurs autorisations (Ehpad, accueil de jour, hébergement temporaire, garde de nuit itinérantes, Saad, Ssiad...) et de permettre qu'un Ehpad serve des prestations à des non-résidents (activités physiques adaptées, prévention, animation, restauration...).

Tout ceci nécessite un bouleversement du régime des autorisations.

“Une réforme des autorisations s'avère indispensable.”

Qui pourrait s'accompagner d'une réflexion sur des autorisations de « file active ». L'Ehpad serait alors autorisé pour suivre une population (un nombre de personnes), à lui ensuite de trouver la meilleure prise en charge à chacun. La logique partirait des individus plutôt que du type d'institution.



De ce point de vue, la création des Centres de Ressources territoriaux (LFSS 2022) si elle constitue une avancée, est apparue au début comme décevante par rapport à ce qu'aurait pu être un dispositif bien plus ambitieux. **On peut en effet s'interroger sur le niveau de l'ambition fixée dans le cadre des appels à projet (un seul par département), bien insuffisant pour couvrir les besoins.** Pour autant, les premières remontées de terrain semblent aujourd'hui donner une orientation bien plus positive : 115 CRT

seraient déjà opérationnels et 500 prévus à l'horizon 2028.

Pour autant, **les CRT ne doivent pas nous dispenser de réformer en profondeur le cadre juridique**, notamment en permettant à chaque établissement de fonctionner en multi-modal et en ouvrant la possibilité de fonctionner avec d'autres acteurs en plateforme avec un financement global (sans forcément créer une nouvelle catégorie d'ESMS). Matières Grises avait en son temps rédigé un amendement au Code de l'Action Sociale que nous reproduisons ici.

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

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

Article L. 312-1-1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

À PROPOS DU THINK TANK MATIÈRES GRISES

Créé au printemps 2018, le Think Tank Matières Grises réunit les principaux acteurs de la filière d'accueil et de prise en charge de la personne âgée afin de réfléchir ensemble et être force de proposition sur les grands sujets liés au vieillissement. Animé par Luc Broussy, ce Think Tank est composé en mai 2024 de 25 groupes opérateurs du secteur du Grand Âge qui ont fait le choix d'y adhérer.

- ACPPA
- Adef Résidences
- AESIO Santé
- ARPAVIE
- Axentia
- Clariane
- Colisée
- Domidep
- Domitys
- DomusVi
- Eiffage
- Emeis
- Emera
- Heurus
- Les Jardins d'Arcadie
- Maisons de Famille
- Montana
- Mutuelle Bien Vieillir
- Nexity
- Fondation Partage & Vie
- Sedna
- SOS Seniors
- Steva
- Univi
- Groupe Vyv

Les écrits produits par le Think Tank ne les engagent pas individuellement.



www.matieres-grises.fr