



Enquête sur la prise en charge médicale des résidents en EHPAD

Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

I. Périmètre et contexte du contrôle

“L’enquête de la Cour des comptes, à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, questionne l’évolution vers une entrée plus tardive des résidents en Ehpad, dans un état de dépendance accrue. Se posent notamment les questions de l’efficacité de cette prise en charge (adéquations aux besoins et indicateurs de qualité objectifs), de son efficience (mode de financement, coût pour l’assurance maladie et pour le résident, et situation financière des EHPAD qui en résulte) mais aussi la pertinence des outils de mesure existants (les grilles AGGIR et Pathos).”

Au préalable, l’Uniopss souligne la double nécessité de :

- proposer une offre d’accompagnement médical en cohérence avec les attentes et les besoins des personnes vivant dans un EHPAD, de leur famille et de leurs proches,
- développer et renforcer les coordinations et coopérations médicales territoriales et entre les dispositifs existants tels que l’HAD, les équipes de soins mobiles, etc., pour les rendre plus efficaces.

C’est pourquoi l’Uniopss alerte sur la priorité qui pourrait être donnée à la « sanitisation » des établissements, *via* une médicalisation à outrance, et invite à interroger les raisons d’un tel positionnement.

Recourir à la médicalisation très poussée des établissements pour accueillir les personnes dont l’état de santé est très dégradé, voire en fin de vie, renvoie à l’EHPAD « mouvoir », à l’image de ce qui pouvait exister au XIX^e siècle avec les « hospices de vieux ». Ce choix interroge en outre l’offre d’hébergement intermédiaire entre la résidence autonomie conçue pour les personnes en GIR 5 et 6 et l’EHPAD *new look* pour les personnes en GIR 1 et 2.

Cette alerte est renforcée au vu de la crise sanitaire se transformant en crise sociale et sociétale et l’Uniopss plaide en conséquence pour mettre l’accent sur la vie sociale et l’ouverture de l’établissement vers l’extérieur. Il est ainsi essentiel de prendre en compte l’isolement des personnes âgées dans l’offre d’accompagnement, ainsi que leur choix de vie.



Il ne s'agit pas bien sûr d'opposer les dimensions de la prise en charge médicale et de la vie sociale, mais de garder comme fil rouge de la réflexion le souhait du résident. Dans ce contexte, il s'agit de renforcer la dimension domiciliaire de l'établissement, d'assurer le respect des droits et libertés de la personne, et de tenir compte de l'adaptation des pratiques des professionnels au domicile, de la prévention des RPS, plus compliquée à accompagner au domicile qu'en établissement, et d'intégrer l'établissement dans la vie locale.

II. L'évolution des personnes accueillies en Ehpad

L'entrée en établissement s'effectue autour de 85 ans, pour une durée moyenne de séjour de 2,5 ans. Sauf exception, le choix d'une entrée en Ehpad relève plus souvent d'une obligation que d'un choix. L'admission se réalise dans l'urgence, sans préparation, à la demande des SSIAD, des hôpitaux et des SSR ainsi que du secteur psychiatrique. Ce choix forcé est à relier tant à la volonté de la personne de rester chez elle le plus longtemps possible et à l'épuisement des aidants familiaux qu'à l'absence d'une prise en charge plus adaptée en unités d'hébergement renforcées (UHR) et en accueil de jour (AJ) : l'Ehpad est vu comme l'ultime recours.

Depuis environ cinq années, les personnes qui rejoignent les établissements présentent des mobilités réduites et circulent en fauteuil, souffrent de troubles neurocognitifs et psychiatriques. Les problématiques liées à des situations de handicap sont également plus nombreuses. S'y ajoute aujourd'hui une dégradation plus importante de l'état de santé, due en grande partie à l'isolement social, à l'éloignement familial et au manque d'étayage affectif constatés depuis mars 2020.

L'accompagnement de la personne en établissement doit en conséquent être adapté ; plus complexe et plus lourd, il est différent de ce qui s'apprend au cours des formations et de ce qui se pratique jusqu'à présent. Le personnel est largement sollicité pour des missions nouvelles, s'épuise, l'absentéisme et le *turn over* sont élevés.

III. Le nombre de places en Ehpad et l'organisation de l'offre

L'Uniopss réfléchit avec son réseau d'associations du secteur à l'organisation de l'offre parce qu'il y a urgences : urgence à ce que les enjeux liés au vieillissement de la population soient anticipés ; urgence à ce que les politiques du domicile bénéficient d'un soutien structurel ; urgence à ce que le modèle des établissements d'hébergement soit repensé ; urgence à ce que la place des personnes dans les dispositifs d'aide et d'accompagnement soit reconsidérée ; urgence à répondre à l'ensemble des situations sans solutions ; urgence à continuer à construire des solutions intermédiaires, pour ne pas proposer le vivre chez soi, puis, au dernier moment de la vie, la résidence en EHPAD.



- Le constat est que la volonté politique pour doter le secteur à hauteur des besoins est faible ou inopérante en termes financiers ; il manque en outre une vision d'ensemble, ambitieuse et solidaire de la société pour l'autonomie des personnes âgées qu'une loi « Grand âge et autonomie » pourrait traduire. Cette loi est indispensable pour mettre en lumière et en actions les points de convergence, nécessaires à la construction des réponses à ces urgences :
 - ↳ l'attractivité des métiers et des associations, la lutte contre la sinistralité de ces métiers, la compensation et les ressources des personnes âgées, l'accès à la citoyenneté et aux droits, la lutte contre l'isolement, la reconnaissance du statut des aidants, l'accessibilité universelle.

