

# Conclusions et préconisations de l'atelier « Offre de demain pour les personnes âgées en perte d'autonomie »

La lettre de mission adressée par le Premier Ministre à Dominique Libault rappelle que le Président de la République a annoncé sa volonté de mettre en œuvre une réforme permettant une meilleure prise en charge durable du vieillissement. Dans ce cadre, il est demandé d'examiner les évolutions à apporter aux différentes modalités d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, qu'il s'agisse des structures d'accueil ou des services favorisant le soutien à domicile, y compris les nouvelles formes de logement ou d'hébergement, ces évolutions proposées pouvant aller jusqu'à un changement du modèle actuel.

Dans ce cadre, l'atelier « Offre de demain pour les personnes âgées en perte d'autonomie » s'est réuni à cinq reprises entre octobre et janvier :

- une séance consacrée à l'état des lieux de l'offre actuelle d'accompagnement de la perte d'autonomie, de ses réussites et de ses limites ;
- une séance consacrée à un débat sur la définition de l'offre cible;
- une séance consacrée à la définition de la qualité attendue de l'offre à destination des personnes âgées en perte d'autonomie et à ses conditions de mise en place et de développement. Cette séance a également été consacrée à la formulation des freins à la constitution de l'offre cible établie lors de la deuxième séance ;
- une séance de débat sur les différentes propositions opérationnelles formulées par les participants ;
- une séance de discussion autour du livrable final.

Les participants ont largement contribué au travers de contributions individuelles sur les sujets relatifs à l'offre cible, aux freins à lever pour l'atteindre et sur la qualité. Ces contributions ont nourri le débat, les comptes rendus intermédiaires et le livrable final ont été diffusés à l'ensemble des membres.

Le groupe a souhaité dans un premier temps s'affranchir des réalités actuelles pour tenter de définir les services attendus par les personnes âgées et leurs proches à un horizon de moyen terme. L'atelier a, de façon consensuelle, demandé que la définition de l'offre parte des besoins et des attentes de la personne et qu'elle raisonne sur la base de prestations souhaitables et attendues et non des structures qui les délivrent, les contours des institutions actuelles ayant vocation à évoluer. Un objectif central des travaux a été de garantir le plus possible la liberté de choix des personnes en proposant une organisation de l'offre dont l'accessibilité géographique et financière et la diversité préserve le mieux possible les possibilités de choix. Il s'agissait également de fluidifier et décloisonner les réponses actuelles. L'offre cible devra être le plus possible coordonnée/intégrée de façon à s'adapter aux besoins de la personne en limitant les ruptures (géographiques, affectives, d'accompagnement). Le groupe n'a pas pu dans le temps imparti aller au bout d'un modèle plus disruptif s'affranchissant des catégories juridiques et financières actuelles pour constituer des réponses globales intégrées garantissant l'accès à une gamme de prestations pour lesquelles une nomenclature plus précise paraît nécessaire pour s'assurer de la prise en compte de l'ensemble des besoins des nouvelles générations de personnes âgées.

Il a surtout cherché à définir les moyens et leviers nécessaires pour conduire une première étape de transformation de l'offre et donc des structures actuelles vers cette offre cible moins cloisonnée. La nécessité d'intégrer la variété des structures d'offre existantes sur le territoire comme la volonté de conduire la transformation de façon pragmatique amènent à ne pas préconiser de voie unique pour parvenir à l'offre cible, et ce d'autant plus que les besoins démographiques rendent la plus grande partie de l'offre actuelle indispensable. Les outils d'analyse des dispositifs de soutien à domicile développés à l'initiative conjointe de la CNSA et de la DGCS pourront utilement accompagner des démarches expérimentales diversifiées.

Le constat de départ est que l'offre actuelle n'est pas pleinement satisfaisante malgré des progrès incontestables. D'une part, malgré la préférence affichée par les Français pour le maintien à domicile, le taux d'institutionnalisation est l'un des plus élevés d'Europe dans un contexte de création rapide de places d'EHPAD ces dix dernières années. Malgré l'augmentation conséquente des moyens alloués aux établissements, le dévouement et l'implication des professionnels du secteur et le foisonnement d'initiatives, l'image de l'établissement s'est dégradée auprès des Français et la qualité de vie au travail paraît s'y être détériorée. Les taux d'encadrement y sont jugés trop bas et les conditions de travail difficiles.

Par ailleurs, le secteur du domicile n'a pas systématiquement été privilégié et son modèle économique reste fragile : le secteur paraît atomisé et les difficultés de recrutement y sont marquées. Les formes alternatives d'habitat se développent mais pas majoritairement dans les formes les plus accessibles financièrement.

L'atelier propose un changement de modèle reposant sur quatre axes de façon à ce que l'offre réponde réellement aux besoins et aux attentes des personnes âgées en perte d'autonomie :

- permettre un soutien au domicile d'origine tant que c'est le choix de la personne et que ce choix est soutenable pour les proches et financièrement (pour l'individu et la collectivité) ;
- offrir des alternatives domiciliaires regroupées offrant plus de sécurité et sociabilité et une soutenabilité financière supérieure en cas de perte d'autonomie accrue mais avec des besoins de soins modérés ;
- offrir des conditions d'accueil en établissement garantissant à la fois un projet de vie et un accompagnement de qualité aux personnes pour lesquelles les conditions de santé, de perte d'autonomie, de troubles du comportement conduisent à privilégier cette solution dont le groupe note qu'elle a vocation à diminuer en part relative conformément aux souhaits actuels de la population;
- garantir dans chacune des solutions offertes aux personnes âgées un niveau de qualité élevé, en termes d'accompagnement (soin, aide, vie sociale), de cadre et de projet de vie conciliant inclusion et intimité.

Du fait des évolutions démographiques d'ici 2050, l'atelier a en effet majoritairement acté que l'établissement serait conduit à accompagner essentiellement les personnes âgées les moins autonomes et à constituer à l'avenir une part plus réduite de l'offre. L'atelier note que ces évolutions ont pour nécessaire corollaire 1) la hausse des moyens financiers alloués aux trois piliers de l'offre de façon à garantir leur qualité et la réussite de la transition, 2) des évolutions tarifaires, juridiques et de gouvernance pour garantir un décloisonnement et une ouverture effective des différents segments de l'offre et partant une plus grande fluidité des parcours et adaptation des accompagnements.

Le présent document porté par les co-présidents du groupe Marc Bourquin et Anne Burstin est largement nourri des échanges tenus au sein de l'atelier mais il n'engage pas les participants de l'atelier et ni les institutions dont ils sont membres. Il est constitué de trois parties : la première détaille les principaux constats quant à l'état des lieux actuel, la deuxième dessine les contours de l'offre cible et la troisième les principales propositions opérationnelles retenues par le groupe pour amorcer la convergence vers cette cible. Certaines propositions font apparaître des options lorsqu'un choix consensuel ou majoritaire n'a pas pu être dégagé. Il ne prétend pas à l'exhaustivité, le sujet étant particulièrement vaste à couvrir en cinq séances.

## **I. Etat des lieux : Une offre aujourd'hui diversifiée mais difficilement lisible et offrant d'insuffisantes garanties de qualité et d'équilibre économique**

### **1. A domicile, une offre diversifiée mais difficilement lisible, atomisée et inégalement répartie, et des modèles économiques fragiles**

Selon les données du Credoc, les Français plébiscitent le maintien à domicile : 49 % des plus de 70 ans considèrent que pour bien vieillir, il faut avant tout « rester à domicile le plus longtemps possible ». L'offre disponible est diversifiée : environ 7 000 services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) existent sur le territoire dont un quart sont habilités à l'aide sociale. Le

nombre de personnes pris en charge n'est pas précisément connu : ces services prennent en charge au moins 760 000 personnes (nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile).

Parallèlement, l'offre d'accompagnement à domicile s'est diversifiée et développée : les places en accueils de jour ont été multipliées par 6 en 10 ans et celles de services de soins infirmiers à domicile ont augmenté de 55% (126 000 places de SSIAD installées en 2017).

Le secteur a fait l'objet de réformes récentes :

- les SAAD ont fait l'objet d'une réforme unifiant leur régime juridique (autorisation) et leur permettant d'intervenir sur l'ensemble de leur zone d'intervention. Un cahier des charges permettant une harmonisation de leurs pratiques a été mis en place et ces services font l'objet d'une contractualisation renforcée dans le cadre des CPOM, qui restent toutefois facultatifs.
- la loi ASV a ouvert la possibilité d'expérimenter un modèle intégré d'organisation (les SPASAD) combinant les soins infirmiers (SSIAD) et l'aide (SAAD) sous l'autorité d'un infirmier coordonnateur.

Le modèle économique des services à domicile est toutefois très différent entre les SSIAD et les SAAD :

- les SSIAD sont financés par l'assurance maladie dans le cadre d'un CPOM avec l'ARS. Ils dispensent des actes techniques (AMI) et principalement des soins de base (AIS). Le coût annuel moyen d'une place de SSIAD en 2017 est de 13 021 €. Ce montant a évolué beaucoup moins vite que le forfait soins des EHPAD. La tarification est forfaitaire et ne dépend pas du degré d'autonomie ou de besoins en soins de la personne suivie de sorte que les SSIAD ne sont pas incités à prendre en charge les cas sévères. Les intervenants sont des infirmières/ers (salariés de la structure ou libéraux, mais dans tous les cas rémunérés par le SSIAD) et des aides-soignantes/ts. Le reste à charge des bénéficiaires est nul.
- les SAAD habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale s'inscrivent dans un dialogue de gestion avec le conseil départemental, qui définit le montant du financement alloué par une dotation globale ou par un tarif horaire. Les autres SAAD, qui prennent également en charge des bénéficiaires de l'APA ou de la PCH, conservent une relative liberté dans la fixation du prix de leurs prestations. Cette notion de « tarif horaire » ne doit pas être confondue avec celle de « tarif de référence », retenu par le conseil départemental pour valoriser les plans d'aide APA versés aux bénéficiaires. Une fois pris en compte le crédit d'impôt au titre des services à la personne<sup>1</sup>, le reste à charge final de l'utilisateur de services d'aide à domicile qui ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale est égal à 50 % de la somme du ticket modérateur de l'APA et de l'éventuelle différence entre le tarif pratiqué par le SAAD et le tarif de référence de l'APA retenu par le conseil départemental.

Selon une enquête menée par la CNSA et la DGCS à l'été 2018 auprès de 88 conseils départementaux, les pratiques tarifaires vis-à-vis des SAAD sur l'année 2017 en mode prestataires sont disparates. Ainsi, les tarifs moyens pondérés en fonction de l'activité relevés en semaine des SAAD habilités à l'aide sociale (HAS) s'élèvent à 21,67 euros pour l'APA. Les tarifs de référence des SAAD non HAS se situent quant à eux à 19,29 euros pour l'APA. Il convient de noter que 75% de l'activité APA est réalisé par des SAAD HAS. Pour ces services, il n'est pas prévu, sauf dans quelques départements et de façon marginale, de sur-participation. Par contre, les SAAD non HAS, peuvent fixer librement leurs tarifs ce qui peut impliquer une sur-participation pour l'utilisateur. Néanmoins, l'ampleur de celle-ci n'est pas connue avec précision.

Le coût de revient horaire moyen des SAAD avait été évalué à 24€ dans une première étude de coût<sup>2</sup>, avec néanmoins un échantillon très restreint de services (50 SAAD)..

