



3^{ème} CONCOURS D'ADMINISTRATEUR TERRITORIAL

SESSION 2022

**Note de synthèse et de propositions soulevant un problème
d'organisation ou de gestion rencontré par une collectivité territoriale**

EPREUVE N° 9

**Durée : 4 h
Coefficient : 5**

SUJET : Vous êtes directeur ou directrice de l'autonomie au sein des services du conseil départemental de A.

La publication du livre « les fossoyeurs » a provoqué une vague d'indignation sur les conditions d'accueil des personnes âgées dans les EHPAD. La désaffection pour les structures d'accueil collectif risque de déstabiliser la politique départementale d'accueil des personnes âgées.

La Présidente vous demande de lui faire une note sur les outils de contrôle existant et sur les moyens de renforcer l'implication de tous dans le suivi des établissements d'accueil de personnes âgées.

DOCUMENTS JOINTS

Document n° 1	Scandale Orpéa, « il faut un seul pilote sur le médico-social » - entretien avec Olivier Richefou, Président du Conseil Départemental de l'Orne – La Gazette – février 2022	Page 3
Document n° 2	Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du code de l'action sociale et des familles - Légifrance	Page 5
Document n° 3	Rapport Fiat-Iborra : 31 propositions en réponse à la crise des Ehpad – La Gazette – mars 2018	Page 10

Document n° 4	Les Départements de France veulent renforcer leur rôle dans les EHPAD	Page 12
Document n° 5	L'inspection des établissements médico-sociaux – comprendre le rôle de l'ARS – février 2022	Page 15
Document n° 6	La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD – rapport établi par la Cour des Comptes pour la Commission des affaires sociales du Sénat – février 2022	Page 19
Document n° 7	Contrôle des établissements hébergeant des personnes âgées – DGCCRF – décembre 2019	Page 26
Document n°8	L'Ehpad à domicile cherche sa voie – la Gazette – août 2021	Page 28
Document n°9	Règlement départemental d'aide sociale du Loiret – fiche 12 : le contrôle des établissements et services médico-sociaux – janvier 2019	Page 30

NOTA :

- 2 points seront retirés au total de la note sur 20 si la copie contient plus de 10 fautes d'orthographe ou de syntaxe.
- **Les candidats ne doivent porter aucun signe distinctif sur les copies :** pas de signature ou nom, grade, même fictifs.
- Les épreuves sont d'une durée limitée. Aucun brouillon ne sera accepté, la pagination de la copie doit être réalisée avant la fin de l'épreuve. La gestion du temps faisant partie intégrante des épreuves.
- Lorsque les renvois et annotations en bas d'une page ou à la fin d'un document ne sont pas joints au sujet, c'est qu'ils ne sont pas indispensables.

EHPAD

Scandale Orpéa : « il faut un seul pilote sur le médicosocial »

Christelle Destombes | A la Une santé social | Actu expert santé social | France | Publié le 04/02/2022

Président (UDI) du conseil départemental de Mayenne et de la commission Autonomie de l'Assemblée des départements de France, Olivier Richefou veut plus de pouvoirs de contrôle pour les départements dans les Ehpad.

**Comment réagissez-vous aux révélations sur le groupe Orpéa ?**

Je veux d'abord avoir une pensée pour toutes les personnes qui ont été victimes de ces agissements inacceptables. Organiser une telle mise en coupe de services essentiels à des résidents à des fins mercantiles, c'est inacceptable. Il faut reconnaître des vertus aux établissements privés qui ont toute leur place dans le dispositif d'accompagnement des personnes âgées, mais la marge ne peut pas se faire sur le dos des résidents. Ce sont, je l'espère, des expériences isolées, ce que tendent à montrer les témoignages de départements où se trouvent des établissements Orpéa.

Quels sont les outils de contrôle dont vous disposez actuellement ?

Aucun. Il faut être clair : les textes disent que le contrôle appartient aux autorités qui habilitent. Nous sommes deux à habiliter. Mais les textes précisent que les contrôles sont faits par un médecin. Ces médecins inspecteurs ne sont pas au conseil départemental. Cela montre que, sur cette question du bien vieillir, on est restés dans une approche bicéphale, en gardant un rôle à l'ARS qu'elle n'a pas les moyens d'exercer.

- Le modèle des Ehpad dans la tourmente

Que proposez-vous pour remédier à cette situation ?

C'est une position que j'ai toujours défendue et que l'ADF défend parmi ses 102 propositions pour la présidentielle : il faut un seul pilote sur le médicosocial. Le seul aujourd'hui en capacité de déployer les moyens et d'assumer, c'est le département. Sur de tels dossiers, il n'est pas bon qu'il y ait un copilotage. Une méthode me paraît bonne et nous allons l'expérimenter avec d'autres départements, dans le domaine de l'enfance où l'on voit parfois d'autres formes de maltraitance et de non-respect des règles. L'idée est d'exercer un contrôle tournant : les gens de la Mayenne contrôlent les Sarthois, qui contrôlent le Maine-et-Loire, qui vient nous contrôler... On ne peut pas à la fois agréer et contrôler, être juge et partie... La loi 3DS prévoit l'expérimentation de la délégation, au profit des départements, de l'ensemble de la responsabilité du médicosocial.

- Projet de loi 3DS : gros plan sur l'accord entre députés et sénateurs

Une idée suggère de permettre des visites inopinées comme dans les lieux de privation des libertés...

Un élu a-t-il le savoir-faire pour détecter des situations anormales ? Si le Code de l'action sociale et des familles a prévu que ce soit un médecin inspecteur qui contrôle, c'est parce qu'ils ont un savoir-faire... Dans le domaine du grand âge, il y a une mobilisation générale autour du virage domiciliaire, où on peut avoir les mêmes difficultés de prestations insuffisantes. Tous les acteurs doivent être irréprochables. Mais cela veut dire qu'il faut des moyens, du personnel formé et bien rémunéré. Cela suppose de mettre l'argent qu'il faut pour nos anciens, on leur doit !