- Au regard des 720 000 personnes accueillies en institution et des presque 13 millions de personnes âgées de plus de 65 ans (2018) dont 6 millions âgées de plus de 75 ans (sur 64 845 000 personnes en 2018), on ne peut pas dire que l'offre d'accueil en EHPAD soit prépondérante. On ne peut pas davantage dire que le virage domiciliaire soit réellement amorcé. Le "tout domicile", tel qu'il est organisé actuellement, ne répond pas aux problématiques d'isolement et de manque de lien social. À cet égard, le réseau Uniopss-Uriopss rappelle que :
 - ↳ le virage domiciliaire ne doit pas être guidé par un objectif de restrictions budgétaires et qu'il doit être à la hauteur des ambitions affichées et des besoins des personnes accompagnées ;
 - ↳ les politiques annexes à la prise en soins et médico-sociale doivent également être repensées afin que les personnes à domicile puissent vivre en toute autonomie chez elles (ex : politique des transports, urbanisme, logements accessibles). À titre d'exemple, la mise aux normes des logements devra être effectuée afin de permettre, aux personnes qui le souhaitent, de rester chez elles en sécurité tout en permettant aux services d'intervenir sans mise en danger des professionnels.

- Si le nombre des personnes d'un certain âge augmentera d'ici 2050, relier le nombre de places en EHPAD au seul accroissement démographique occulte, d'une part le souhait des personnes de ne pas rejoindre un EHPAD tel qu'il est conçu et fonctionne actuellement, d'autre part la possibilité d'accompagner autrement les personnes en développant la dimension « lieu de vie » et lien social de l'établissement en parallèle du renforcement de la médicalisation des EHPAD par le recours aux intervenants médicaux libéraux, et, pour les territoires en manque de professionnels, en misant sur la télémédecine et la téléconsultation, les pratiques infirmières avancées en gériatrie, la présence des médecins coordonnateurs et leur renforcement, l'HAD en établissement (cf. p. 9 et 10).



- Le virage domiciliaire ne doit pas être opposé à l'établissement dont les missions sont complémentaires pour l'accompagnement de nos aînés. Le réseau Uniopss / Uriopss défend ainsi le modèle de l'EHPAD comme un lieu de vie, et non un lieu de soin ou, pire, un lieu de fin de vie, pour les personnes âgées qui en ont le souhait et/ou le besoin. Il s'agit bien de trouver une passerelle, une cohérence entre les EHPAD et le domicile pour répondre au mieux aux besoins et attentes de nos aînés sans faire de l'EHPAD une « succursale de l'hôpital ».

L'Uniopss et son réseau plaident depuis toujours pour des lieux d'accueil des personnes âgées, ouverts et proposant une large palette d'activités au service des habitants d'un territoire de proximité. L'EHPAD s'inscrit dans une réponse globale, issue d'une vision systémique de l'offre d'accueil et d'accompagnement, qui, au-delà de la coordination et des moyens, doit s'appuyer et s'organiser sur ce que veut la personne. La nécessité de renforcer les liens en aval et en amont des EHPAD avec les autres formes plus ou moins institutionnalisées de l'accompagnement des personnes âgées comme avec les secteurs connexes du soin et du social est évidente. Cette pratique existe déjà. Des solutions peuvent être construites en lien et en coordination avec l'environnement de l'établissement : les SSIAD, les CCAS, le voisinage, les associations de quartier, etc. L'organisation de l'offre ou des professionnels entre eux ne doit toutefois pas être mise en œuvre sans considération des attentes et des besoins de la personne accompagnée.

Ainsi le concept d'EHPAD hors les murs n'a-t-il de sens que s'il s'insère dans une palette de choix ouverts à la personne, grâce à une politique de la ville le permettant du point de l'organisation et de l'accessibilité territoriales, et à pratiquer en fonction de ses attentes et de ses besoins, du domicile à l'EHPAD en passant par des formes alternatives d'habitat inclusif et à la portée de tous.

- Le maillage territorial dans lequel s'inscrit un Ehpad dépend en partie de la population vivant en son sein. L'hébergement permanent des résidents en GIR 1 et 2 limite le maillage, le plus souvent, au partenariat médico-social et sanitaire : HAD, filières et réseaux de santé, équipes mobiles diverses. Si les résidents présentent des profils plus variés, le maillage est également plus varié. Les partenariats s'opèrent à travers des conventions, la participation à des plateformes territoriales d'appui (PTA), des liens avec médecins traitants et spécialistes. Les démarches « télémédecine » et PRP sont également mobilisées. L'insertion des EHPAD dans les réseaux de santé tels qu'ils existent aujourd'hui et qui s'intégreront dans les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) territoriale est variable selon le territoire et les parties en présence.

La vocation du DAC est de s'occuper des cas complexes quel que soit l'âge et la pathologie il n'a pas pour objectif *a priori* de soutenir le maintien à domicile tous azimuts. Il peut le favoriser dans certains cas par son accompagnement. Quelles que soient la forme ou la nature des partenariats existants ou à venir, l'Uniopss alerte sur l'importance de la coordination pour les faire vivre et sur la nécessité d'un découpage territorial maîtrisé et cohérent pour assurer une parfaite connaissance de la part de l'acteur en charge de la coordination et éviter les doublons.