En outre, les difficultés de recrutement y sont fortes (77 % des employeurs du secteur de l'aide à domicile sont concernés selon l'enquête Besoin de Main d'œuvre 2018 de Pôle Emploi) ce qui pèse sur la capacité d'exécution des plans d'aide.

Malgré la création des SPASAD, les participants notent que le système reste lourd en termes de gestion (du fait notamment des différences de mode de financement et de l'existence de deux autorités de tarifications et de contrôle, l'ARS et le CD) et modérément satisfaisant pour les usagers qui voient se succéder des intervenants multiples avec une coordination aléatoire.

La nécessité pour les SPASAD de disposer d'une taille critique permettant notamment de disposer d'un professionnel spécifiquement dédié à la coordination des soins et de l'aide fait l'objet d'un relatif consensus

En outre, malgré les efforts des collectivités locales, en particulier des départements, qui cherchent à mettre en réseau les acteurs, la forte atomisation apparaît clairement comme un frein à l'amélioration de la coordination et de la professionnalisation. Le même diagnostic peut être fait pour les SSIAD.

## 2. L'EHPAD, un modèle qui hésite entre la médicalisation et le lieu de vie d'une part, la liberté des personnes et leur sécurité d'autre part

<sup>1</sup> Le crédit d'impôt est versé l'année suivant la réalisation des dépenses qui y ouvrent droit.

<sup>2</sup> Source : « Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts », DGCS –

### a. Des moyens croissants mais une population accueillie de plus en dépendante

Selon les données de la CNSA, l'offre médico-sociale a crû de 87 % entre 2005 et 2016. En particulier, l'offre de places d'EHPAD est passée de 441 000 places d'EHPAD en 2006, à près de 600 000 fin 2015, soit un accroissement de 35 % de l'offre d'accueil en établissement d'hébergement médicalisé en 10 ans. Outre l'accueil en EHPAD, les hôpitaux publics proposent environ 30 000 places en USLD avec un taux d'encadrement médical très élevé.

Outre cette hausse du nombre de places, le taux d'encadrement a été significativement augmenté sur la période : il est passé de 57,2 ETP pour 100 résidents en 2007 à 62,7 ETP en 2015 soit une hausse de 9,6 %. En particulier le taux d'encadrement en personnel soignant (personnel médical, paramédical et aides-soignantes) est passé de 24,9 ETP pour 100 résidents en 2007 à 28,7 en 2015 soit une hausse de 15,3 %. Ainsi c'est plus de 100 000 emplois qui ont été créés dans les EHPAD sur la période.

Taux d'encadrement pour 100 résidents

	2007		2011		2015	
	Total	dont personnel soignant	Total	dont personnel soignant	Total	dont personnel soignant
EHPAD publics	61,1	29,2	66,0	32,4	67,9	33,1
EHPAD privés à but non lucratif	52,7	20,3	56,2	23,1	59,1	25
EHPAD privés à but lucratif	51,9	18,4	53,2	20,3	55,5	23,4
TOTAL EHPAD	57,2	24,9	60,8	27,5	62,7	28,7
maison de retraite non EHPAD	44,0	14,3	40,2	9,9	38,1	6,1
Logements foyers non EHPAD	13,7	1,6	13,4	1	13,2	1
USLD*	77,4	48,7	92,4	65	102,6	72,7
<b>TOTAL</b>	<b>54,7</b>	<b>23,6</b>	<b>54,7</b>	<b>23,6</b>	<b>57</b>	<b>26,4</b>

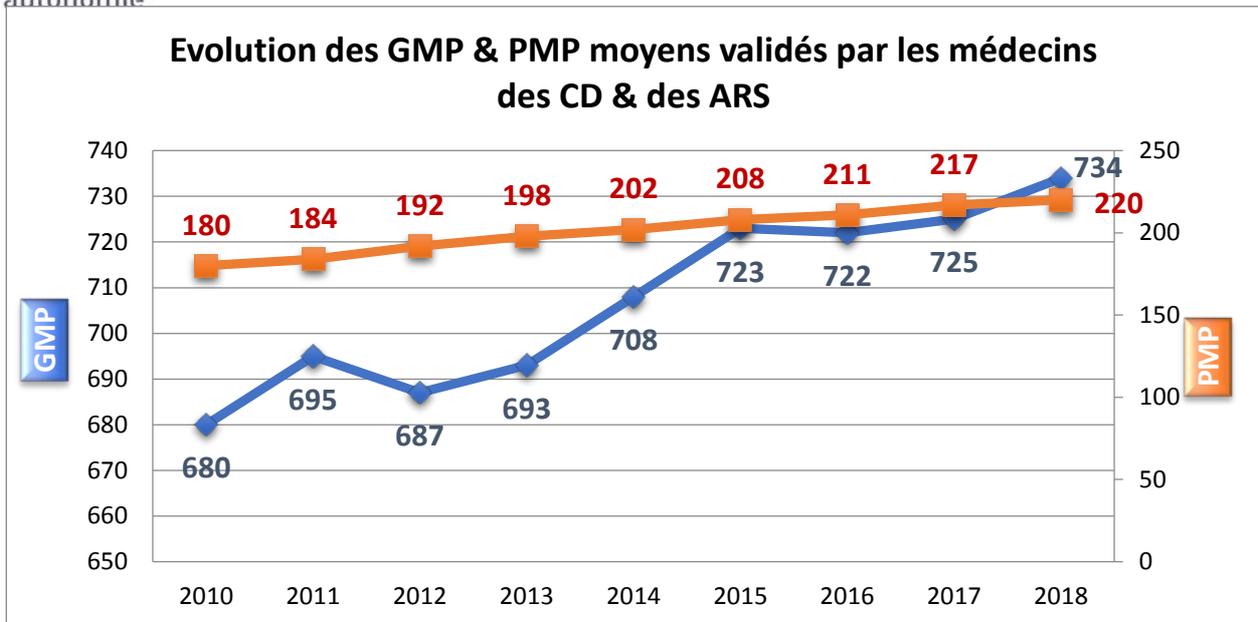
\*champ non constant

Source : DREES, Enquêtes Ehpa

Cependant, cette amélioration quantitative et qualitative de l'accueil en établissement s'est faite dans un contexte de réduction de l'autonomie et de hausse tendancielle des besoins de soins des personnes accueillies en EHPAD qui a partiellement neutralisé les efforts réalisés sur le taux d'encadrement. **Toutefois, selon la DREES, la hausse du taux d'encadrement ne traduit pas seulement la baisse du niveau d'autonomie des personnes accueillies puisqu'on constate également une augmentation à autonomie donnée<sup>3</sup>.** Bien que les taux actuels restent en-deçà notamment des préconisations du plan « Solidarité –Grand âge » de juin 2006 qui prévoyait un taux d'encadrement de 1 ETP pour 1 résident pour « les établissements qui accueillent les publics les plus dépendants<sup>4</sup> », il est incontestable que les moyens accordés aux EHPAD ont été globalement croissants depuis 10 ans.

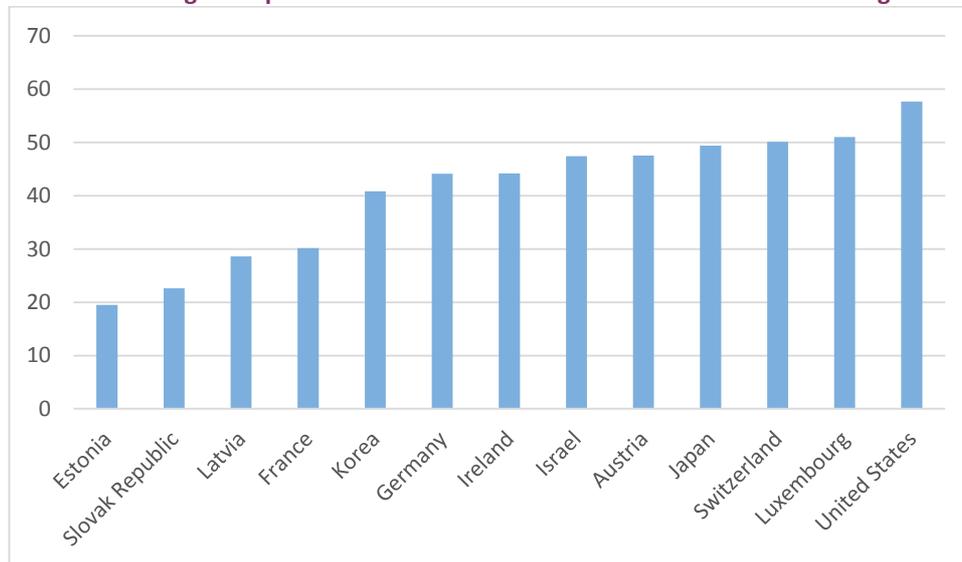
<sup>3</sup> « Note à l'attention de Bertrand Fragonard », DREES, septembre 2018.

<sup>4</sup> Défini dans le plan comme les établissements dont le GMP est supérieur à 800. Sur ce champ, le taux d'encadrement est de l'ordre de 0,70 actuellement selon le HCFEA.



Les comparaisons internationales sur la médicalisation et le niveau d'accompagnement sont malaisées. Les données de l'OCDE sur les soins de longue durée ne sont pas exactement sur le champ des personnes âgées en perte d'autonomie<sup>5</sup>. Toutefois elles permettent de mesurer que le taux d'encadrement en personnel soignant apparaît plus bas en France que dans la plupart des pays pour lesquels des données sont disponibles (autour de 0,3 en France contre 0,44 en Allemagne par exemple). Cependant il n'est pas certain que la notion de personnels soignant soit identique dans les différents pays et il n'existe pas de base de comparaison internationale sur l'ensemble des personnels. Par ailleurs, la France se caractérise par un taux d'institutionnalisation supérieur à l'Allemagne ce qui peut expliquer une partie de l'écart (cf. graphique). En effet on peut penser que les pays qui ont moins recours à l'établissement réservent celle-ci aux cas de perte d'autonomie les plus lourds.

#### Taux d'encadrement soignants pour 100 lits d'accueil en établissement de soins de longue durée (2015)

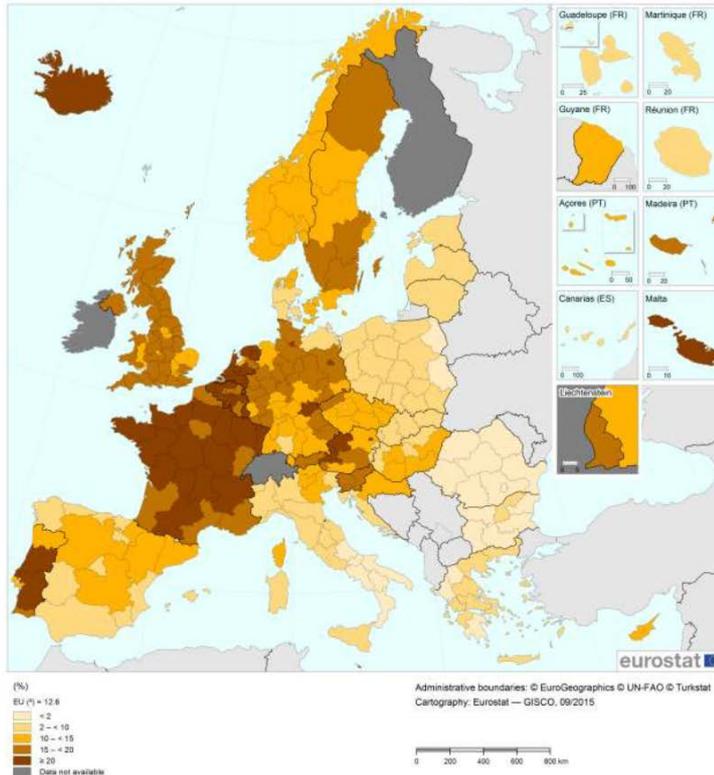


Source: OCDE, Long-Term Care Resources and Utilisation

#### Part de la population de plus de 85 ans vivant en institution en 2011

<sup>5</sup> Pour une présentation du champ retenu en comparaison internationale voir Rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale sur le financement des couvertures sociales dans les domaines de la famille et de la dépendance en comparaison internationale, octobre 2018.