REFERENCES

- Recevez chaque jour, les alertes Club Santé Social, et chaque semaine la newsletter du Club, en vous inscrivant gratuitement à l'offre découverte

POUR ALLER PLUS LOIN

- Travail en Ehpad : une crise qui vient de loin
- Les « faisant-fonction », talon d'Achille du médico-social
- Comment rendre les métiers de l'aide et du soins plus attractifs



Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles

NOR : SANA0323646D

ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2004/3/25/SANA0323646D/jo/texte>

Alias : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2004/3/25/2004-287/jo/texte>

JORF n°74 du 27 mars 2004

Texte n° 48

Version initiale

Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 311-6 ;
Après avis du Conseil d'Etat (section sociale),
Décrète :

Article 1

Les différentes formes de participation prévues à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles sont instituées dans les conditions suivantes :

Le conseil de la vie sociale est obligatoire lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail au sens du premier alinéa de l'article L. 344-2. Il n'est pas obligatoire lorsque l'établissement ou service accueille majoritairement des mineurs de moins de onze ans, des personnes relevant du dernier alinéa de l'article 6 et du III de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation.

Lorsque la personne publique ou privée gère plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, il peut être institué pour une même catégorie d'établissements ou services, au sens de l'article L. 312-1 du même code, une instance commune de participation.

Section I : Conseil de la vie sociale (Articles 2 à 18)

Paragraphe 1 : Institution (Article 2)

Article 2

La décision institutive du conseil de la vie sociale fixe le nombre et la répartition des membres titulaires et suppléants de ce conseil.

Paragraphe 2 : Composition (Articles 3 à 7)

Article 3

I. - Le conseil de la vie sociale comprend au moins :

- deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge, soit un représentant des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale à l'égard des mineurs, soit un représentant des représentants légaux des personnes accueillies dans les établissements recevant des personnes majeures ;
- un représentant du personnel ;
- un représentant de l'organisme gestionnaire.

II. - Toutefois :

- dans les établissements mentionnés au 8° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, seule est assurée la représentation des usagers ;
- dans les autres établissements recevant des personnes majeures, l'organisme gestionnaire peut prévoir des modalités complémentaires d'association des membres des familles des personnes accueillies au fonctionnement de l'établissement.

Article 4

L'absence de désignation de titulaires et suppléants ne fait pas obstacle à la mise en place du conseil de la vie sociale sous

réserve que le nombre de représentants des personnes accueillies et de leurs familles ou de leurs représentants légaux soit supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil désignés.

Article 5

Lorsqu'en raison du jeune âge des bénéficiaires la représentation du collège des personnes accueillies ne peut être assurée, seul le collège des familles ou représentants légaux est constitué.

Article 6

Le président du conseil de la vie sociale est élu au scrutin secret et à la majorité des votants par et parmi les membres représentant les personnes accueillies. En cas de partage égal des voix, le candidat le plus âgé est déclaré élu.
Le président suppléant est élu selon les mêmes modalités parmi les membres représentant soit les personnes accueillies, soit les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou les représentants légaux.
Le directeur ou son représentant siège avec voix consultative.
Toutefois, dans les établissements ou services prenant en charge habituellement les mineurs faisant l'objet de mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application des dispositions législatives relatives à l'enfance délinquante ou à l'assistance éducative, le directeur ou son représentant siège en tant que président avec voix délibérative.

Article 7

Le conseil de la vie sociale peut appeler toute personne à participer à ses réunions à titre consultatif en fonction de l'ordre du jour.

Paragraphe 3 : Modalités de désignation (Articles 8 à 13)

Article 8

Les membres du conseil de la vie sociale sont élus pour une durée d'un an au moins et de trois ans au plus.

Article 9

Sous réserve des dispositions de l'article 28, les représentants des personnes accueillies et les représentants des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou des représentants légaux sont élus par vote à bulletin secret à la majorité des votants respectivement par l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge et par l'ensemble des personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale à l'égard des mineurs ou des représentants légaux des personnes majeures. Des suppléants sont élus dans les mêmes conditions.
Sont élus le ou les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix. A égalité de voix, il est procédé par tirage au sort entre les intéressés.

Article 10

Sont éligibles :

- pour représenter les personnes accueillies, toute personne âgée de plus de onze ans ;
- pour représenter les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou les représentants légaux, toute personne disposant de l'autorité parentale, tout représentant légal d'un majeur, tout parent d'un bénéficiaire jusqu'au quatrième degré.

Article 11

Les personnels des établissements et services de droit privé soit salariés, soit salariés mis à la disposition de ceux-ci sont représentés au conseil de la vie sociale :

- 1° Dans ceux occupant moins de onze salariés, par des représentants élus par l'ensemble des personnels ci-dessus définis ;
- 2° Dans ceux occupant onze salariés ou plus, par des représentants élus, parmi l'ensemble des personnels, par les membres du comité d'entreprise ou, à défaut, par les délégués du personnel ou, s'il n'existe pas d'institution représentative du personnel, par les personnels eux-mêmes.

Ces représentants sont élus au scrutin secret selon les modalités fixées par le règlement intérieur.