Ainsi l'un des enjeux du DAC est-il de parvenir à l'articuler avec des dispositifs dont les tutelles diffèrent (ARS et conseils départementaux) pour les CLIC notamment ou avec les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Une clarification des missions des différents dispositifs de coopération et de coordination (DAC, CPTS, etc.) est nécessaire pour une meilleure lisibilité.

Les difficultés relevées sur le terrain pour intégrer les CPTS résultent de l'initiative laissée aux professionnels de santé de ville d'associer progressivement d'autres acteurs de santé du territoire (ESMS, établissements de santé etc.). Les acteurs sociaux et médico-sociaux sont davantage positionnés comme partenaires que comme membres à part entière.

Alors que le cadre juridique et financier des CPTS ne favorise pas cette inclusion, l'Uniopss propose :

- d'associer aux CPTS tous les acteurs de santé et de soins du territoire, y compris le secteur social et médico-social, les centres de santé, de développer des modalités de partenariats au service des parcours de santé des personnes et pas seulement les professionnels de santé libéraux,
- de promouvoir le modèle des centres de santé permettant un exercice coordonné autour d'un projet de santé.

Sur la base de l'expérience vécue pendant la crise du lien très aidant avec le secteur sanitaire (HAD, équipes mobiles...), il est intéressant d'inscrire les EHPAD dans un réseau gériatrique local tout en préservant les particularités d'un lieu de vie.

Globalement la mise en lien avec le réseau gériatrique peut être positif à condition de ne déboucher ni sur une « sanitarisation » du médico-social ni sur de l'hospitalo-centrisme. Cela suppose que chaque partie respecte l'autre, son personnel et leur travail ; que l'objectif partagé par les deux parties reste la réponse aux besoins du résident et à ses attentes.

Le réseau met en garde contre une approche, sans rapport avec la société inclusive prônée par les pouvoirs publics, qui favoriserait l'émergence de deux univers différents : le domicile pour les personnes qui avanceraient en âge dans le respect de leurs droits et de leurs choix, l'établissement où les personnes ne seraient considérées qu'au regard du soin.

- L'Uniopss encourage depuis longtemps le mouvement de diversification de l'offre d'accueil des EHPAD, déjà en cours. L'EHPAD doit être un lieu-ressources ainsi qu'un lieu offrant à la fois des places médico-sociales permanentes, une résidence autonomie, un habitat de droit commun, de l'accueil temporaire, un service à domicile ou un lien étroit avec les services à domicile, etc., notamment pour participer du parcours résidentiel de la personne en fonction de ses souhaits et de ses attentes. Une offre plurielle doit inclure l'accueil de la grande dépendance selon une logique de proximité territoriale, d'inclusion et de participation à la vie sociale.

Les EHPAD peuvent être des centres ressources en téléconsultations ou télémédecine, au bénéfice de leurs résidents mais également ouverts sur le territoire aux habitants, comme le montrent plusieurs projets en cours. Les textes législatifs et réglementaires relatifs à la téléconsultation prévoient la



possibilité d'un accompagnement par un professionnel de santé médical ou paramédical (infirmier, sage-femme, pharmacien, etc.). Le point fort des EHPAD est la présence de professionnels pour accompagner les personnes dans l'utilisation des outils connectés. L'Uniopss insiste sur l'aspect financier de cette mission supplémentaire. Outre la rémunération des professionnels qui en prennent la charge, la mise en place de téléconsultations en EHPAD nécessite du temps administratif et logistique. Ces coûts sont à intégrer dans les budgets des ESMS.

Un des freins à l'usage de la télémédecine reste l'interopérabilité des outils. Un EHPAD doté d'une solution de téléconsultation doit s'équiper d'autant de solutions que de professionnels de santé avec qui il collabore. Il faut espérer que les chantiers en cours du virage du numérique en santé, notamment les exigences d'interopérabilité vis-à-vis des éditeurs de logiciel, et le portage de solution régionale par certains GRADES résolvent ce problème pour favoriser l'usage de la télémédecine en EHPAD.

- Le système d'autorisation devrait évoluer. De nombreux établissements attendent un assouplissement réglementaire pour fonctionner en meilleure adéquation avec les besoins des personnes vivant dans leur territoire et proposer des solutions innovantes. La notion de parcours devrait permettre une meilleure fluidité. Le système d'autorisation fige une solution à une situation sans évolution possible au regard de la situation réelle de la personne. Plutôt que de viser un nombre de places, le système d'autorisation pourrait s'attacher à favoriser un dispositif et sa réponse évolutive, ainsi que la structure qui le porte.

IV. Les dotations soins et dépendance

Globalement, la réforme tarifaire a plutôt été bien perçue, mais les modalités de tarification par l'application des grilles AGGIR et PATHOS ne sont pas plébiscitées et ont des conséquences sur la qualité de l'accompagnement. L'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap vieillissantes (PHV) en est une bonne illustration. Certaines d'entre elles vivent de grandes frustrations car les activités proposées et parfois les accompagnements, objectivés à partir de ces grilles, ne sont adaptés ni à leur âge ni à leurs capacités. Les cotations amènent à ne considérer la personne qu'au travers de son Groupe Iso-Ressources (GIR).

Le niveau de dépendance moyen des résidents d'un EHPAD est évalué à partir du GMP [GIR moyen pondéré (GMP)]. Plus ce GMP est élevé, moins le niveau d'autonomie des personnes âgées est important. Le niveau de besoin en soins est évalué sur la base du Pathos moyen pondéré (PMP). Le réseau alerte sur le fait que la situation de la personne âgée est très variable, si bien qu'une évaluation à un jour J peut ne pas être représentative de son autonomie habituelle ou de son besoin en soins (ex : sortie d'hospitalisation, entrée en EHPAD...).