Share of population aged 85 years and over living in an institutional household,  
by NUTS level 2 region, 2011 (\*)  
(%)



Source : Eurostat

## b. L'image de l'EHPAD relativement négative fait souvent de l'entrée en structure un choix par défaut, vécu comme privé de liberté

Les participants notent qu'un cercle défavorable à la perception de l'établissement semble s'installer : les ménages privilégient le domicile (alors même qu'il peut parfois être une source d'isolement supplémentaire<sup>6</sup>). Dès lors, l'entrée en EHPAD se fait de plus en plus tard, en situation de perte d'autonomie de plus en plus prononcée, ce qui conduit à faire de l'EHPAD une structure devant répondre à des besoins de soins de plus en plus importants, pouvant conduire à épuiser émotionnellement et physiquement les personnels soignants, ce qui en renforce la perception négative, malgré l'engagement, le dévouement et la capacité d'innovation des professionnels du secteur.

L'EHPAD conçu au départ comme un lieu de vie partiellement médicalisé a ainsi glissé vers un lieu de soins, perdant parfois de vue la notion de lieu de vie, malgré des efforts réels de nombreux acteurs. Cette tendance a renforcé le sentiment de mise à l'écart de la société des personnes âgées les plus dépendantes.

Selon les données du Credoc, 40% des Français qui ont un proche prochainement concerné pensent que le processus d'entrée en maison de retraite va se faire contre l'accord de celui-ci et 80 % des Français considèrent qu'entrer en institution signifie perdre son autonomie de choix. L'entrée en institution est ainsi vécue comme une contrainte et se fait contre l'avis de la personne ou sans qu'elle ait pu exprimer son choix dans 40 % des cas. La personne se sent dépossédée de l'intime et de sa liberté de choix au quotidien pour les actes de la vie ordinaire, dans son incapacité à choisir la gestion de son temps (heure de toilettes, de repas,...) ou à conserver ses arbitrages quotidiens (choix de vêtements, du menu,...).

Les participants ont relevé que la vision dépréciative de l'EHPAD est accentuée par une dénomination jugée péjorative (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ....) et par des pratiques d'implantation géographique qui ont pu être perçues comme une mise à l'écart du reste de la société.

<sup>6</sup> Certains participants parlent même d'enfermement à domicile

Le poids des normes qui conduit à écarter ces établissements d'un modèle domiciliaire préservant des règles de vie proches de celles connues avant l'accueil en structure d'hébergement est également souvent critiqué et pourrait être passé au crible d'un équilibre raisonnable entre qualité de vie et sécurité. Si plusieurs participants insistent sur les lourdeurs des normes qui pèsent sur l'établissement (sécurité des individus et des lieux, règles d'hygiène,...), d'autres reconnaissent que ces réglementations sont le produit de situations passées parfois dramatiques (incendies ..). Mais la question des normes comme les arbitrages entre sécurité et liberté des résidents des EHPAD reste un point sensible dont le curseur devrait pouvoir évoluer sur la base de débats de société éclairés.

Diverses initiatives ont tenté de décloisonner les offres et en particulier les établissements ces dernières années (EHPAD hors les murs, services à domicile renforcé en résidences autonomie ou résidences services). Toutefois, les participants notent que ces initiatives butent sur la complexité du financement et sur les contraintes règlementaires (dans une structure unifiant résidences services et EHPAD, le personnel de l'EHPAD ne peut pas intervenir dans la résidence services et inversement).

### 3. Les formes d'habitat entre domicile et institution regroupent entre 150 000 et 200 000 personnes âgées

Entre le domicile et l'institution, plusieurs formes d'habitat se sont développées permettant de concilier une logique domiciliaire et un bouquet de services adaptés. Toutes ces formes sont du domicile au sens de l'APA et bénéficient ainsi des prestations et des dépenses fiscales qui s'y rapportent.

Les résidences autonomie (anciens logements-foyers) comportent environ 110 000 places. La loi ASV a institué des prestations minimales pour garantir la qualité d'accueil des résidents et a institué un forfait-autonomie versé par les départements, *via* les conférences des financeurs, pour financer la prévention de la perte d'autonomie. Elles sont très majoritairement publiques, les taux d'encadrement y sont significativement plus bas qu'en EHPAD car les résidences autonomie ne peuvent accueillir qu'un nombre limité de personnes en perte d'autonomie (dans la limite de 15% de la capacité autorisée pour les GIR 1 à 3, 10% pour les GIR 1-2).

Environ 50 000 hébergements sont proposés en résidences services. La Loi ASV a créé un statut générique pour ces résidences, qui ne sont pas régies par le CASF et dont le statut était le même depuis 1965.

Environ 6 000 personnes âgées sont accueillies dans le cadre d'un accueil familial. La loi ASV a créé un référentiel d'agrément et a amélioré les droits des personnes accueillies.

Enfin, l'habitat inclusif ou alternatif se développe sans que des données quantitatives soient disponibles compte tenu de la diversité des innovations et des formats.

### 4. Des inégalités territoriales importantes

À domicile comme en établissement, les taux d'équipement ou d'intervention des professionnels auprès des personnes sont inégaux sur le territoire (cf. graphique) : à titre d'exemple, les taux d'équipement en EHPAD sont compris entre 52 places et 198 places pour 1 000 personnes âgées, les plus faibles étant enregistrés dans les DOM et les départements corses et les plus élevés en Bretagne, en Pays de la Loire ainsi que dans plusieurs départements du nord de l'Occitanie et du sud d'Auvergne-Rhône-Alpes. Globalement trois modèles émergent :

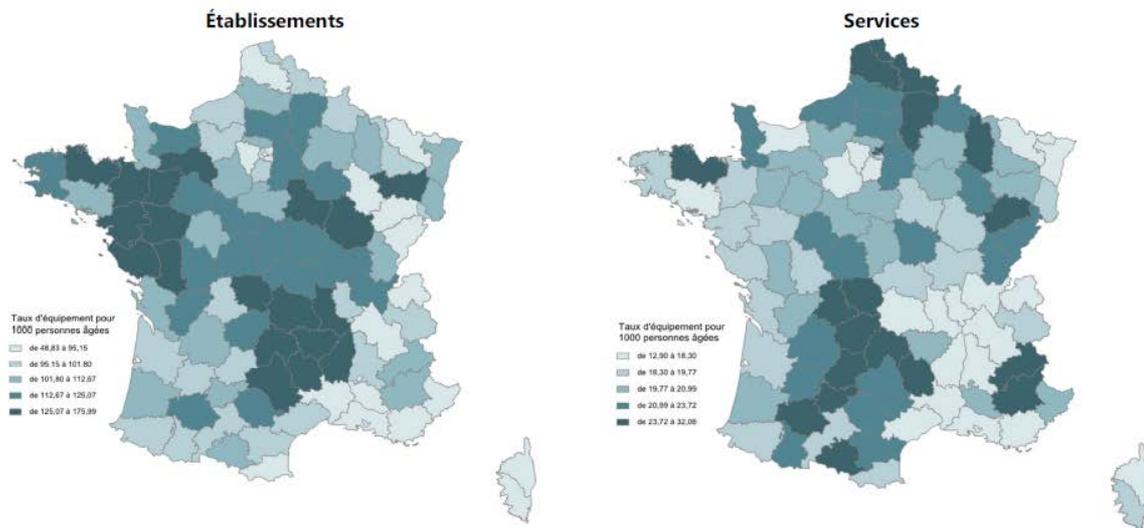
- L'ouest et la partie orientale du massif central se caractérisent plutôt par un taux d'équipement élevé en EHPAD ;
- Le Nord et l'Est ainsi que la partie occidentale du massif central se caractérisent par un taux d'équipement élevé en services de soins infirmiers à domicile ;
- Le Sud de la France, en particulier le sud-est se caractérisent par un nombre d'actes infirmiers en libéral particulièrement élevé.

La dépense moyenne annuelle par habitant de plus de 75 ans en soins infirmiers et en versements au titre de l'assurance maladie aux établissements médico-sociaux varie de 1500 à 3500 euros selon les départements en 2017 (la médiane se situe autour de 2100 euros et l'écart-type autour de 300 euros) : les écarts de taux d'équipement, au-delà de différences locales de choix dans les modes d'accompagnement semblent bien révéler un inégal accès aux soins sur le territoire pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Au-delà des écarts de taux d'équipement, des différences de pratiques des conseils départementaux relatives à l'APA sont relevées : selon une enquête menée par la CNSA et la DGCS à l'été 2018 auprès des départements, les tarifs horaires APA en 2017 fixés par le département pour un service prestataire varient de 16,3 € à 23,4 €. Outre les différences de tarif, des écarts de pratiques sont relevés relativement aux aides techniques, au financement du répit des aidants, ... Si certaines différences peuvent s'entendre au regard du principe de libre administration des collectivités locales, l'atelier demande que soit mise en

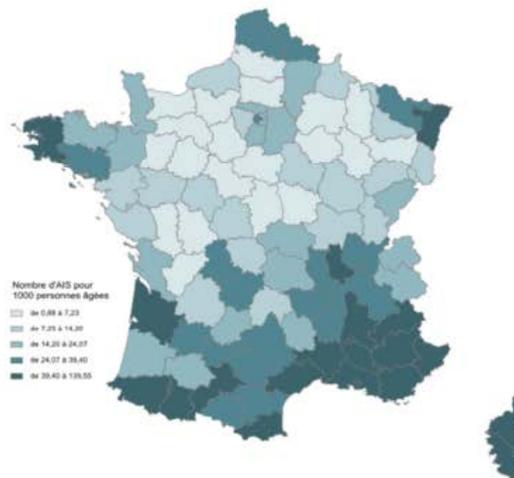
place une plus grande homogénéité de traitement sur le territoire pour garantir l'accès à une offre de qualité, cette question étant évidemment en lien avec les ateliers « Nouveaux Financements » et « Gouvernance ».

**Taux d'équipement en établissement et services médico-sociaux pour 1000 habitants âgés de plus de 75 ans, par département en 2016**



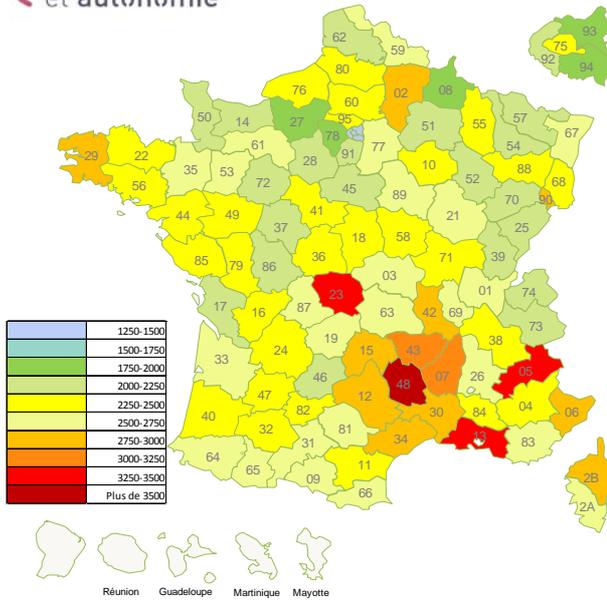
Source : FINESS, traitements CNSA, INSEE.