Article 12

Dans les établissements et services publics, les représentants des personnels sont désignés parmi les agents y exerçant par les organisations syndicales les plus représentatives. Dans les établissements ou services dont les personnels sont soumis aux dispositions de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, les sièges leur sont attribués dans les conditions fixées pour leur représentation au comité technique paritaire. Dans les établissements ou services dont le personnel est soumis aux dispositions de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, les sièges sont attribués aux organisations syndicales proportionnellement au nombre de voix qu'elles ont obtenu aux élections organisées pour la désignation des représentants du personnel au comité technique paritaire compétent pour les agents du service social ou médico-social. Dans les établissements ou services dont le personnel est soumis aux dispositions de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les sièges sont attribués dans les conditions fixées pour

leur représentation aux commissions administratives paritaires compétentes sans qu'il y ait lieu de procéder à de nouvelles élections. S'il n'existe pas d'organisation syndicale au sein de l'établissement ou du service, les représentants du personnel sont élus par et parmi l'ensemble des agents nommés dans des emplois permanents à temps complet. Les candidats doivent avoir une ancienneté au moins égale à six mois au sein de l'établissement ou service ou dans la profession s'il s'agit d'une création. Le scrutin est secret et majoritaire à un tour. En cas d'égal partage des voix, le candidat ayant la plus grande ancienneté dans l'établissement ou service ou dans la profession est proclamé élu.

Article 13

Les suppléants des personnels sont désignés dans les mêmes conditions que les titulaires.

Paragraphe 4 : Compétence (Articles 14 à 18)

Article 14

Le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

Article 15

Le conseil de la vie sociale se réunit au moins trois fois par an sur convocation du président ou, dans les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article 6, du directeur, qui fixent l'ordre du jour des séances. Celui-ci doit être communiqué au moins huit jours avant la tenue du conseil et être accompagné des informations nécessaires. En outre, sauf dans les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article 6, le conseil est réuni de plein droit à la demande, selon le cas, des deux tiers de ses membres ou de la personne gestionnaire.

Article 16

Le conseil délibère sur les questions figurant à l'ordre du jour, à la majorité des membres présents. Les avis ne sont valablement émis que si le nombre des représentants des personnes accueillies et des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou des représentants légaux présents est supérieur à la moitié des membres. Dans le cas contraire, l'examen de la question est inscrit à une séance ultérieure. Si lors de cette séance, ce nombre n'est pas atteint, la délibération est prise à la majorité des membres présents.

Article 17

Le conseil de la vie sociale établit son règlement intérieur dès sa première réunion.

Article 18

Le relevé de conclusions de chaque séance est établi par le secrétaire de séance, désigné par et parmi les personnes accueillies ou prises en charge, assisté en tant que de besoin par l'administration de l'établissement, service ou lieu de vie et d'accueil. Il est signé par le président. Avant la tenue de la séance suivante, il est présenté pour adoption en vue de la transmission à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire.

Section II : Autres formes de participation (Articles 19 à 23)

Paragraphe 1 : Modes de participation (Article 19)

Article 19

La participation prévue à l'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles peut également s'exercer :

- par l'institution de groupes d'expression institués au niveau de l'ensemble de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil, ou d'un service ou d'un ensemble de services de ceux-ci ;
- par l'organisation de consultations de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge sur toutes questions concernant l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement, du service ou du lieu de vie ou d'accueil ;
- par la mise en oeuvre d'enquêtes de satisfaction. Ces enquêtes sont obligatoires pour les services prenant en charge à domicile des personnes dont la situation ne permet pas de recourir aux autres formes de participation prévues par le présent décret.

Paragraphe 2 : Composition et fonctionnement (Articles 20 à 22)

Article 20

L'acte institutif des instances de participation autres que le conseil de la vie sociale précise la composition et les modalités de

fonctionnement de ces instances qui comportent obligatoirement des représentants des usagers et de leurs familles ou représentants légaux en nombre supérieur à la moitié.

Article 21

Le règlement de fonctionnement adapte les modalités de consultation mises en oeuvre compte tenu des formes de participations instituées.

Toutefois :

- l'ordre du jour des séances accompagné des explications nécessaires à sa compréhension est obligatoirement notifié aux membres des instances sept jours au plus tard avant leur tenue ;
- l'enquête de satisfaction adressée aux personnes accueillies ou prises en charge concerne obligatoirement les sujets énoncés à l'article 14 ci-dessus.

Article 22

Les modalités d'établissement et de délibération des comptes rendus de séance des instances de participation autres que le conseil de la vie sociale sont prévues par le règlement de fonctionnement compte tenu des caractéristiques particulières des modes de participation instituées.

Paragraphe 3 : Désignation (Article 23)

Article 23

Sous réserve des dispositions de l'article 28, les modalités d'élection ou de désignation aux instances de participation autres que le conseil de la vie sociale des représentants des personnes accueillies ou prises en charge, de ceux des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou des représentants légaux, de ceux des membres du personnel et de ceux de l'organisme gestionnaire sont précisées par le règlement de fonctionnement de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil.

Section III : Dispositions communes aux conseils de la vie sociale et aux autres formes de participation (Articles 24 à 31)

Article 24

Les instances de participation prévues à l'article 1er sont obligatoirement consultées sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement ou de service prévus aux articles L. 311-7 et L. 311-8 du même code. L'enquête de satisfaction citée à l'article 19 questionne les personnes accueillies sur ces mêmes règlement et projet d'établissement ou de service.

Article 25

L'acte institutif du conseil de la vie sociale ou des autres instances de participation mises en place dans l'établissement, le service ou le lieu de vie ou d'accueil est adopté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire ou établi par la personne physique gestionnaire du lieu de vie et d'accueil.

Article 26

Les informations concernant les personnes, échangées lors des débats, restent confidentielles.

Article 27

Les instances de participation doivent être tenues informées lors des séances ou enquêtes ultérieures des suites réservées aux avis et propositions qu'elles ont émis.