- Les grilles en vigueur laissent très peu de place à la diversification de l'offre et à la prévention des risques. D'une manière générale, le système des coupes PATHOS et AGGIR est considéré comme obsolète, voire pervers.



- Les adhérents de notre réseau relèvent les défauts suivants :
 - ↳ Les GMP et PMP sont des outils non dynamiques. Il est prévu qu'ils fassent l'objet d'une « coupe » une fois en début et une fois au milieu de chaque CPOM. Dans les faits, les coupes subissent énormément de retard et ne sont pas toujours réalisées. De plus, cette périodicité fige les financements pendant deux ans et demi, ce qui s'avère particulièrement inadapté quand la durée moyenne de séjour oscille entre 5 mois et 3,3 ans (source : DREES Social) et que l'évolution de l'état de santé d'une personne (troubles cognitifs, typologie multi-pathologiques) est rapide au cours du séjour dans l'établissement. Le réseau souligne également le problème de confiance dans les relations entre l'ATC et un gestionnaire qui doit prouver sa bonne foi sur la cotation qu'il réalise. Chaque coupe donne ainsi lieu à d'âpres négociations, chaque point de barème engageant l'établissement et son financement pour plusieurs années. Ce système n'est pas sans conséquence sur la politique d'admission de l'établissement. Il met à mal son éthique : avant une coupe PATHOS, il lui faut être assuré de conserver la même charge en soins pour conserver la même enveloppe budgétaire et en conséquence, garder les équipes. Concrètement une admission peut être refusée si la prise en soins est trop importante et le PMP faible ou, *a contrario*, elle peut être acceptée si la coupe PATHOS approche et que la charge en soins du résident est importante. La même remarque s'applique pour le GMP. L'évaluation des personnes accompagnées, avec la part de subjectivité qu'elle comporte, peut être utilisée pour obtenir un meilleur financement.
 - ↳ Les GMP et PMP sont des outils inégalitaires d'un point de vue territorial. Les équations tarifaires prennent en compte le point GIR Départemental. Pour rappel, en 2020, le point GIR Départemental se situait entre 6,10 € (Vienne) et 11,80 € (Guyane) pour une moyenne à 7,28 € (contre 7,05 € en 2017).
- Comme la CNSA le préconise, des grilles plus adaptées aux droits des personnes, avec une approche multidimensionnelle et la prise en compte de la participation de la personne et de son environnement social, comme la grille GEVA, pourrait être utilisée.

À tout le moins, la grille AGGIR est perfectible pour mieux apprécier l'environnement de la personne et la dimension « vie sociale », pour valoriser les missions de prévention menées par les établissements en vue de préserver voire d'améliorer l'autonomie du résident, alors qu'aujourd'hui leurs financements diminuent si le GMP ou le PMP baisse. Les « sept variables illustratives » (gestion, cuisine, ménage, transports, achats, traitement, temps libre) devraient être prises en compte dans le calcul du GIR.



La grille Pathos est également perfectible. Les résidents hospitalisés, considérés aujourd'hui car « sortis » de l'établissement, devraient être intégrés à l'effectif le jour de la coupe, d'autant qu'à leur retour ils nécessitent un accompagnement parfois plus soutenu.

Si le temps relationnel passé auprès des résidents par les différents professionnels du soin et de l'aide à l'autonomie pourrait être quantifié notamment pour définir le nombre des ETP requis par la structure, le réseau met en garde contre un système de cotation qui ne permettrait pas aux professionnels d'adapter leurs accompagnements aux besoins réels de la personne. Ainsi le réseau insiste-t-il sur la nécessité de projets encourageant les personnes à participer et à décider par et pour elles-mêmes ainsi que la participation des professionnels à ces projets.

L'ajustement annuel de l'APA ne répond pas à l'évolution de l'état de santé des résidents. Il serait opportun de reconnaître davantage dans l'évaluation de la dépendance les troubles cognitifs et ou psychiques qui demande souvent plus de temps que des soins de nursing.

- Le réseau Uniopss–Uriopss considère que le tarif global permet une prise en charge des personnes vivant en EHPAD plus complète que le tarif partiel. Il devrait être ouvert à un plus grand nombre. Le tarif partiel, avec des délais d'ajustement allongés, peut s'avérer aléatoire.

V. Le rôle des tutelles (ARS et CD)

Les adhérents du réseau Uniopss–Uriopss envisagent la question des tutelles sous un double angle : d'une part l'efficacité des missions menées par les établissements sur le territoire dans une relation de proximité avec le tarificateur et d'autre part la qualité de l'accompagnement de la personne dans un parcours sans rupture et avec un reste à charge le plus bas possible. Une simplification du système serait à cet égard souhaitable.

- **Ainsi soulèvent-ils quatre points d'alerte :**
 - ↳ Le choix de l'ARS comme ATC comporte le danger de tourner l'établissement vers un modèle « sanitaire » au détriment du modèle « social ».
 - ↳ L'attente du réseau est forte en termes d'écoute, de communication, de transparence, de soutien de la part d'une ATC. À l'« autorité », ils aimeraient substituer un « partenaire », interlocuteur de proximité qui connaisse bien le territoire.
 - ↳ Quel que soit le pilote choisi, *in fine*, la question principale à traiter est celle des moyens financiers consacrés à l'accompagnement des personnes.
 - ↳ Si les Conseils départementaux ont une bonne connaissance des territoires, les différences de traitement et d'application des textes posent la question de l'équité territoriale.