**Nombre d'actes infirmiers de soins (AIS) pour 1000 habitants âgés de plus de 75 ans par département en 2016**



Source : CNAMTS, INSEE.

**Dépense annuelle moyenne (ESMS + AIS) par personne de plus de 75 ans par département en € en 2017**



Source : CNAMTS, Insee

## II. L'offre cible de demain doit reposer sur des prestations de qualité coordonnées et disponibles partout sur le territoire, dans le respect de principes fondamentaux : libre-choix, accessibilité, respect de la dignité et des droits et libertés, préservation d'une vie sociale.

### 1. La définition de l'offre doit partir des besoins de la personne et être formulée d'abord en termes de prestations attendues

Les participants du groupe se sont accordés sur les principes qui doivent guider la définition de l'offre-cible.

- La nécessité **de partir des attentes des personnes âgées et de leur famille est affirmée comme un principe cardinal** et se décline de la façon suivante :
  - La priorité donnée au domicile d'origine semble correspondre à l'expression dominante du libre choix mais ne doit pas conduire à sous-estimer les risques d'isolement de cette solution. La logique du « chez-soi » doit quoiqu'il en soit être centrale quel que soit le logement.
  - Le respect dans toutes les formes d'accompagnement des personnes âgées en tant que personne, ce qui suppose la préservation d'une autonomie de vie, le respect de l'intime et des droits et libertés, de la participation sociale et de l'exercice de la citoyenneté, de l'attention à porter aux conditions de vie et de fin de vie.
  - La réflexion sur l'offre ne peut pas négliger le point de vue des aidants et leur capacité à faire face (ou non) aux besoins de la personne aidée
  - L'offre devra rechercher l'évolutivité de l'habitat (quel qu'il soit) et des services sur un même territoire, limitant au maximum les ruptures géographiques et environnementales et permettant des continuités de personnel de référence
- L'offre de demain restera diverse, pour répondre à des besoins et des attentes des personnes âgées comme à des réalités territoriales différentes (pas de modèle unique). Mais par-delà cette diversité, la nécessité du décloisonnement des structures et des métiers se fait jour pour améliorer la lisibilité de l'offre, sa coordination et sa qualité
- Des exigences qualitatives fortes doivent s'appliquer en établissement comme à domicile : projets de vie ambitieux, professionnels en nombre et qualification suffisants, vigilance éthique (liberté et sécurité), standards renforcés et intérêt aux enjeux architecturaux et à l'intégration urbaine. Cette exigence qualitative ne dispense pas d'une nécessaire réflexion sur la place et le poids des normes.

**Le groupe a souligné l'importance de ne pas raisonner d'emblée en type de structures ou de statuts, qui ont vocation à évoluer, mais en prestations attendues/rendues, notamment pour permettre une réponse complète et domiciliaire quel que soit la forme d'habitat choisie.**

L'objectif est de pouvoir répondre à la diversité des besoins, et le plus possible à domicile, d'intégrer la nécessité d'évolutivité continue des prestations au regard des besoins des personnes et également de fluidifier leur parcours : c'est à l'opérateur et non à la personne de s'adapter.

Les membres expriment leur regret d'une offre aujourd'hui trop binaire et cloisonnée : domicile/établissement ; structures du domicile SSIAD/SAAD. Ils estiment par ailleurs qu'un axe de transformation de l'offre doit être la volonté de réduire l'éparpillement / la multiplicité des intervenants auprès d'une personne, à domicile comme en établissement. Idéalement, le groupe estime que l'offre de demain doit s'adapter progressivement aux besoins et attentes de la personne en évitant les ruptures brutales géographiques, psychologiques ou d'environnement.

## 2. La qualité doit nécessairement s'entendre dans une acception large et ambitieuse

La qualité a été définie comme « l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins des utilisateurs », ici, les personnes âgées et leurs aidants. Ces attentes sont diverses, quotidiennes et éthiques, liées à la qualité de l'accompagnement mais aussi à la liberté de choix, à celle d'aller et venir librement, au cadre de vie et au maintien d'une inclusion sociale :

- Le respect du libre choix de la personne âgée
  - L'effectivité des droits et libertés
  - La qualité des soins dispensés et de l'aide apportée
  - La diversité qualitative des professionnels disponibles pour la personne mais aussi leur indispensable coordination
  - La prévention et la gestion des risques
  - L'accessibilité financière et géographique
  - La diversification et la personnalisation de l'offre
  - Le degré de coordination pour éviter les ruptures de parcours
  - L'inclusion dans la société et la qualité de la vie sociale.
- Le groupe relève par ailleurs l'impérative nécessité de faire évoluer la sémantique jugée trop souvent stigmatisante pour les personnes âgées elles-mêmes et pour les structures les accueillant ; le vocabulaire peut contribuer à renforcer l'attractivité et la valorisation de l'offre. Les participants soutiennent la réflexion engagée par le HCFEA sur l'évolution des termes, notamment administratifs, entourant l'offre à destination des personnes âgées en perte d'autonomie. A ce stade, le reste du document conserve la dénomination « Ehpad » tout en appelant à un changement de ce terme.

La promotion de la qualité tient naturellement aux moyens accordés mais dépend également de la qualité et de l'état d'esprit du management et des équipes. Elle peut résulter d'une dynamique propre aux structures mais peut également être évaluée, encouragée et valorisée par les pouvoirs publics. La nécessité d'une évaluation est posée par le groupe mais celui-ci attire l'attention, dans un contexte de relative rareté des moyens, sur le nécessaire équilibre des forces investies dans l'accompagnement d'une part, l'organisation et la mesure de leur qualité d'autre part.

- **Un service de qualité ne peut être fourni que par un personnel formé, valorisé, en nombre suffisant et serein dans son travail.** Dès lors, les participants estiment que l'amélioration de la qualité passe également par une hausse des taux d'encadrement, une revalorisation des métiers et des parcours professionnels des personnels concomitante avec une élévation du niveau de qualification initiale et continue, une baisse des taux d'absentéisme et d'accident du travail, et plus globalement une amélioration de la qualité de vie au travail...
- **Un service de qualité doit être lisible et éviter les ruptures de parcours.** Dès lors les participants estiment que la lisibilité de l'offre et la mise en place d'un guichet unique d'information/orientation puis d'un référent pour son accompagnement au quotidien sont des conditions nécessaires à la qualité de l'offre.
- **La qualité se mesure également à travers le cadre de vie et les actions de vie sociale proposées.** La localisation et l'organisation des lieux de vie concourent à la qualité de l'offre ainsi que les actions visant l'inclusion des personnes accueillies ou accompagnées dans la société.
- **La qualité passe par la mesure de la satisfaction des usagers et la publication transparente des résultats pour recréer de la confiance.** Les participants rejoignent la HAS dans sa volonté de recueillir l'avis des personnes âgées tout en reconnaissant les difficultés techniques associées.
- **La qualité s'évalue également en termes de santé publique et d'efficience sur le plan financier.** La définition de quelques indicateurs de santé publique, largement partagés par toutes les parties prenantes, permettraient d'en mesurer les effets en termes de prévention de la perte d'autonomie, d'amélioration de l'état de santé global des personnes ainsi que l'efficacité économique.

Le groupe relève aussi l'impérative nécessité de faire évoluer la sémantique jugée trop souvent stigmatisante pour les personnes âgées elles-mêmes et pour les structures les accueillant ; le vocabulaire peut contribuer à renforcer l'attractivité et la valorisation de l'offre. Les participants soutiennent la réflexion engagée par le HCFEA sur l'évolution des termes, notamment

administratifs, entourant l'offre à destination des personnes âgées en perte d'autonomie. A ce stade, le reste du document conserve la dénomination « EHPAD » tout en appelant à un changement de ce terme.

### **3. L'atelier acte la hausse prévisible et souhaitable de la part des personnes accompagnées à domicile et le vraisemblable recentrage progressif de l'EHPAD sur les personnes les moins autonomes mais insiste sur la nécessité d'introduire la logique domiciliaire partout et de développer des formes alternatives et regroupées d'habitat.**

Selon la Drees, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (au sens de bénéficiaires de l'APA) devrait passer de 1,28 M en 2015 à 1,59 M en 2030 (+21 000/an en moyenne) et 2,14 M en 2045 (+37 000 /an en moyenne entre 2030 et 2045). Dès lors, pour maintenir la part actuelle des personnes accompagnées en établissement, le nombre de places à installer serait très élevé (environ + 8 000 par an d'ici 2030 et près de deux fois plus entre 2030 et 2045) : les participants reconnaissent d'une part que cette progression serait difficile à atteindre et d'autre part et surtout qu'elle ne correspond pas à l'attente majoritaire de la population qui aspire à une offre alternative. Le changement de culture générationnelle ne fera qu'amplifier l'importance du libre choix et le primat de la qualité de vie. Le domicile, quelle qu'en soit la forme, a vocation dès lors à prendre une place croissante.

Pour autant, si l'offre correspondant aux EHPAD actuels a vocation à représenter une part relative en diminution de l'accompagnement des personnes âgées, elle restera une composante de l'offre notamment lorsque des éléments liés aux besoins de la personne ou à la nature de son environnement la rendront souhaitable ; d'une part, la solution du soutien au domicile d'origine repose souvent sur une aide informelle forte qui ne peut pas être décrétée ; d'autre part, celui-ci peut être vecteur d'un fort isolement. Les solutions actuelles d'accompagnement à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie soulignent de surcroît que face à certains troubles du comportement ou à la lourdeur des pathologies, les limites – soutenabilité financière ou soutenabilité pour les accompagnants familiaux comme professionnels- de l'accompagnement à domicile sont atteintes.

Une majorité de l'atelier se prononce ainsi pour un développement modéré de l'offre institutionnelle, principalement dans les territoires carencés (cf. ci-dessous) ce qui aura pour corolaire compte tenu des évolutions démographiques, la focalisation des établissements sur ceux qui en ont le plus besoin, en particulier les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, notamment en cas de troubles du comportement<sup>7</sup>.

Cette évolution interroge pourtant fortement le groupe qui note une sorte de tension éthique/politique entre le principe de libre choix conduisant au développement d'alternatives à l'EHPAD pour le plus grand nombre et le risque de ghettoïsation des personnes les moins autonomes, à leur dépens potentiellement (accélération de la perte d'autonomie notamment) et à celui des professionnels les accompagnant, à l'exercice peu diversifié et potentiellement plus rapidement usant. Il apparaît dès lors que la contrepartie éthique d'une offre d'hébergement resserrée sur les moins autonomes est l'exigence qualitative élevée des structures (en particulier par la mise à disposition de professionnels qualifiés en nombre suffisant et par l'approche domiciliaire du cadre et du projet de vie) et leur possible adossement à d'autres types d'offre pour garantir une forme d'ouverture pour les résidents comme pour les professionnels.