Article 28

Dans les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs faisant l'objet de mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application des dispositions relatives à l'enfance délinquante ou à l'assistance éducative, le directeur peut convier la totalité des personnes accueillies ou prises en charge au fonctionnement des instances. Dans ce cas, il n'est pas procédé aux élections ou aux autres désignations prévues par le présent décret ou le règlement de fonctionnement.

Article 29

Le temps de présence des personnes handicapées accueillies en centre d'aide par le travail dans les instances de participation est considéré comme temps de travail.

Article 30

Le temps de présence des personnes représentant les personnels est considéré comme temps de travail.

Article 31

Les représentants des personnes accueillies peuvent en tant que de besoin se faire assister d'une tierce personne afin de permettre la compréhension de leurs interventions.

Section IV : Dispositions transitoires (Articles 32 à 33)

Article 32

Les instances de participation prévues par le présent décret sont installées dans un délai de six mois à compter de sa publication. Le mandat des membres des instances existantes pour l'application du décret n° 91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissement des institutions sociales et médico-sociales mentionnées à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 cesse de plein droit dès cette installation.

Le décret du 31 décembre 1991 susmentionné reste applicable au fonctionnement de chacune des instances existantes à la date d'entrée en vigueur du présent décret jusqu'à l'installation de l'instance qui lui est substituée en application du premier alinéa du présent article.

Article 33

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre délégué aux libertés locales, le ministre délégué à la famille, la secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées et la secrétaire d'Etat aux personnes âgées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 25 mars 2004.

Jean-Pierre Raffarin

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées,
Jean-François Mattei
Le ministre de l'intérieur,
de la sécurité intérieure
et des libertés locales,
Nicolas Sarkozy
Le ministre des affaires sociales,
du travail et de la solidarité,
François Fillon
Le garde des sceaux, ministre de la justice,
Dominique Perben
Le ministre délégué aux libertés locales,
Patrick Devedjian
Le ministre délégué à la famille,
Christian Jacob
La secrétaire d'Etat
à la lutte contre la précarité
et l'exclusion,
Dominique Versini
La secrétaire d'Etat
aux personnes handicapées,
Marie-Thérèse Boisseau
Le secrétaire d'Etat
aux personnes âgées,
Hubert Falco

VIEILLISSEMENT

Rapport Fiat-Iborra : 31 propositions en réponse à la crise des Ehpad

Nathalie Levray | A la Une santé social | Dossier Santé Social | Publié le 15/03/2018

Alors que le personnel des Ehpad est en grève à l'appel de dix syndicats, ce jeudi 15 mars, les députées Caroline Fiat et Monique Iborra ont rendu hier leur rapport d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Elles préconisent des mesures pour soutenir tout de suite les Ehpad et leurs personnels en crise : fin de la convergence tarifaire, embauche et formation. À moyen terme, elles recommandent un changement de modèle avec un Ehpad refondé, plateforme de services et acteur pivot du maintien à domicile. Et si, dans le premier temps, elles appellent à "suspendre" ou "abroger" le décret "tarification et convergence", le sujet reste finalement le chantier du cinquième risque, entrouvert en 2008 et soigneusement évité depuis.

Le malaise s'amplifie et déborde des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Tous les signaux sont au rouge : le personnel des établissements des Ehpad est en grève à l'appel de dix syndicats, ce 15 mars 2018, pour la deuxième fois en moins de trois mois.

« La profonde crise des Ehpad ne peut laisser indifférent », écrivent Monique Iborra et sa corapporteuse, Caroline Fiat (députée de Meurthe-et-Moselle, La France Insoumise) dans le rapport rendu public, le 14 mars, rédigé à l'issue de leur mission d'information sur les Ehpad.

Les constats du rapport corroborent les raisons de la grève

Les constats du rapport, « le premier qui porte sur les Ehpad spécifiquement », se plaît à rappeler Monique Iborra, sont sévères, mais connus et corroborent les raisons de la grève : « prise en charge insatisfaisante » d'une population de plus en plus âgée, de plus en plus malade et de plus en plus dépendante, « conditions de travail souvent difficiles », « état d'épuisement professionnel », personnels qui n'obtiennent pas « la reconnaissance qui leur est due », « problèmes de recrutement et de formation », « prise de conscience insuffisante » et « tardive » du vieillissement de la société, « choix politique » de vider les unités hospitalières de soins de longue durée vers les Ehpad, « politique du grand âge vue essentiellement sous l'angle financier ».

Repenser de fond en comble la prise en charge des personnes dépendantes

Pour remédier à cet état de fait, les deux députées formulent trente-et-une propositions, à appliquer en deux temps. Elles plaident pour des mesures expresses, peu engageantes financièrement, et, dans un second temps elles réclament « un changement de modèle », nécessaire pour « répondre aux besoins ».

Il ne s'agit pas de rajouter quelques milliers d'euros par-ci, d'ouvrir quelques places par-là, il faut repenser de fond en comble la prise en charge des personnes dépendantes, en s'inspirant des expériences néerlandaises, danoises ou québécoises. C'est une plateforme de services au cœur du territoire qui est proposée pour créer des établissements de proximité offrant une offre diversifiée, centrés sur le parcours de vie de la personne âgée.

L'Ehpad doit être un « acteur pivot du maintien à domicile », et des établissements – villages dédiés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentés doivent être créés. Sa gouvernance duale tant au plan national (DGCS + CNSA) que local (ARS + CD) est à reconsidérer selon les auteures du rapport qui plaident pour un acteur local unique et une « répartition des tâches plus claire [...] entre le pilote juridique, d'une part, et le pilote financier et technique, d'autre part ».

60 ETP soignants pour 100 résidents

En attendant que ce nouveau modèle émerge, il s'agit d'apporter des moyens pour que davantage de personnels soignants s'occupent des personnes âgées.