- La fusion des sections soins et dépendance sous la tutelle des ARS semble avoir fait son chemin dans le schéma réfléchi par la DGCS dans le cadre de l'élaboration de la loi ex-Grand âge et autonomie / Générations solidaires. Le lien avec la 5^e branche ne paraît pas avoir été intégré, peut-être par manque de financement.
- L'outil CPOM est reconnu comme pouvant, en théorie, améliorer le quotidien des établissements grâce à sa pluri-annualité et à un périmètre pluri-établissement notamment. Les CPOM devraient être élaborés après une double phase de diagnostic et de négociation, et dans une approche inclusive et d'offre transformée. La réalité montre que les CPOM des EHPAD, trop généralistes, sont élaborés, quand ils le sont, « à la va-vite » dans une logique de reconduction des moyens prévus dans les conventions tripartites pluriannuelles. Le CPOM est souvent perçu comme un contrat d'objectifs et non de moyens. Sa standardisation, en fonction des priorités locales, laisse de côté les spécificités de l'établissement et la population accueillie.
- Les difficultés à conclure un CPOM pluri-établissements, par exemple un EHPAD et une résidence autonomie, sont réelles en raison des craintes des ARS de voir le forfait soins « compenser » les charges de la résidence autonomie alors que la logique de parcours de la personne accompagnée imposerait un périmètre élargi des CPOM.

L'Uniopss alerte sur la conclusion de ces contrats à marche forcée et plaide pour le report du calendrier. Les retards de montée en charge des signatures des CPOM ne doivent pas avoir de conséquence sur la réalisation des coupes PATHOS et GMP, en amont du CPOM puis à mi-parcours. Enfin le dialogue de gestion entre établissements et ATC est primordial. Dans la pratique, il est peu réalisé et n'aboutit pas à des modifications de financement.

VI. La qualité de la prise en charge

La prise en charge n'est pas un terme adéquat et il devrait avoir, depuis la loi du 2 janvier 2002, laissé place à l'accompagnement. Il est révélateur et dommage qu'il soit encore employé.

Le réseau Uniopss–Uriopss considère que la qualité de l'accompagnement dépend en partie de la bonne articulation entre l'impulsion nationale et une offre de services adaptée aux réalités, besoins et attentes locales. La question de l'égalité de traitement des personnes doit rencontrer celle de l'équité territoriale.

L'exemple du secteur handicap, passé progressivement de l'autonomie à l'autonomisation puis au pouvoir d'agir considérant la personne actrice de son accompagnement, devrait être suivi pour les personnes âgées. Celles-ci souhaitent effectivement un accompagnement de qualité avec des professionnels formés, médical, paramédical, mais aussi s'inscrivant dans le relationnel, le social et l'animation. La loi de 2002 affirme le droit de la personne accompagnée à l'individualisation de son accompagnement et au libre choix des services : le service doit s'adapter à la personne et non l'inverse.



Ce droit est peu respecté, à la fois en raison des contraintes organisationnelles et financières, et de la responsabilité juridique de l'établissement et de sa direction face au risque. Un équilibre est à trouver entre la liberté de la personne et la sécurité que lui doit l'établissement. Cela ne peut se faire sans moyen.

- La qualité de l'accompagnement repose en grande partie sur les moyens qui y sont consacrés. Le ratio de professionnels dans les établissements du secteur personnes âgées ne suffit actuellement pas.

Pour mieux accompagner les personnes âgées vivant en EHPAD, la composante « vie sociale » et respect de la dignité et de l'individualité de la personne doit être renforcée. Cela suppose une évolution vers une gouvernance plus participative, impliquée dans une démarche de qualité de vie au travail et de RSO, mais aussi vers une professionnalisation accrue du secteur des EHPAD, une reconnaissance du travail effectué en EHPAD, la possibilité d'avoir une équipe pluridisciplinaire impliquée dans le projet de l'établissement, capable d'offrir un accompagnement complet aux résidents en évitant les hospitalisations et leur donnant la possibilité d'accompagner la fin de vie confortablement.

- Pour ce qui est de l'accompagnement médical, plusieurs propositions sont remontées par les acteurs de terrain :
 - ↳ la pratique avancée infirmière en gériatrie ;
 - ↳ le rôle de médecin coordonnateur en EHPAD et son articulation avec le médecin traitant, avec la possibilité de cumuler les 2 exercices ;
 - ↳ l'amélioration et l'amplification de l'intervention de l'HAD en EHPAD.

La pratique avancée infirmière en gériatrie pourrait permettre d'améliorer les parcours de soins dans les EHPAD et de pallier en partie au problème de recrutement de médecin ou d'un temps médical rare et contraint.

- Le réseau Uniopss-Uriopss alerte cependant sur sa mise en place qui nécessite :
 - ↳ de définir le niveau de rémunération associé au nouveau niveau de diplôme, et les modalités de financement pour les ESMS de ces formations et ensuite de ces postes,
 - ↳ de réfléchir sur la nature des délégations de tâche et la reconnaissance du statut d'IDEC qu'elle pourrait apporter.

Le recours à la pratique avancée infirmière ne doit en outre pas se faire au détriment de mesures absolument primordiales pour améliorer la présence de médecins dans les structures et sur les territoires.