Par ailleurs, pour les membres de l'atelier, les formes alternatives d'habitat (résidences services, résidences autonomie, habitat inclusif, habitat groupé ou partagé, , accueil familial voire établissements d'hébergement pour personnes âgées non EHPAD) ont vocation à devenir un pilier de plus en plus significatif de la future offre en ce qu'ils préservent mieux la logique domiciliaire recherchée par les personnes. Il importe ainsi de les soutenir et de garantir leur accessibilité à tous y compris ceux dont les ressources sont limitées.

### **III. Ces orientations appellent des réorganisations concrètes de l'offre actuelle pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie**

**Comment mettre en place une offre cible accordant le primat au domicile conformément aux attentes des personnes et leur offrant un panel gradué de réponses de qualité en proximité ?**

<sup>7</sup> Mécaniquement, du fait des règles tarifaires en cours et sans préjudice du renforcement qui pourrait être apporté, ce recentrage de la solution institutionnelle sur ceux qui en ont le plus besoin entraînera une hausse des moyens alloués et donc une hausse des taux d'encadrement via une hausse des forfaits soins. A titre d'information et pour ordre de grandeur, la convergence tarifaire représente l'équivalent d'une hausse de 0,02 ETP du ratio d'encadrement et le seul recentrage sur les GIR 1-4 entraînerait une hausse du ratio d'encadrement de l'ordre de 0,03 ETP.

Les débats du groupe conduisent à quatre grands objectifs :

- Permettre un soutien au domicile d'origine de qualité tant que c'est le choix de la personne et que ce choix est soutenable pour les proches et financièrement (pour l'individu et la collectivité)
- Offrir des alternatives domiciliaires regroupées offrant plus de sécurité/ sociabilité et une soutenabilité financière supérieure en cas de perte d'autonomie accrue et /ou d'isolement
- Offrir des conditions d'accueil en établissement garantissant à la fois un projet de vie et un accompagnement de qualité aux personnes pour lesquelles les conditions de santé, de perte d'autonomie, de troubles du comportement conduisent à privilégier cette solution.
- Garantir dans chacune des solutions offertes aux personnes âgées un niveau de qualité élevé, en termes d'accompagnement (soin, aide, vie sociale), de cadre et de projet de vie conciliant inclusion et intimité.

Chacun de ces objectifs est décliné ci-dessous en propositions d'actions de court et de moyen terme.

L'atelier est convaincu de l'intérêt d'un bouleversement plus systémique de l'organisation de l'offre à moyen terme, qui conduirait à une autonomisation plus forte des prestations d'hébergement et de restauration d'une part et des prestations de soins et d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne ; ces dernières pourraient, à terme, être réalisées par les mêmes acteurs dans quelque lieu de vie que ce soit de façon à dépasser progressivement la dualité domicile/établissement dans la définition de l'offre.

Mais il propose à court terme des évolutions pour se rapprocher de ce modèle tenant compte de l'offre actuelle très segmentée:

- il insiste fortement sur la nécessité d'une approche globale décloisonnée permettant un rapprochement des services délivrant des prestations de soins et d'accompagnement pour plus de qualité du service rendu ;
- il demande un développement appuyé des formes d'habitat regroupé qui permettent à ces services de proposer un modèle économique compétitif en limitant les frais de déplacement qui peuvent représenter 20% à 30% des coûts totaux<sup>8</sup> ;
- il propose que soit plus largement ouverte la possibilité pour les établissements de développer des partenariats ou de se regrouper avec des services de soins et d'accompagnement à domicile. Dans ce cadre, l'atelier recommande que soit étudiée la possibilité laissée aux gestionnaires de transférer dans une certaine limite les autorisations d'hébergement permanent en place de suivi et d'accompagnement à domicile de façon à pouvoir adapter l'offre aux besoins.

## 1. Permettre le soutien au domicile d'origine tant que c'est le choix de la personne et que ce choix est soutenable pour les proches et financièrement (pour l'individu et la collectivité)

**Déclinaison de l'objectif : adapter l'offre aux attentes et à l'augmentation des besoins ; améliorer la structuration territoriale de l'offre ; organiser la flexibilité et l'adaptabilité de l'offre en fonction des besoins évolutifs des personnes**

Il s'agit de rééquilibrer les priorités actuelles de financement en soutenant massivement le développement de l'accompagnement à domicile (SSIAD-SAAD) pour accroître progressivement la part de la population accompagnée à domicile.

**Proposition 1 : Améliorer l'accès et la lisibilité de l'offre disponible à travers la création d'un guichet unique sur le territoire.**

Dans chaque territoire, le guichet unique serait chargé de l'accueil, de l'information, de l'orientation et de la mise en relation des usagers vers les services adaptés à leurs besoins voire de l'évaluation des besoins (éligibilité aux prestations). Il pourrait aussi assurer les fonctions d'appui à la coordination des parcours complexes (gestion de cas). Ce « guichet unique » devrait être à partir des dispositifs existants (CLIC, point d'information local) et, le cas échéant, sur la base du réseau actuel de CLIC, de PTA, de Paerpa, voire des MAIA pour ne pas créer une structure supplémentaire. Si un socle commun à tout le territoire pourrait être posé, une adaptation locale devra être permise de façon à ce que la structure porteuse de ce guichet puisse être différente selon les territoires mais dans le respect d'un cahier des charges national recensant les offres et les services devant le composer. Cette problématique a vocation à être traitée dans le cadre de l'atelier « Parcours ».

<sup>8</sup> Sources : URC Eco, 2009, « Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : le coût de leur prise en charge et ses déterminants » et « Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts »,

DGCS - CNSA, mai 2016

### 1.1 Garantir sur chaque territoire une offre intégrée de l'ensemble des prestations permettant le soutien au domicile avec un accompagnement renforcé optimisant l'ajustement des prestations.

Le groupe a souhaité adopter une conception extensive des prestations à offrir, intégrant soins et aide mais aussi présentiel de jour et de nuit, vie sociale et lutte contre l'isolement, adaptation de l'habitat, possibilités de répit et d'accueil temporaire...

Doivent être disponibles les prestations relatives à :

- Accès au droit et information
- Soins, dont accès à une expertise médicale
- Accompagnement de la fin de vie
- Accompagnement dans les actes de la vie quotidienne
  - Restauration/Portage de repas
  - Blanchisserie/Ménage
  - Services de sociabilité
  - Transports/ services de mobilité
  - Prévention et Vie sociale
- Coordination/gestion de parcours
- Télésurveillance
- Urgences / gestion de crise
- Relayage de l'aidant et possibilités d'accueil temporaire
- Aides techniques/adaptation du logement/petits services.

Le temps imparti n'a pas permis de conduire de façon approfondie la réflexion sur la gamme de l'offre de prestations nécessaire à un accompagnement de qualité des personnes âgées sur un territoire. La volonté de garantir des accompagnements de qualité doit amener à poursuivre cette réflexion de façon plus systématique sur le modèle de la nomenclature Sérafin dans le champ du handicap et à intégrer des besoins qui sont ceux des nouvelles générations de personnes âgées, plus exigeantes et plus à même de tirer parti de nouvelles technologies et des services qui en découleraient. A terme, le raisonnement en prestations et non en structures a vocation à diversifier les modes de réponse et à atténuer les frontières actuelles entre structures typées n'offrant qu'une partie de la gamme de prestations. Le cadre juridique et financier devra accompagner cette évolution.

**Chaque territoire devrait ainsi garantir l'existence des structures aptes à fournir ces services aux personnes âgées en perte d'autonomie.** Les membres s'accordent sur le fait que le maillage sera différencié selon le type d'offre, dans une logique de gradation, celle répondant à des besoins exceptionnels, spécialisés ou de recours, ayant vocation à être gérée à une échelle plus large, l'offre de proximité (sur un territoire de taille infra départementale) devant répondre aux besoins courants. Il serait souhaitable que le maillage territorial retenu soit le proche possible des territoires de solidarité et des territoires de santé.

#### Plusieurs modèles de fonctionnement peuvent être envisagés pour rendre ce service de demain.

L'organisation actuelle, avec une forte atomisation des acteurs répondant chacun à une ou deux prestations attendues par les usagers agissant de façon souple mais sans coordination entre eux ne semble pas satisfaisante.

Le groupe a envisagé différentes modalités, plus ou moins intégrées. **La place de l'EHPAD, pivot ou simple partenaire, a fait débat dans le groupe**, certains voyant dans l'élargissement des missions de l'EHPAD vers le domicile une solution pragmatique et efficiente de transformation progressive de l'offre, d'autres y voyant une sorte de contre-sens historique. La réalité actuelle est déjà diverse, il n'y a pas de nécessité à imposer un modèle unique.

Deux modalités types sont distinguées, qui peuvent co-exister.

- Une intégration au sein de structures juridiques unifiées d'une palette plus large de services (modèle « EHPAD hors les murs » ou de gestion par une même structure d'un SPASAD et d'un EHPAD). Cette formule permettrait une limitation de la rupture que représente le passage en institution du fait de la progressivité de l'offre et certainement une vision d'ensemble sur la réponse en termes de soins. En outre, elle pourrait permettre d'offrir aux personnels une diversification bienvenue d'exercice en leur ouvrant la possibilité d'intervenir à domicile et en établissement.
- Un regroupement de services sous la forme de plateformes permettant de faire l'interface entre les demandes des usagers et les différents opérateurs coordonnés dans une logique de contractualisation et d'échange d'informations mais qui restent indépendants juridiquement (modèle « plateforme de services »).

L'atelier est partagé sur le choix entre ces modes d'organisation. Schématiquement, la première permet théoriquement une efficacité maximale. La plateforme de services représente l'avantage d'être compatible avec l'organisation actuelle et de ne pas faire reposer le soutien à domicile sur les acteurs de l'hébergement mais implique un grand degré de coordination et la

recherche de synergie pour éviter une hausse des coûts. **L'atelier demande à ce que ces formes se développent à travers des mesures incitatives dans le cadre d'appel à projets ou d'appel à manifestation d'intérêt des ARS et des conseils départementaux.**

Dans ce schéma, **l'intervention de la puissance publique** serait de :

- Veiller à une relative équité des ressources entre les territoires en rééquilibrant progressivement les disparités ;
- S'engager à ce que tous les territoires soient couverts par une offre complète de qualité (offre de proximité plus offre de recours en quantité suffisante) et donc inciter les acteurs à offrir seuls ou en partenariat la gamme de prestations attendues et agir de façon subsidiaire en initiant une offre là où elle ne s'organise pas spontanément (éviter les zones blanches).
- Etablir conjointement (ARS-CD, avec d'éventuels autres partenaires) des schémas territoriaux de l'offre.
- Préserver une possibilité de choix entre différentes offres et un minimum de concurrence. A défaut de pouvoir garantir un choix sur tous les territoires et toutes les prestations, garantir une offre de qualité à un prix soutenable.

Les leviers à mobiliser pour ce faire sont l'évolution des autorisations (cf infra), des appels à manifestation d'intérêt favorisant regroupements ou partenariats pour couvrir le territoire, des CPOM pluri-activités, la transition progressive vers le droit commun d'outils expérimentés dans le cadre de PAERPA...