Le rapport propose d'adopter d'une norme minimale d'encadrement en personnel « au chevet » (aides-soignants et infirmiers) de 0,6 (soit 60 ETP pour 100 résidents), dans un délai de quatre ans maximum, ce qui revient à doubler le taux d'encadrement actuel.

Concrètement cela se traduit par 210 000 recrutements, chiffrés par le rapporteur du PLFSS pour 2018, un Olivier Véran réservé, à 7 milliards d'euros. Le prix à payer pour que chaque résident puisse bénéficier chaque jour « d'une heure et demie de soins et de toilette ».

Un plan national de formation doit en outre être mis en place, préconise le rapport.

Consultation gériatrique à 65 et 70 ans

Au chapitre de la prévention, le rapport redit la nécessité de prévenir la perte d'autonomie le plus tôt possible. Monique Iborra et Caroline Fiat proposent de créer une consultation, prise en charge par l'assurance-maladie, à 65 et à 70 ans pour évaluer l'état de santé des patients et les informer des aides disponibles.

Les nouvelles pratiques – télémédecine, chemins lumineux et objets connectés – utiles à freiner les dépendances trouvent grâce aux yeux des rapporteuses qui proposent d'utiliser ces technologies via une plateforme de location, pour éviter des investissements lourds et rapidement obsolètes.

Des indicateurs qualitatifs et une aide sociale à réformer

Le rapport préconise en outre un « système d'évaluation externe et public » avec des indicateurs qualitatifs », et une réforme de l'aide sociale, pour pérenniser les places existantes alors qu'un mouvement de déshabilitation progressive est en cours, et pour revoir les conditions de mise en œuvre de l'obligation alimentaire et du retour sur succession qui empêche le recours à l'Ehpad.

Quant à la question du reste à charge, c'est par « le renouvellement des financements » qu'il pourra être résolu, considère Monique Iborra.

La 31^e proposition du rapport vise un transfert de charges du forfait hébergement vers les deux autres forfaits socialisés (soin et dépendance) en vue de diminuer le reste à charge.

Le secteur du prendre soin des personnes âgées ressort-il de la solidarité ?

Car le nerf de la guerre est bien la question du financement. Si, dans le premier temps, il faut « suspendre » pour Monique Iborra, ou « abroger » pour Caroline Fiat le décret « tarification et convergence », le sujet à traiter pour l'avenir des Ehpad reste finalement le chantier du cinquième risque, entrouvert en 2008 et soigneusement évité depuis. Il pose la question fondamentale de la protection sociale des personnes âgées.

Si les deux députées opinent à la proposition de débat national d'Agnès Buzyn, elles ne sont pas au diapason pour le tempo des réformes à entreprendre. Le secteur du prendre soin des personnes âgées ressort-il de la solidarité ? « C'est huit à dix milliards d'euros pour des personnels qui retrouvent un sens à leur travail et pour la dignité des personnes âgées. L'argent est disponible », explique Caroline Fiat en visant les profits des entreprises du CAC 40. Monique Iborra est plus circonspecte reconnaissant que « tout ne sera pas réglé demain ». Elle laisse le choix politique ouvert entre solidarité et assurance privée, demandant que les citoyens soient associés au débat de société à venir.

Le 28 janvier 2022
Communiqué de presse

Les Départements de France veulent renforcer leur rôle dans les EHPAD

Les « révélations » du livre de Victor Castanet « Les fossoyeurs » suscitent un émoi légitime, mais ne sont pas nouvelles. Les méthodes employées au sein de certains de ces établissements, constituent une préoccupation constante des Départements de France.

Mais il faut se garder de généraliser un cas d'espèce à tous les EHPAD privés. Les Départements de France, chefs de file des Solidarités Humaines, ne cessent de dénoncer la grande complexité de la prise en charge de nos aînés. Nous avons présenté, encore récemment, des pistes pour sortir d'une situation où finalement, la multiplication des intervenants et des chapelles vient compliquer à l'excès, l'indispensable contrôle qui incombe aux pouvoirs publics, s'agissant des conditions de vie des résidents.

La complexité du financement des EHPAD

Il existe aujourd'hui trois sources de financement :

- ⇒ Un **forfait « soins »**, qui sert à financer le personnel soignant et les équipements médicaux. Il est intégralement à la charge de l'Assurance maladie. La montée en charge de la réforme de la tarification des soins dans les EHPAD se traduit par une augmentation des besoins et du montant de ce forfait soins des établissements, encore insuffisant à ce jour.
- ⇒ Un tarif « **dépendance** », destiné aux prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en perte d'autonomie (aides-soignants, psychologues) est financé majoritairement par les Départements (Allocation Personnalisée d'Autonomie) et en partie par les résidents.
- ⇒ Un tarif « **hébergement** » (administration générale, accueil hôtelier, restauration, blanchissage et animation de la vie sociale), à la charge de la personne âgée qui peut, en fonction de sa situation financière, percevoir l'aide sociale à l'hébergement (ASH) lorsque l'établissement dispose de places habilitées. L'ASH est une aide versée par le Département, qui s'adresse aux personnes de plus de 65 ans (ou plus de 60 ans si la personne est reconnue inapte au travail) résidant dans un EHPAD qui dispose de places habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ne pouvant s'acquitter du montant des frais d'hébergement.

Notre priorité reste le maintien à domicile le plus longtemps possible. Les EHPAD accueillent des **personnes plus âgées (âge moyen d'entrée : 85 ans), plus dépendantes et nécessitant davantage de soins**. En conséquence, la part « soins » devient prépondérante et relève des ARS.