Les missions et les interventions du médecin coordinateur doivent être précisées, notamment quant à la prescription de médicaments instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, et les notions d'urgence, de risques exceptionnels doivent être clarifiées.

Un projet d'instruction relative au médecin coordonnateur (réponse au référé de la Cour des comptes du 15 janvier 2019 du ministère des Solidarités et de la Santé) est en cours. Le réseau Uniopss-Uriopss souhaite qu'elle soit rapidement publiée.

Des difficultés sont remontées sur le terrain dans le cadre des coopérations entre HAD et EHPAD, les professionnels des deux structures étant réticents et des interrogations persistant sur la nature de l'intervention de l'HAD : former les équipes de l'EHPAD ou prendre en charge les patients. Les moyens de l'HAD ne sont pas toujours ajustés aux besoins et aux sollicitations croissantes liées au virage ambulatoire (services injoignables et se déclarant débordés).

- Des exemples d'initiatives de terrain pour améliorer l'accès aux soins en EHPAD :
 - ↳ partenariat entre un centre de santé et un EHPAD pour développer de la prévention-promotion de la santé,
 - ↳ projet « télémédecine, préserver l'hygiène bucco-dentaire, l'audition et la vision des personnes âgées résidentes en EHPAD » porté par Union Chrétienne en Vendée et financé partiellement par la Fondation Crédit Agricole,
 - ↳ programme de formation-action pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées porté par la Mutualité Française,
 - ↳ ouverture d'un cabinet dentaire dans un EHPAD de la Fondation Armée du Salut à Saint-Etienne,
 - ↳ démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences Territoriale (GTEC) en Normandie avec la création de l'association MCE-M3S : « outil de concertation et de mise en commun des besoins et projets en matière de travail, d'emplois et de compétences entre des structures présentes sur un territoire et des acteurs de l'emploi et de la formation sur ce même territoire. Elle vise la mise en place d'un dialogue social territorial autour de ces projets. »
- La question de la « prise en charge des résidents malades « Alzheimer et maladies apparentées » en EHPAD est à reformuler. L'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs et de mémoire doit être pensé à partir des dispositifs existants, hors Unité d'Hébergement renforcées (UHR). L'enfermement avec porte « digicodée » et jardin clos, au prétexte que les personnes ont besoin d'être contenus, ne paraît pas adapté et entre en contradiction avec la société inclusive. Il s'agit là encore d'une question de moyens.

Les pistes doivent avant tout être respectueuses des personnes et il ne faut pas poser comme postulat que nous savons ce que les personnes veulent. Il existe en Europe, dans le monde et même en France une palette de projets intéressants et la diversification de l'offre là aussi est de mise. Citons par exemple les colocations Alzheimer en Allemagne et plus récemment développées en France par les



Petits Frères des Pauvres. Dans un T6, les personnes vivent ensemble avec deux professionnels et la visite des proches. La diversification nous permettrait de sortir d'un « Alzheimer système ».

- Le PASA est plutôt une belle réussite. Des moyens financiers sont nécessaires pour l'ouvrir 7/7. Le PASA de nuit doit être généralisé et l'organisation en pôle dans les établissements doit être privilégiée.

La nuit doit en effet être mieux accompagnée, au-delà du « tisane et changement de protection ». L'accompagnement des personnes âgées, la nuit, doit pouvoir offrir réconfort et apaisement à ceux qui en ont besoin. L'accompagnement du soir doit être amélioré en prenant en compte les habitudes de vie des résidents, beaucoup d'angoisses apparaissent après le repas du soir (qui se termine bien avant 20 h...). La qualité de l'accompagnement pourrait être améliorée notamment par une adaptation au rythme des résidents.

Idéalement, un établissement pourrait être construit uniquement de petits PASA/PUV, chacun d'eux constitué de petits groupes de résidents accompagnés toujours par les mêmes soignants, et chaque petite unité pourrait être gérée par une maîtresse de maison. Les activités pourraient être alors organisées en petit comité mais avec un brassage des participants pour faciliter les échanges.

- Les indicateurs, tels que le taux d'absentéisme et de *turn over* du personnel, le taux d'occupation, le taux d'encadrement, notamment par catégorie d'activité, la formation des collaborateurs de l'équipe, donnent un aperçu du niveau de qualité, principalement à partir de critères concernant les professionnels. La qualité ne doit être ni seulement quantitative (% de chute, % d'hospitalisation, etc.), ni seulement basée sur la prise en charge sanitaire.

Les résidents des EHPAD ne sont pas simplement des corps à laver, à nourrir, à soigner. Il y a nécessité de développer des indicateurs qualitatifs et relevant de l'appréciation et du ressenti des personnes sur la qualité de leur vie, la reconnaissance de leur individualité, le respect de leur dignité et de leur liberté. La qualité, c'est aussi envisager la personne dans sa globalité et selon ses attentes et donc dans sa temporalité propre.

- La certification d'EHPAD appelle une mise en garde quant à son périmètre et son contenu, ne pouvant être calquée sur ce qui existe dans le secteur sanitaire. Il pourrait davantage être question d'auto-évaluation permanente ou d'évaluation glissée année après année avec un référentiel que chaque établissement adapte à sa réalité. L'évaluation par un tiers extérieur est également utile car le regard extérieur d'un stagiaire, d'un nouveau professionnel, d'un évaluateur indépendant permet de progresser. L'évaluation croisée par un autre professionnel du secteur, notamment par des démarches d'analyse de pratiques, pourrait être pertinente. Elle ne peut toutefois pas être mise en œuvre sans financement pour couvrir les coûts induits pour les associations par les recours à ces « regards extérieurs ».