Les conditions de soutenabilité financière collective et individuelle d'une telle offre intégrée se posent naturellement. Les travaux CNSA-DGCS sur les modèles innovants de maintien à domicile mettent en lumière la possibilité au travers de certaines démarches de transposer l'équipement médico-social de l'EHPAD dans le contexte du domicile, en garantissant notamment la continuité des soins et des services et un accompagnement personnalisé notamment en termes d'horaires d'intervention. Il est possible de proposer une alternative au placement en institution tout en allant plus loin dans l'accompagnement à domicile que ce qui est prévu aujourd'hui. On note cependant que les personnes en GIR 1 sont rarement accompagnées dans ces cadres. Et d'autre part, les données économiques disponibles laissent entrevoir un surcoût souvent significatif, ce qui pose la question de la reproductibilité et de la généralisation de ces solutions avec une solvabilisation qui soit largement publique si l'on veut permettre une accessibilité de telles solutions ambitieuses à domicile.

Ces interrogations renvoient aux travaux des autres ateliers sur les financements et la juste participation des personnes. En revanche, l'atelier appelle à ce que, dans le cadre du respect du libre choix, le financement public ne dépende que des besoins de la personne et de ses ressources et soit indépendant de la forme d'hébergement qu'elle ait choisie.

## **1.2 Le décloisonnement des offres existantes à domicile passe par une nécessaire sécurisation du modèle économique des structures, des changements tarifaires et une souplesse en termes de gouvernance**

Pour accompagner l'essor de solutions intégrées de soutien à domicile, il convient de conforter significativement la structuration et la solidité des services actuels.

**Proposition 2 de court terme:** En contrepartie des hausses de financement qui seront nécessaires à l'amélioration de l'offre, les structures d'aide à domicile pourraient être amenées à se restructurer et à se concentrer de façon à mutualiser certaines fonctions et à réaliser des économies d'échelle.

L'atelier demande par ailleurs la poursuite de la réforme en cours de l'allocation de ressources des services à domicile pour garantir leur viabilité économique, leur attractivité et la professionnalisation de leurs intervenants. Outre la fixation d'un tarif national de référence pour la prise en charge d'un socle de dépenses pour les services autorisés et tarifés, les services pourraient bénéficier dans le cadre d'un CPOM d'une dotation complémentaire ( dite m »modulation positive ») à la tarification horaire permettant de compenser certains coûts spécifiques liés au profil des personnes accompagnées ou à des accompagnements spécifiques, à l'amplitude horaire d'intervention, à la couverture territoriale ou à l'accessibilité financière.. Les moyens d'ores et déjà engagés en 2019 dans cette réforme doivent être fortement amplifiés et inscrits dans un financement pérenne pour atteindre un niveau satisfaisant et stable de financement.

D'autre part, l'atelier demande qu'une réforme du financement des SSIAD soit relancée pour garantir notamment la prise en compte de l'importance des besoins des patients accompagnés. En effet les SSIAD ne sont pas aujourd'hui -incités à accompagner des personnes lourdement dépendantes à domicile. Il conviendra également de faire évoluer le cahier des charges des SSIAD en incluant des passages de nuit, autant que de besoin, indispensable au soutien à domicile de personnes fortement dépendantes présentant d'importants besoins en soins. Les démarches de permanences IDE de nuit mutualisés initiées dans les EHPAD devront s'étendre aux SSIAD, accompagnée des financements nécessaire dans le cadre d'une réforme en profondeur du financement des SSIAD. L'allocation des ressources devra tenir compte des besoins en soins des personnes accompagnées.

**Proposition 3 de moyen terme** : rechercher les voies du décloisonnement juridique et financier entre SSIAD et SAAD pour créer des SPASAD « véritables », services polyvalents uniques en surmontant les difficultés persistantes dans l'expérimentation actuelle. La mise en place d'une dotation forfaitaire « socle » des SAAD constitue de fait un premier pas vers une prise en charge globale des besoins de la personne à domicile. Pour autant, accroître l'intégration des SAAD et des SSIAD (SPASAD étendu) suppose de résoudre la question de la convergence des modèles tarifaires et de la gouvernance. Afin de proposer une première avancée en ce sens, l'atelier demande qu'une fongibilité des moyens soit d'ores et déjà rendue possible dans le cadre des CPOM.

En termes de gouvernance, les participants appellent à une simplification conduisant si possible à ce qu'une seule autorité ait la charge de l'autorisation, du contrôle et du financement de ces structures. A défaut, une claire répartition des compétences avec éventuellement une délégation de gestion permettant aux structures de n'avoir qu'un seul interlocuteur sur un territoire devrait être envisagée. Ces questions recourent largement celles traitées par l'atelier « Gouvernance ».

**Proposition 4** : Assouplir les cadres d'exercice professionnel et accroître la polyvalence des intervenants à domicile tout en les professionnalisant (à articuler avec le groupe sur les métiers).

Dans le cadre d'une prise en charge plus globale des besoins de la personne, l'atelier appelle à un décloisonnement des cadres d'exercice professionnel et à la valorisation des temps relatif à la prévention, à l'écoute et à la relation humaine avec les personnes aidées. Le modèle Buurtzorg (cf. encadré) mis en place aux Pays-Bas montre qu'il est possible de proposer un modèle plus épanouissant pour les personnels, plus qualitatif pour les usagers et moins coûteux pour les finances publiques. Toutefois, l'atelier ne méconnaît pas la difficulté de mise en œuvre car ces solutions apparaissent plus coûteuses à court terme, les économies éventuelles ne pouvant être générées qu'à moyen terme lorsque ces effets sur la préservation de l'autonomie se font ressentir. L'atelier demande que des expérimentations continuent d'être financées et mises en place permettant une fongibilité large des crédits entre le soin et l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne dans des structures de type SPASAD et qu'une évaluation rigoureuse coûts/avantages y soit systématiquement associée de façon à identifier les initiatives les plus prometteuses.

#### **Encadré : le modèle Buurtzorg aux Pays-Bas une prise en charge à domicile globale plus efficace**

Après 16 ans d'expérience en tant qu'infirmier dans les soins à domicile, Jos de Blok a décidé de créer Buurtzorg, qui signifie "soins de proximité" en néerlandais. Dans ce modèle, les infirmiers et les infirmières s'organisent en petites équipes et gèrent elles-mêmes leurs plannings, leurs rémunérations et tous les aspects logistiques. La hiérarchie, jugée coûteuse, a été supprimée au profit d'une autonomie retrouvée : l'entreprise encourage l'autonomisation des infirmiers et infirmières sous formes de petites équipes autonomes et locales (de 10 à 12 personnes pour 10 000 habitants environ). Les équipes se répartissent les quartiers et gèrent elles-mêmes les plannings, l'identification des nouveaux patients, les liens avec les prescripteurs, le financement des activités. Une plateforme permet d'échanger les bonnes pratiques entre les équipes (avec un équipement systématique en tablette des infirmières).

Selon une étude du cabinet KPMG, l'amélioration de la qualité de service a permis une baisse du nombre total d'heures de soin nécessaire de 50%. Ainsi, le surcoût horaire du service est plus que compensé par les effets bénéfiques sur la préservation de l'autonomie et de la santé.

La société Buurtzorg est devenue en 10 ans une entreprise de plus de 10.000 salariés répartis en 900 équipes. Le modèle inspire des dispositifs innovants actuellement en France. L'association Soignons Humains accompagne la mise en équipe d'infirmière libérales pour fonctionner selon ce modèle « autogéré » et responsable. La start up Alenvi (ESUS) promeut également une autre organisation de l'aide à domicile.

Source : KPMG, CNSA

**Proposition 5** : Favoriser le développement de modalités d'accueil séquentielles en appui à l'accompagnement à domicile et aux aidants (accueil de jour, hébergement temporaire, garde de nuit, relayage, ...). Ce développement pourrait notamment passer par la construction d'une offre (intégrée ou partenariale) autour des établissements (cf. axe 3).

## **2. Offrir des alternatives domiciliaires regroupées offrant plus de sécurité/ sociabilité et une soutenabilité financière supérieure en cas de perte d'autonomie accrue et /ou d'isolement**

Le groupe souligne unanimement la nécessité d'accompagner le développement de l'offre alternative existante de manière large (résidences autonomie, RSS, habitat inclusif, habitat intergénérationnel, accueil familial, voire EHPA, ...).

**Proposition 6 :** Il importe dans ce cadre de **poursuivre la mise à niveau et en conformité des résidences autonomie** existantes vieillissantes. Le Plan d'aide à l'investissement pourrait ainsi être renforcé. Ces structures ont vocation à jouer un rôle pivot dans la prévention et l'accompagnement des premiers signes de perte d'autonomie. Dans ce cadre, le calibrage de l'actuel forfait autonomie pourrait être revu. Par ailleurs, une ouverture accrue des résidences sur l'extérieur peut également être souhaitable et elles pourraient être incitées à développer (en interne ou sous la forme d'une contractualisation) des services d'accueil temporaire, de SPASAD intégré, de portage de repas voire de construire des liens plus systématiques avec les .

Par ailleurs, l'offre à loyer modéré (résidences autonomie financées par les fonds du logement social) ne se développe pas, restant globalement stable depuis 10 ans. Si les EHPAD se recentrent sur les personnes ayant le plus de besoin d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, le développement d'une offre intermédiaire pour les personnes relativement autonomes qui ont peu de ressources apparaît plus que nécessaire. Dès lors, **le groupe se prononce en faveur d'un effort important de développement de cette offre notamment en fléchissant une partie de l'effort de construction de logements sociaux sur cette forme d'habitat à travers des objectifs dans les Programmes Locaux de l'Habitat.**

**Proposition 7 :** Concernant les résidences services, l'atelier demande a minima que soit posé une obligation déclarative de façon à pouvoir les répertorier dans le cadre des guichets uniques et du portail [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr). L'atelier constate l'essor des résidences services, et l'encadrement, notamment sous la forme de la clarification des charges, apporté par la loi ASV. Ce secteur, qui concerne une population plutôt aisée ne semble pas nécessiter une intervention publique pour faciliter son développement. Si le principe d'une obligation déclarative à des fins d'information du grand public fait consensus, la place et l'avenir des **résidences services seniors** est en débat : certains participants se prononcent pour une précision de leur cadre juridique et pour le renforcement des obligations avec un objectif d'accompagnement du parcours et des transitions éventuelles (conventions de partenariats) en cas de dégradation de l'autonomie des personnes accueillies. Toutefois, cette position n'est pas consensuelle, d'autres participants relevant que le développement rapide de cette offre est précisément lié à la relative liberté dont jouissent ces structures qu'il ne conviendrait pas de brider.

Par ailleurs, certains participants demandent qu'une souplesse soit accordée aux gestionnaires d'EHPAD leur permettant de transformer leurs places en résidences services (ou en résidence autonomie selon la forme de l'EHPAD). Si cette possibilité pourrait être étudiée au cas par cas dans le cadre des schémas de l'offre territoriale, sa généralisation n'est pas consensuelle, la forte hausse attendue du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie militant pour conserver un certain niveau de l'offre d'EHPAD.

**Proposition 8 :** Appui au développement de l'habitat inclusif en lien avec les travaux de l'observatoire et les suites de la loi ELAN. L'atelier demande qu'à l'image de celle réalisée pour le PCH, une fiche nationale à l'attention des départements soit rédigée précisant les règles permettant déjà aux habitants qui le souhaitent de mettre en commun le financement apporté par l'APA et de mobiliser le service d'aide à domicile pour l'accompagnement individuel. En outre, l'atelier demande, pour le domicile sous toutes ces formes que l'existence et la visibilité des crédits d'impôt solvabilisant les ménages soit améliorée. Enfin, l'atelier demande une mobilisation plus marquée des fonds du logement social vers cette forme d'habitat en particulier en tenant compte de la nécessité de financer des espaces communs et l'ingénierie des porteurs de projet. Ces réflexions devront s'articuler avec celles de l'atelier « Cadre de vie ».