Un dispositif de contrôle multiple, principalement à la main de l'État et des ARS :

- ⇒ Le contrôle des établissements ou services sociaux ou médicosociaux (ESSMS) est effectué par le biais d'inspections des services de l'État, de l'ARS et/ou du Département.
- ⇒ Il est **exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation** : préfet de Département, Directeur Général de l'ARS ou Président de Conseil Départemental.
- ⇒ Quelle que soit l'autorité qui a délivré l'autorisation, **le représentant de l'État dans le Département peut, à tout moment, diligenter les contrôles**. Il dispose à cette fin des moyens d'inspection et de contrôle de l'ARS pour l'exercice de ses compétences.
- ⇒ Le contrôle de la santé, de la sécurité, du bien être moral et physique, est exercé par le préfet de département.
- ⇒ Le DG de l'ARS dispose des mêmes compétences sur les ESSMS qu'il autorise seul (IME, MAS.) Ce contrôle porte sur le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil, le contrat de séjour et le document individuel de prise en charge, le conseil de la vie sociale... Ce contrôle participe de la lutte contre la maltraitance en institution et porte alors sur le respect du droit des usagers.
- ⇒ Dans les établissements et services médico-sociaux **autorisés conjointement** par le Président du Conseil Départemental et par le Directeur Général de l'ARS, les contrôles sont effectués par les agents départementaux et les personnels de l'ARS en fonction de leurs compétences respectives. Un Département ne peut pas diligenter de contrôle sans l'accord et la présence de l'ARS.

On le voit, ce système, de par la grande hétérogénéité des acteurs dilue les responsabilités. Il convient donc de le réformer en profondeur.

Les propositions concrètes de l'ADF pour une nouvelle gouvernance des politiques en faveur de nos aînés :

En l'absence d'une grande loi Autonomie, pourtant maintes fois annoncée, et en l'absence de structuration de la 5^e branche de la Sécurité sociale dédiée à l'autonomie (gouvernance, financements à la hauteur des enjeux du grand âge et du handicap), l'ADF a proposé dans le cadre du Projet de loi 3DS sans malheureusement avoir été entendue, de clarifier les compétences en parachevant le processus de décentralisation, avec notamment :

- ⇒ **Gestion d'une maison de l'autonomie par les Départements, sans tutelle étatique.**
- ⇒ **Pouvoir de tarification unique** pour les établissements sociaux et médicosociaux.
- ⇒ **Recrutement, nomination et évaluation des directeurs d'EHPAD par le Département.**
- ⇒ **Rattachement des personnels des EHPAD publics au statut de la Fonction Publique Territoriale** lorsque le gestionnaire de l'EHPAD est sous statut territorial, afin de simplifier les modalités de gestion administrative et rendre cohérent le mode de gestion de ce type d'établissement.

De plus, dans le cadre des Assises nationales des Départements, l'ADF a notamment proposé :

- ⇒ **Le transfert de la totalité du bloc social et médico-social au Département.**
- ⇒ **Le transfert de l'ensemble de la compétence Autonomie (Personnes Âgées et Personnes Handicapées) aux Départements.**
- ⇒ **La clarification des responsabilités : les Départements doivent participer à la gouvernance des ARS.**

Sans remettre en cause les pouvoirs de contrôle dévolus aux Préfets, les Départements volontaires doivent pouvoir mettre en place des unités d'inspection capables de diligenter des enquêtes inopinées sur les conditions d'accueil des personnes âgées dépendantes dans tous les établissements, publics comme privés, se trouvant sur le territoire départemental. Les habilitations, quant à elles, doivent relever d'un pouvoir conjoint du Président du Département et des services de santé de l'État pour ce qui concerne l'évaluation du projet médical d'établissement.

Les familles et les résidents trouveraient ainsi un point d'entrée unique, tout aussi identifiable que démocratique dans la mesure où, exercé par des élus du suffrage universel, ce pouvoir de contrôle se trouve immédiatement sanctionnable par les électeurs si, d'aventure, il était peu ou mal exercé.

A PROPOS DE L'ADF :

L'Assemblée des Départements de France (ADF) est une association pluraliste qui réunit les Présidents des 102 collectivités adhérentes, dont 95 Départements et 7 collectivités territoriales à compétences départementales.

Elle remplit une triple mission :

- Représenter les Départements auprès des pouvoirs publics,
- Constituer un centre de ressources permanent pour les Conseils départementaux,
- Offrir aux élus départementaux les moyens de confronter leurs idées, d'échanger leurs expériences et d'arrêter des positions communes sur les grands dossiers nationaux.

Contact presse ADF – agence Epoka

Anne d'Andigné – aandigne@epoka.fr – 07 81 56 68 35

Brice Chauveau – bchauveau@epoka.fr – 06 31 55 66 70

Document 5

Inspections des établissements médico-sociaux : comprendre le rôle des ARS

4 février 2022



Les Agences régionales de santé (ARS) sont dotées d'un service d'inspection régionale autonomie santé (IRAS) composé de professionnels de santé, d'ingénieurs et de personnels administratifs. Ce service est chargé de mener les inspections des établissements sanitaires ou médico-sociaux, avec le concours d'autres agents de l'ARS ou en lien avec d'autres services publics.

Les Agences régionales de santé (ARS) sont dotées d'un service d'inspection régionale autonomie santé (IRAS) composé de professionnels de santé, d'ingénieurs et de personnels administratifs. Ce service est chargé de mener les inspections des établissements sanitaires ou médico-sociaux, avec le concours d'autres agents de l'ARS ou en lien avec d'autres services publics (Conseils départementaux pour les EHPAD par exemple).

L'inspection n'est pas le seul moyen de contrôle des établissements. Les interventions de l'inspection sont ciblées sur des situations sensibles ou préoccupantes. En dehors de l'inspection, des échanges réguliers ont lieu avec les établissements sur leur activité, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour ce qui concerne le secteur médico-social.