VII. Le personnel

La question des RH est majeure et le manque de personnel est une constante. Les difficultés sociales sont importantes, accrues par la méthodologie retenue pour octroyer la prime Covid et revaloriser les salaires. La fuite de personnel entre secteur est un fait amplifié ces derniers mois. S'agissant des EHPAD, FAM, MAS du secteur associatif, les dirigeants ont vu leurs effectifs fortement diminuer, les salariés préférant rejoindre la fonction publique hospitalière où les salaires étaient revalorisés.

« La reconnaissance pécuniaire des salariés a pu être mise en œuvre par certaines associations en piochant dans leurs fonds propres tandis que d'autres n'en n'ont pas eu les moyens. Si bien que le secteur déjà fortement touché par une pénurie de main d'œuvre et liée en partie aux conditions de rémunération et de travail a pu connaître des situations de crises sociales (dialogue social dégradé, mouvements de grève, absentéisme, démissions...). »

De plus, depuis deux décennies, il y a un constat de glissement des tâches de l'AS à l'ASH, de l'IDE à l'AS et du médecin coordonnateur à l'IDE sans reconnaissance salariale.

Si l'EHPAD s'oriente vers une ouverture sur l'extérieur de type « plateforme », cette transformation nécessitera du personnel supplémentaire, et compte-tenu des difficultés actuelles, il est indispensable de repenser l'attractivité des métiers du grand âge.

Les revalorisations de salaire et l'attractivité des métiers, notamment en développant un parcours professionnel de promotion et de passerelles, sont les points à travailler de toute urgence. La qualité de vie au travail doit être un point fort, soutenu par une dotation spécifique. La formation des AS et des IDE à la gérontologie comme spécialité reconnue et valorisée par le salaire est une piste.

- **Le réseau Uniopss – Uriopss réclame l'adoption des mesures suivantes :**
 - ↳ l'intégration de la revalorisation Ségur au salaire (actuellement en CTI) ;
 - ↳ le décroisement des métiers pour faciliter les évolutions de carrière avec des diplômes intermédiaires, des formations en interne, accompagnée par l'équipe et la direction, utilisant le savoir-faire professionnels des équipes (ex : VAE simplifiée, financement par l'ARS des certifications professionnelles comme agent d'accompagnement PA dépendantes) ;
 - ↳ le développement de l'apprentissage et de l'alternance (ex : pour les IDE) ;
 - ↳ l'adoption d'un plan de prévention des risques professionnels annuels avec un financement pérenne à partir de l'expérimentation de l'utilisation des CNR pour l'amélioration de la qualité de vie au travail. Cette expérimentation qui a bien fonctionné a été appréciée par les salariés qui se sont sentis valorisés ;
 - ↳ l'augmentation du nombre de postes pour éviter l'épuisement des professionnels en place et améliorer l'accompagnement ; l'augmentation du taux d'encadrement.



VIII. La gestion de la pandémie Covid-19 (première vague jusqu'au 10 juillet 2020/fin de l'état d'urgence sanitaire)

Les personnes vivant en EHPAD ont été particulièrement impactées par la gestion de la pandémie et l'isolement long et continu qu'elles ont dû subir. L'action des professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux a été mal, et inégalement reconnue notamment en termes de prime Covid et de revalorisation salariale.

La crise a fait malgré tout apparaître une inventivité, une réactivité extraordinaire, un engagement fort des professionnels, des réseaux. Des pratiques intéressantes ont été mises en place par les diverses structures, établissements et services pour pallier aux phénomènes délétères de la crise. Il faut également noter la solidarité entre les acteurs, l'effort déployé dans les liens relationnels, la mise à disposition de professionnels ou encore leur réorientation, par exemple ceux des accueils de jour, EHPAD ou non, vers l'accompagnement à domicile. Certaines structures ont pu compter sur leur réseau de bénévoles pour prêter main-forte au personnel déjà en nombre insuffisant en temps normal.

L'Uriopss Auvergne Rhône-Alpes a lancé une plateforme de prêt de main d'œuvre entre établissements puis l'ARS a pu centraliser une plateforme visant à répertorier les besoins en main d'œuvre et les professionnels disponibles sur le territoire.

Des progrès ont été notés en termes d'hygiène, illustrés par l'utilisation majorée du gel hydro alcoolique avec la mise en place de distributeurs, le renforcement des protocoles, la mise en place d'un registre des entrées.

- D'une manière générale, il a été constaté dans l'ensemble du territoire, le manque de coordination entre les autorités de contrôle, ARS et CD. Le fonctionnement en tuyaux d'orgue a paralysé le système puis l'a empêché d'être efficient à toutes les étapes de cette crise, et ce dès l'approvisionnement en équipement de protection individuelle. Par exemple, pour appliquer les mesures sanitaires indispensables pour protéger les résidents et les salariés, l'ARS a tardé à mettre les établissements en lien avec le CPIAS (Centre d'appui et de Prévention des Infections Associée aux Soins). Ceux-ci, connaissant très bien le terrain et la complexité des situations vécues dans les établissements ont pu être un appui important, mais cela aurait pu être effectif plus tôt dans la gestion de la crise.