**Proposition 9 :** Conforter un cadre clair, incitatif et sécurisant pour l'accueil familial tout en favorisant l'adossement de ces accueils familiaux à des établissements ou services (sans pour autant favoriser le salariat) pour garantir l'accès à certaines prestations (accueil de jour...) et apporter une approche qualité partagée (accès à des formations, points relais ...). Un objectif de hausse conséquente et réaliste de ce mode d'accueil pourrait alors être posé. Un examen attentif des freins actuels à son développement devra être rapidement réalisé et pourrait faire l'objet d'une mission spécifique.

### **3. Offrir un EHPAD de qualité aux personnes pour lesquelles les conditions de santé, de perte d'autonomie, de troubles du comportement conduisent à privilégier cette solution**

Dès lors que les personnes plus autonomes bénéficient de solutions domiciliaires (domicile d'origine ou solutions alternatives) l'EHPAD accueillera de façon encore plus marquée les populations les plus fragiles, en particulier celles présentant des troubles du comportement ou des pathologies lourdes impliquant des soins importants sans qu'on puisse naturellement écarter l'option d'une évolution diversifiée de certains établissements en fonction des spécificités territoriales. Dès lors, bien que relevant d'un même statut, les établissements évolueraient vers des formes de fonctionnements diversifiées sur la base de projets différents (domiciliaire, vie sociale, soin, spécialisé, plateforme de services, ...)

Plusieurs interrogations se font jour pour accompagner cette évolution :

- la nécessité de renforcer les moyens (en particulier humains) dont disposent les établissements que ce soit en terme de soins qu'en terme d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne ou d'animation ;

- la nécessité de poursuivre et d'amplifier le mouvement déjà à l'œuvre d'ouverture de ces structures sur l'extérieur par la diversification de leur offre, des actions d'animation, leur localisation, les partenariats et les actions qu'elles développent ;
- la nécessité de structurer une offre publique afin de préserver cette alternative et d'assurer son modèle économique et ses capacités d'investissement ;
- à moyen terme, l'évolution du public accueilli en EHPAD peut poser la question du rapprochement avec les ESLD/USLD.

**Proposition 10 :** Pour les EHPAD, des standards de qualité en termes de présence humaine doivent être définis. L'institution doit pouvoir garantir une première modalité de la qualité de son offre, en termes de moyens humains<sup>9</sup>. Le groupe propose :

- Qu'une norme d'encadrement en personnels de soins (aide-soignante et infirmières) tenant compte des besoins réels des personnes accueillies soit systématiquement posée dans les CPOM des établissements. Cela peut prendre la forme du ratio entre les besoins identifiés par le GMPS et le nombre de personnels concernés exprimés en ETPT.
- En ce qui concerne les personnels rémunérés sous la section hébergement, s'agissant de services indépendants du degré d'autonomie des personnes accueillies, une norme minimale d'encadrement pourrait être introduite sous la forme de celles régissant les établissements d'accueil du jeune enfant. Cette norme concernerait uniquement les fonctions exercées au service direct des personnes âgées accueillies (agent de service, animateur, éducateur<sup>10</sup>,...) et non pas les fonctions qui ne sont pas affectées au service direct et qui peuvent être externalisées ou mutualisées (comptabilité, lingerie, cuisine).

L'atelier propose qu'un objectif ambitieux, exprimé en heures ou en ETP pour résident pour l'ensemble des personnels en contact des résidents soit fixé et que la trajectoire de déblocage des moyens permettant l'atteinte de cet objectif soit précisée.

**Proposition 11 :** Il convient par ailleurs, au-delà de ratios d'encadrement, de garantir la présence minimale de compétences auprès des personnes :

- une expertise médicale avec un personnel médical (salariés ou en contrat) disposant d'une capacité de prescription pour les usagers qui n'ont pas de médecin traitant effectif (0,2 ETP/100 places ?)
- un minimum de temps de kinésithérapeute/STAPS propre à l'établissement / service (0,5 ETP:/100 places ?). Cette évolution serait financée par l'intégration des actes de kinésithérapie dans le tarif partiel des établissements<sup>11</sup>.
- un minimum d'expertise pharmaceutique propre à l'établissement soit par l'intermédiaire d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), soit par convention avec un pharmacien d'officine distinct de celui fournissant les médicaments (0,1 ETP / 100 lit)
- Envisager également un budget forfaitaire d'adaptation du logement et d'évaluation de celui-ci par un ergothérapeute une fois l'an.
- Un accès à la télé médecine.
- une présence, même à distance d'infirmières de nuit : l'atelier demande la poursuite et l'amplification du déploiement en cours des dispositifs assurant la présence d'un personnel IDE (infirmier diplômé d'Etat) de nuit en EHPAD pour éviter les hospitalisations d'urgence ou de fin de vie, ces dispositifs ayant montré leur efficacité<sup>12</sup>
- Une meilleure prise en compte d'autres types de compétences relatives à la prévention dans les financements dans le cadre de la réflexion en cours sur la réforme des ordonnances Pathos.

Il est démonstré et chiffré que la présence d'un médecin et d'une expertise pharmaceutique réduit les dépenses d'hospitalisation bien au-delà du coût de ces prestations. L'atelier demande ainsi un élargissement du tarif partiel et le développement des PUI. Sur la base des évaluations disponibles (que les outils de type resid-EHPAD permettent de faire régulièrement), l'atelier demande qu'une réflexion soit régulièrement menée sur la dépense publique totale de façon à sortir du cloisonnement des enveloppes soins de ville/médoco-social dans la conception des politiques publiques. Si ces études conduisent à démontrer son efficacité, le tarif global pourrait être développé à nouveau, soit sur l'ensemble de ces composantes, soit pour une partie d'entre elles (STAPS/ Kinésithérapeutes, médecins prescripteurs attachés à l'EHPAD pour les résidents sans médecin traitant effectif, médicaments...). Ces orientations pourraient être mises en œuvre sans surcoût pour l'assurance maladie, dès lors que seraient opérées les fongibilités d'enveloppes nécessaires, pilotées par les CPAM et les ARS.

**Proposition 12 :** Poursuivre le mouvement d'ouverture des EHPAD. Pour inciter à un décloisonnement établissement/domicile et pour permettre la mutualisation de compétences gériatriques, et la mobilité/attractivité pour les professionnels des EHPAD, il

<sup>9</sup> Cf les débats engagés en ce sens par le rapport des députées Mmes Fiat et Iborra.

<sup>10</sup> Sur le champ des agents de service et des personnels d'animation, le ratio actuel est de l'ordre de 0,17 ETP/résident variant de 0,16 en EHPAD privé à but lucratif à 0,20 en EHPAD public

<sup>11</sup> Les données de l'enquête de coûts 2012 et 2013 de l'ATIH montrent que la dépense moyenne de kiné par place dans les établissements au tarif global est environ 150 € plus faible que celles des établissements au tarif partiel.

<sup>12</sup> Une évaluation menée par l'association GERONDIF (géronto-pôle d'Ile-de-France) démontre que les EHPAD qui participent à l'expérimentation francilienne d'une présence infirmière de nuit mutualisée entre 3 EHPAD de proximité, ont 4 journées d'hospitalisation de moins par an et par résident. Ces journées d'hospitalisation évitées génèrent une économie de 2500€ par résident, au coût moyen de la journée, soit trois fois supérieure au coût du dispositif expérimental IDE mutualisées.

pourrait être envisagé d'**ouvrir ces structures d'une part en les adossant de plus en plus à des structures plus domiciliaires** (résidences autonomie, habitat inclusif ...), **en imposant d'autre part leur ouverture vers l'extérieur**, comme centres de ressources (télémédecine) et possibilités de solutions d'accueil temporaire (hébergement temporaire systématisé, offre d'accueil de jour, d'activités partagées résidents/PA restées à domicile).

**Cette ouverture requiert une évolution des autorisations (autorisations plus globales) et des règles de financement.** Il est également nécessaire de revoir le financement des accueils temporaires pour rendre cette option plus attractive pour les structures comme de traiter la question des transports entre domiciles et accueil temporaire. Dans certains territoires, les EHPAD pourraient participer à la création de centres de ressources gérontologiques territoriaux permettant notamment des échanges et des retours d'expérience entre professionnels en établissement et à domicile, des solutions d'accueil de jour ou d'accueil temporaire, une expertise médicale de premier niveau, des actions de formation....

Selon les circonstances locales et les logiques d'acteurs, on peut aussi, comme cela a été évoqué ci-dessus, **poursuivre, quand cela est pertinent pour permettre la transformation de l'offre et garantir une bonne couverture territoriale, le développement de services à domicile rapprochés des EHPAD** (sans en faire néanmoins la modalité systématique de constitution d'une offre intégrée).

Un tel rapprochement des SSIAD/SPASAD des EHPAD requiert d'offrir une souplesse dans la gestion des personnels et des places. Afin de permettre ce type de fonctionnement, les évolutions ci-dessous seraient nécessaires :

- Modifier la tarification des services infirmiers à domicile : la structure percevrait le même forfait soins à domicile et en établissement dépendant du GIR et du Pathos des personnes suivies.
- les professionnels pourraient intervenir indifféremment à domicile ou en établissement et les responsables d'établissement pourraient être encouragés à redéployer des places vers les différents autres modes de prise en charge.

Ce mouvement d'ouverture doit également conduire à valoriser davantage les actions concrètes mises en place par les structures visant à valoriser les échanges intergénérationnels et l'intégration citoyenne de ses résidents

**Proposition 13 : Structurer une offre publique.** Si les grands réseaux privés se sont constitués, l'atelier constate que le secteur public qui regroupe près de 50% des places est particulièrement atomisé. Les membres de l'atelier partagent l'objectif de pérenniser l'offre publique, favoriser sa rénovation et améliorer la qualité de services. Les structures pourraient ainsi être amenées à se regrouper soit par une consolidation soit par un regroupement de coordination renforcée permettant une mutualisation de moyens. La question d'inscrire dans la loi, avec une date d'effectivité, le principe de ce regroupement (seuil ou regroupements territoriaux) n'est pas tranchée. Comme à domicile, si les participants ne sont pas hostiles au principe, ils rappellent que ce mouvement ne peut pas s'amorcer sans un engagement clair des pouvoirs publics sur la trajectoire de financement et la prise en compte de possibles dés-économies d'échelle au-delà d'un certain seuil. Il conviendra de déterminer les incitations permettant de mener ce regroupement (groupement de structures ou regroupement par la loi).

En ce qui concerne l'offre publique hospitalière, certains participants défendent une option qui pourrait être de détacher les EHPAD des centres hospitaliers de façon à créer des structures unifiées sur un territoire (département, région,...). Cette autonomisation leur permettrait à leurs yeux de développer leur propre stratégie d'investissement et serait un marqueur fort du détachement d'une approche purement sanitaire. Toutefois, cette option n'est pas consensuelle, d'autres participants insistent sur l'amélioration du parcours et l'acculturation réciproque positive permise par le lien institutionnel entre hôpitaux et EHPAD hospitaliers. En outre, une telle option viendrait percuter la réinvention des hôpitaux de proximité, qui pourraient mêler de manière fluide au sein d'une même mission de « soins aux personnes âgées » les prises en charge sanitaires et médicosociales. Elle poserait par ailleurs la question des EHPAD gérés par des établissements de santé privés à but non lucratif et des établissements commerciaux. L'atelier demande que cette question soit pleinement intégrée à la réflexion en cours dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé.