Les ARS traitent les réclamations d'usagers ou de familles qui lui sont adressées, ainsi que les signalements que les établissements sont obligés de lui adresser en cas d'événement grave. Toutes les réclamations et les signalements reçus sont

traités par des équipes dédiées, indépendantes de l'inspection, ce qui permet d'assurer un premier niveau de réponse et de trouver des solutions dans un grand nombre de cas quand il s'agit de difficultés individuelles.

Ehpad : ce qu'il faut savoir

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) constituent la forme d'institution pour personnes âgées la plus répandue en France. Communément appelées « maisons de retraite », ce sont des établissements médicaux-sociaux médicalisés dotés de l'ensemble des services de soin, d'hébergement et de restauration, permettant d'accueillir des personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie. Un Ehpad peut être public, privé à but non lucratif ou privé lucratif.

La création d'un Ehpad est soumise à une procédure d'autorisation préalable conjointe du président du Conseil départemental et du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS). Elle ne peut se faire qu'après la délivrance d'une autorisation de fonctionnement délivrée par arrêté, au terme d'une procédure d'appel à projet. Cette procédure est très encadrée et est associée à des exigences de transparence et de publicité. Un comité de sélection détermine les projets d'Ehpad qui pourront recevoir une autorisation. L'autorisation n'est effective qu'après une visite de conformité ; elle est valable 15 ans et renouvelable après réception des résultats d'une évaluation externe.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est conclu dans chaque département, entre l'État, le Conseil départemental et le gestionnaire pour l'ensemble de ses établissements dans le département. Il fixe, pour une durée de cinq ans, les objectifs de qualité de la prise en charge des résidents et les moyens financiers de fonctionnement (budget soins attribué par l'ARS, budget dépendance attribué par le Conseil départemental, et fixation du tarif hébergement pour les places habilitées à l'aide sociale par le département).

Qui décide de mener une inspection dans un établissement et pourquoi ?

La vérification de conformité entre les objectifs et les moyens, et le contrôle de la qualité du service rendu, donnent lieu à un dialogue de gestion et, si nécessaire, à des missions d'inspection, qui concernent indifféremment tous les établissements, quel que soit leur statut juridique. Les inspections des Conseils départementaux portent sur la prise en charge de la dépendance et la prestation d'accompagnement autour du projet de vie des résidents (missions des aides-soignants, des psychologues et agents de service ; prestation d'animation ; prise en charge de la perte d'autonomie – incontinence, aide à la toilette, aide au repas...). Les inspections des ARS sont davantage axées sur la qualité des soins (supervision des

soins par le médecin coordonnateur ; tenue des dossiers médicaux ; sécurité du circuit du médicament ; protocoles de soins ; qualité de l'accompagnement soignant...). Elles sont le plus souvent conduites conjointement et visent de façon commune au respect des droits des résidents et à un accompagnement adapté et individualisé.

Les inspections répondent à plusieurs objectifs. Chaque ARS établit chaque année un programme d'inspection qui répond, d'une part, aux priorités définies par le ministère des Solidarités et de la Santé dans le cadre des objectifs nationaux d'inspection et de contrôle, et d'autre part aux priorités propres à son territoire.

En dehors de ces opérations programmées, les inspections des ARS peuvent être mobilisées en urgence sur des situations d'une particulière gravité (risques importants et immédiats pour les patients, établissement ne pouvant plus assurer une activité normale...). Cela peut concerner autant des établissements (hôpitaux, EHPAD, établissements pour personnes handicapées...) que des professionnels individuels.

Une mission d'inspection menée par une ARS est formalisée par une lettre de mission, signée par le directeur ou la directrice générale de l'ARS, destinée au gestionnaire de l'établissement ou au professionnel inspecté. Elle précise le lieu, la date, la composition de la mission, ses objectifs.

Une inspection peut être annoncée ou inopinée. Les inspections annoncées sont plus adaptées aux situations portant sur des questions d'organisation et demandant de rassembler des documents particuliers ou en grand nombre ; les inspections inopinées sont plus adaptées aux situations de soupçons d'un défaut grave de prise en charge (matériel inadapté, ressources humaines manquantes...).

L'objectif d'une inspection est double : il s'agit de constater un dysfonctionnement, un écart avec les bonnes pratiques, un problème, et de recommander ou prescrire des solutions pour y remédier.

L'ARS s'inscrit donc autant dans une logique de contrôle que d'accompagnement, avec pour objectif prioritaire de favoriser la meilleure prise en charge possible, au bénéfice de l'usager. L'ARS intervient à la fois sur un volet répressif, notamment quand la sécurité est mise en cause, et dans une optique d'amélioration de la qualité du service rendu.

Qu'est-ce qui relève du champ des ARS ?

L'ARS a en charge le contrôle de tous les aspects liés au soin. Au-delà des Ehpads, ses missions d'inspection peuvent intervenir dans l'ensemble des établissements sanitaires (hôpitaux, cliniques, ...) et du secteur médico-social, mais aussi auprès d'un praticien libéral, d'une structure réunissant des professionnels de santé, etc.

a) Sanctions administratives

En dehors des recommandations et des prescriptions, des mesures de police administrative peuvent être prononcées, dans le respect des principes de contradictoire et de proportionnalité des sanctions administratives : injonctions à remédier à des risques liés à la prise en charge, injonctions de remédier à un déséquilibre financier, astreinte journalière, interdiction de gérer toute nouvelle autorisation, sanction financière, administration provisoire par un autre gestionnaire, suspension voire cessation d'activité (qui demande de réorienter les personnes accueillies vers d'autres structures similaires).

b) Suites judiciaires

Des suites de nature judiciaire, notamment par le signalement (sans délai) au Procureur de la République de tout fait constaté lors du contrôle susceptible de constituer un délit ou un crime (art. 40 du code de procédure pénale).