Les difficultés de communication avec les autorités de tutelles ont été pointées du doigt pendant cette crise sanitaire. Bien que l'ARS ait tenté de répondre au mieux aux sollicitations des établissements, ceux-ci ont eu le sentiment, dans les réponses apportées, que leurs interlocuteurs avaient une méconnaissance profonde du terrain. Cette méconnaissance avait déjà été identifiée, hors temps de crise, mais elle a eu des conséquences plus lourdes, pendant la crise.

Les conseils départementaux ont argué à différentes reprises de la nature sanitaire des difficultés des établissements pour botter en touche, là où un simple soutien d'un partenaire, même moral, aurait été apprécié.



Il a été constaté le flou des recommandations entre les différents organismes : plateforme COVID, ARS, CPIAS, équipe mobile que la constitution d'un comité de crise aurait pu pallier.

- Le réseau Uniopss–Uriopss attire l'attention sur la procédure contradictoire. Alors que plusieurs ARS ont indiqué vouloir ne pas la mettre en œuvre cette année, il paraît essentiel que cette disposition réglementaire s'applique et qu'une consigne nationale soit donnée.

De même, malgré plusieurs relances de l'Uniopss, il n'a pas été accordé de report des EPRD. Or, la circulaire datée du 8 juin doit être suivie des décisions tarifaires, ce qui laissera peu de temps aux gestionnaires pour établir leur EPRD (30 juin). À l'instar de ce qui a été pratiqué pour les ERRD et les CA, certaines ARS vont peut-être accorder des délais supplémentaires. S'il s'agit d'une souplesse appréciée, celle-ci ne sécurise pas les gestionnaires notamment en cas de recours.

- La crise a mis en lumière les dilemmes et tensions éthiques que les responsables d'établissement doivent gérer au quotidien et qui interrogent les contours de la protection et de l'autonomie, de la sécurité et de la liberté. L'absence de lien social et le phénomène de glissement ont été identifiées dès le début de la crise sanitaire par une partie des directions d'établissements et des professionnels de terrain mais la peur de la sanction pénale et des retombées médiatiques ont eu raison des droits fondamentaux de libre circulation.

C'est la vision respectueuse des droits du résident, telle qu'elle est posée par la loi de 2002, qui a permis une communication authentique avec les résidents, leurs proches et les professionnels et une meilleure adaptabilité à la situation de crise.

UNE ILLUSTRATION DANS LA REGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR - CORSE

Fonctionnement de l'ARS PACA pendant la crise sanitaire, dès le 1er confinement (mars 2020) :

- Mise en place de réunions bimensuelles avec les fédérations, tardive, seulement à partir du 10 avril (mais une réunion avait été programmée quelques jours avant le 1^{er} confinement). Nous avons au début des réponses écrites aux questions posées par les fédérations, ce n'est plus le cas à ce jour.
- Au début, ils n'envisageaient des réunions que s'ils avaient des informations à faire passer.
- Trop souvent (aujourd'hui encore) les problématiques pourtant bien présentes et rencontrées sur le terrain ne génèrent pas toujours de réponse ou bien l'ARS se retranche derrière le national.
- Les réunions se tiennent seulement avec la DOMS de l'ARS, les CD/DREETS ne sont pas associés, même en cas de problématique commune ou de questions qui nécessiteraient une concertation.



- L'ARS ne semble pas considérer leur rôle de pilote régional en santé publique ni de la notion de « globalité » de la prise en charge et de parcours. Ils restent sur une posture de tarificateur, et centrés sur les structures qu'ils financent
- Depuis février 2021, les réunions sont mensuelles. Nous n'avons pas de réponses systématiques aux questions posées.

Fonctionnement de l'ARS Corse pendant la crise sanitaire, dès le 1er confinement (mars 2020) :

- Mise en place dès le début de la crise sanitaire de réunions hebdomadaires
- Présence de la collectivité à chaque réunion, très bonne coordination entre les 2 ATC
- Réponses aux questions apportées systématiquement, et CR transmis pour chaque réunion (par l'ARS Corse)
- Lien avec le national, lorsque c'est nécessaire
- Réunions maintenues à ce jour, sur la base de réunions bimensuelles depuis mai 2021

Fonctionnement des CD

- Différents fonctionnements selon les départements, mais peu de coordination entre l'ARS et les CD
- Communication des adhérents en bilatéral avec ARS et CD, et parfois diffusion d'informations contraires, donc communication compliquée au détriment des établissements et des familles.



L'Uniopss

Unir les associations pour développer les solidarités

Créée en 1947, l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux) est une association reconnue d'utilité publique. Elle a pour vocation de rassembler, défendre et valoriser les acteurs privés non lucratifs qui œuvrent en faveur des personnes vulnérables et fragilisées (personnes âgées, personnes en situation de handicap, malades, enfants, jeunes, familles, personnes en situation de pauvreté et d'exclusion...). Ancrée dans un réseau de 15 unions régionales et d'une centaine de fédérations, unions et associations adhérentes nationales, l'Uniopss représente 75 % des intervenants non lucratifs du champ sanitaire, social et médico-social



Les valeurs qui nous rassemblent

- ▶ Primauté de la personne
- ▶ Non lucrativité
- ▶ Solidarité
- ▶ Égalité dans l'accès aux droits
- ▶ Participation de tous à la vie de la société

Contact :

Nathalie LEVRAY

Conseillère technique Autonomie et Citoyenneté des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

☎ : 01 53 36 35 19 ✉ : nlevray@uniopss.asso.fr