**Proposition 14 : Redéfinir l'offre d'ESLD/USLD relativement à celle des EHPAD.** Les établissements et unités de Soins de Longue Durée, qui représentent environ 33000 places soit 5% de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie ont vocation à répondre aux besoins des personnes requérant des soins renforcés et constants. Toutefois, dans ces structures sanitaires à tarification médico-sociale, les conditions d'hébergement sont parfois inadaptées (vétusté des locaux, chambres doubles ou triples) et une partie des places sont occupées par des résidents que rien ne distingue clairement de ceux des EHPAD.

Cette offre doit être reconfigurée pour offrir des conditions d'accueil et de travail dignes et recentrant l'offre, pour les personnes âgées, à celles nécessitant des soins lourds, constants et prolongés justifiant une organisation des soins et un encadrement plus élevés qu'en EHPAD. Cette reconfiguration devrait être étudiée au regard des besoins et de la population cible dans le cadre d'un groupe de travail ESLD-EHPAD à mettre en place.

Par ailleurs, une fraction des malades, atteints de pathologies, sans demander un accompagnement important, suppose, sans limitation de durée et perspective d'amélioration, une surveillance médicale et soignante constante, et donc la mobilisation de

moyens plus importants que ceux d'une USLD. Il s'agit, par exemple, de personnes en pauci relationnel, maladie de Huntington avancée. Ce sujet devra également être étudié au regard des besoins de la population cible dans le cadre des travaux à venir et en articulation avec les travaux en cours sur la révision des autorisations des activités de médecine et de SSR.

Dans le cadre de cette réflexion, certains membres de l'atelier se sont prononcées pour qu'une part substantielle de l'offre actuelle en ESLD soit convertie en offre d'EHPAD. Cette position n'est pas consensuelle mais cette proposition devra être étudiée dans le groupe de travail ESLD-EHPAD.

#### **4. Garantir dans chacune des solutions offertes aux personnes âgées un niveau de qualité élevé, en termes d'accompagnement, de cadre et de projet de vie, d'effectivité des droits et libertés.**

Le groupe a retenu **une conception extensive de la qualité** (qualité des soins et de l'accompagnement, présence de professionnels, cadre et mode de vie inspiré du « chez-soi », conception architecturale et intégration dans la cité, projet de vie et ouverture, absence d'isolement .. ..) adaptée aux enjeux du domicile ou de l'établissement. Dans l'ensemble des modalités d'accompagnement, il s'agit non seulement d'apporter des soins et une aide de qualité et de garantir l'intimité et la dignité des personnes mais aussi de préserver l'autonomie et autant que possible la liberté, de conserver une vie sociale et de lutter contre l'isolement en veillant à une présence régulière auprès des personnes âgées. Il s'agit également de veiller à offrir des conditions dignes et adaptées aux fins de vie<sup>13</sup>.

Ces objectifs tiennent en premier lieu à des exigences quantitatives de présence auprès des personnes mais également à la dimension managériale comme à l'approche éthique.

##### **4.1 Renforcer les moyens et les compétences partout sur le territoire**

**Proposition 15 : Rééquilibrer les dotations entre les territoires.** A moyen terme, la qualité et l'équité commandent également d'engager résolument une convergence inter régionale/départementale des ressources d'assurance maladie intégrant les dépenses de ville à l'attention des personnes âgées en perte d'autonomie. Un mécanisme de péréquation permettant de réduire les inégalités territoriales mesurées sur l'ensemble des dépenses d'assurance maladie pour les personnes âgées (y compris AIS) pourrait être mis en place.

**Proposition 16 : Garantir dans l'ensemble de l'offre un personnel valorisé, motivé, formé, en nombre suffisant et heureux dans son travail**

- En facilitant la diversité des exercices en décloisonnant et en rapprochant différentes structures (cf supra).
- En renforçant la promotion professionnelle et la gestion des carrières. Certains participants proposent notamment qu'un parcours de carrière soit proposé en envisageant la création de fonctions de responsable d'équipe ou d'unité qui seraient confiées à des professionnels expérimentés.
- En poursuivant le soutien à la qualification et à la professionnalisation des professionnels de SAAD (au-delà de la forme actuelle du fonds de soutien aux bonnes pratiques). La nécessaire prise en compte des temps de coordination et la consolidation proposée du modèle économique des SAAD pourrait s'accompagner de la part de ces structures d'engagements contractuels en terme de revalorisation salariale dans le cadre des CPOM.

**Proposition 17 : Revaloriser l'image des professions auprès des personnes âgées.** Sans préjudice des efforts nécessaires relatifs au taux d'encadrement et à la revalorisation des métiers, les participants demandent un changement d'image qui passe par des campagnes de communication à grande échelle à l'image d'autres acteurs (Armée, administration pénitentiaire, ...) afin d'accroître l'attractivité de métiers aujourd'hui insuffisamment valorisés.

**Proposition 18 : Ouvrir largement les structures en favorisant l'intergénérationnel et le bénévolat.** En complément des professionnels sont le nombre serait amené à augmenter selon les mécanismes décrits ci-dessus, les participants demandent qu'une partie importante des contrats de services civiques et demain des jeunes amenés à réaliser leur service civique universel soient orientée vers le secteur des personnes âgées en perte d'autonomie. A domicile, ils pourraient notamment assurer une fonction présente qui fait défaut dans l'organisation actuelle et en établissement, ils participeraient aux fonctions d'animation. Un effort de formation et un encadrement par les structures devra toutefois être envisagé. En outre, les participants demandent que les actions ayant trait au dialogue intergénérationnel soient intégrées dans le financement (complémentaire) à la qualité envisagé.

<sup>13</sup> La députée Annie Vidal préconise d'ailleurs dans son rapport La démarche qualité en EHPAD : un levier pour le bien-être de nos aînés d'en faire un critère important d'évaluation des EHPAD.

**Proposition 19 : établir un référentiel national permettant d'évaluer les établissements et les services.** Les participants constatent que l'évaluation externe obligatoire n'a pas donné pleine satisfaction, les organismes n'ayant pas tous la même approche dans l'évaluation et els critères actuels n'étant pas nécessairement les plus pertinents. La HAS est ainsi chargée d'établir un référentiel permettant de comparer les évaluations.

**Proposition 20 : rendre publics les évaluations et les indicateurs clés relatifs à l'accueil des personnes âgées sur le site [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr).** Certains indicateurs déjà présents dans le tableau de bord de l'ANAP (relatifs au taux d'absentéisme, au taux de turn-over, ...) pourraient éventuellement être rapidement rendus publics.

**Proposition 21 : mesurer le plus fréquemment possible la satisfaction des usagers et des personnels.** Sans méconnaître les difficultés méthodologiques et pratiques, l'atelier demande que la prise en compte de la satisfaction des personnes accompagnées et des personnels sous la forme d'enquêtes standardisées soit développée voire systématisée. Les résultats seraient largement publiés. Ces enquêtes mesureraient également la qualité du service rendu par les services publics rencontrés par la personne (« guichet unique », équipe médico-social du conseil départemental,...)

**Proposition 22 : A domicile comme en établissements, installer une nouvelle culture du droit au risque partagée entre les personnes, les familles, les professionnels et les autorités de contrôle et chercher à réduire systématiquement tous les dispositifs qui entravent excessivement la liberté des personnes âgées, en les soumettant à un contrôle et à une évaluation régulière.** Cette dimension doit être prise en compte dans les référentiels nationaux d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux à définir par la HAS.

**Proposition 23 : soutenir financièrement les actions visant l'amélioration de la qualité à travers la création d'une dotation supplémentaire** accordée dans un premier temps sur la base d'indicateurs facilement identifiables relatifs :

- à la fidélisation du personnel. Les participants reconnaissent le rôle clé des conditions de travail et du management dans la qualité de l'offre, en particulier dans la fidélisation des professionnels. Le seul taux d'encadrement ne peut suffire à garantir la qualité de l'offre si les taux d'absentéisme et de turn-over restent élevés et les risques de maltraitance peuvent augmenter en cas de mauvaise qualité de vie au travail. Sur la base d'indicateurs d'objectifs, une dotation supplémentaire pourrait être rapidement attribuée pour financer des actions visant à réduire l'absentéisme ou le turn-over, les responsables de structure pouvant proposer les actions de leur choix. L'autorité compétente (ARS aujourd'hui) validerait les actions proposées et leur pérennité serait conditionnée à l'atteinte d'objectifs relatifs à cette dimension.
- à la prise en compte de la préservation de l'autonomie. Les financements actuels sur la base du GIR ne valorisent pas suffisamment (à domicile comme en établissement) les actes de préservation de l'autonomie. La mise en place d'outil innovant existant (grilles SMAF ou RAI) pourrait être financée sur la base de cette enveloppe qualité.

Ce financement « à la qualité » viendrait s'ajouter aux forfaits soins et dépendance actuellement versés par l'ARS et le conseil départemental<sup>14</sup>.

### 4.3 Des offres d'habitat ouvertes sur la ville, à haute qualité architecturale

**Proposition 24 : Favoriser le regroupement des offres d'habitat sur un même lieu et inclure les habitats pour personnes âgées dans la société**

Les participants expriment leur souhait que les nouveaux projets ou les projets d'agrandissement de structures existantes incorporent une variété d'offre sur un même lieu à destination des personnes âgées (résidences services/autonomie et institution pour personnes plus fragiles) mais également pour l'ensemble de la société (commerces, crèches...). Ils soulignent également l'importance du choix des lieux d'implantation qui doivent privilégier une logique inclusive dans la société, avec un voisinage accueillant et solidaire.

**Proposition 25 : Sur la base d'un audit à réaliser, mettre en place un plan de rénovation des structures existantes.**

Selon la DREES<sup>15</sup>, en 2015, la construction ou la dernière rénovation des bâtiments des EHPAD dataient de plus de 25 ans dans 23% des cas. C'est notamment le cas des EHPAD habilités à l'aide sociale qui n'amortissent le plus souvent pas les frais de construction, ceux-ci étant supportés par la puissance publique sous forme de subvention. L'atelier propose :

- D'établir un audit précis, dans le cadre des schémas territoriaux (cf. ci-dessous) des besoins de rénovation du parc existant (EHPAD, résidences autonomie) ;
- De financer un plan de rénovation d'ampleur pour les bâtis les plus anciens ;

<sup>14</sup> En termes d'ordre de grandeur, pour les établissements 1% de l'enveloppe OGD actuellement dévolue aux EHPAD et USLD représente environ 90 M€.

<sup>15</sup> Enquête EHPA 2015.

- De réfléchir à un modèle économique pérenne qui ne fait pas reposer la rénovation sur des crédits ou des subventions dont l'obtention est complexe et non garantie.

**Proposition 26 : Réaliser des études sur l'impact en terme de qualité de vie des nouvelles formes d'habitat.** L'atelier demande que des études socio-économiques puissent être menées pour établir le rôle de ces habitats sur la qualité de vie des personnes âgées, des professionnels et de l'entourage. Elles pourraient être menées dans le cadre de l'observatoire de l'habitat inclusif.