Cour des comptes



Chambres régionales
& territoriales des comptes

LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES ÂGÉES EN EHPAD

Un nouveau modèle à construire

Communication à la commission des affaires sociales du Sénat

Février 2022

Synthèse

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

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

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

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

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

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

Des manques persistants de personnels qualifiés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Des filières territoriales à structurer, des structures encore trop isolées

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

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

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

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

Des pistes pour un nouveau modèle d'Ehpad

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

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

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

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

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

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

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

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

Recommandations

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

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

Renforcer la prise en charge médicale dans les Ehpad.

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

Renforcer la démarche de qualité

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

Contrôle des établissements hébergeant des personnes âgées

09/12/2019

La DGCCRF a enquêté, en 2017 et 2018, sur le respect des droits économiques du consommateur auprès de 549 établissements hébergeant des personnes âgées, entièrement habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Son action visait à s'assurer de la protection d'un public vulnérable, l'âge moyen d'entrée en EHPAD ^[1] étant de 85 ans.

Les contrôles de la DGCCRF ont porté sur la réglementation des prix, les conditions de facturation ainsi que l'absence de clauses abusives dans les contrats de séjour.

66% des contrôles ont fait l'objet au moins d'un rappel à la loi, les structures visitées étant souvent publiques ou associatives et encore peu sensibilisées à la réglementation.

Au total, l'intervention de la DGCCRF a donné lieu à 284 rappels de la réglementation, 85 injonctions de mise en conformité et 3 procès-verbaux administratifs.

Un objectif prioritaire : sensibiliser les professionnels pour garantir les droits des résidents

À ce jour, 21 % des personnes de plus de 85 ans vivent au sein d'un établissement, 50 % des places relevant du secteur public. L'intervention de la DGCCRF avait pour but de contrôler le respect des dispositions du Code de la consommation et du Code de l'action sociale et des familles concernant les droits économiques des résidents^[2] et de favoriser l'appropriation par les professionnels de ces dispositions.

Un bilan positif de la démarche pédagogique menée par la DGCCRF

L'action des enquêteurs de la DGCCRF a en particulier permis de parfaire l'information des gestionnaires d'établissements et du personnel des petites structures (de moins de 80 lits notamment), ou fonctionnant sous le régime associatif. Les professionnels ont été réactifs dans la mise en œuvre des actions correctives requises. L'intervention de la DGCCRF a été

l'occasion de lever de nombreuses confusions et de rappeler les dispositions suivantes :

Les frais de réservation avant la signature du contrat : le versement des arrhes doit être formalisé par écrit

Les frais versés par un consommateur à un professionnel avant la signature d'un contrat de prestations de services correspondent à des arrhes et doivent être différenciés d'un acompte au sens où chacun des contractants peut revenir sur son engagement, le consommateur en perdant les arrhes, le professionnel en les restituant au double. Le règlement de cette somme doit faire l'objet d'un écrit.

L'obligation de remettre une note détaillée au résident

Les établissements doivent obligatoirement remettre au résident une note mentionnant le reste à charge qu'il doit payer ainsi que le descriptif complet du coût de la place en EHPAD et le détail de l'ensemble des prestations facturées.

La campagne de contrôle de la DGCCRF a été menée en collaboration avec les conseils départementaux et agences régionales de santé.

Des sanctions répressives ciblées : un choix volontaire

Les cas portant manifestement atteinte aux droits économiques des résidents ont été sanctionnés.

L'information sur l'évolution des prix dans les contrats

Pour les bénéficiaires de l'aide sociale, le tarif journalier afférent à l'hébergement est fixé chaque année par arrêté par le président du conseil départemental. Les changements de tarifs doivent faire l'objet d'un avenant tarifaire au contrat afin d'en informer le résident ou son représentant légal. Or, un manque d'information vis-à-vis des résidents en cas d'augmentation du prix de l'hébergement a été constaté.

Peu de pratiques commerciales trompeuses relevées

Les contrôles de la DGCCRF ont permis d'identifier des allégations publicitaires mettant en avant des types d'hébergements, d'aménagements ou de prestations inexistantes dans la réalité ou volontairement exagérés.

Toutefois, au regard de la catégorie d'établissements visée par cette enquête, à savoir les EHPAD totalement habilités à recevoir des résidents bénéficiant de l'aide sociale, les irrégularités se sont révélées exceptionnelles, ces derniers ne disposant que de peu de dépliant publicitaires susceptibles de faire l'objet de pratiques commerciales trompeuses.

[1] *Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.*

[2] *Dispositions prévues par la loi n°2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation et la loi n°2015-1176 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement*

DOSSIER : Autonomie : réussir à accompagner le vieillissement de la population

Dossier publié à l'adresse <https://www.lagazettedescommunes.com/759884/l-ehpad-a-domicile-cherche-sa-voie/>

RÉFORME DE L'AUTONOMIE

L'« Ehpad à domicile » cherche sa voie

Mariette Kammerer | Actu expert santé social | Dossier Santé Social | France | Publié le 26/08/2021 | Mis à jour le 18/08/2021

L'offre de services doit s'adapter aux demandes des personnes âgées. Un dispositif d'accompagnement renforcé à domicile est expérimenté dans 19 départements.



Face au souhait des personnes âgées, même dépendantes, de rester chez elles, le concept « d'Ehpad à domicile » gagne du terrain. Un dispositif d'accompagnement renforcé à domicile, articulé avec un Ehpad, est expérimenté pour trois ans dans 23 localités. Trois acteurs du médicosocial – la Croix-Rouge, la Mutualité et l'Hospitalité Saint-Thomas-de-Villeneuve – ont défini un cahier des charges commun, tiré de deux expériences réussies à Sartrouville (Yvelines) et à Rennes (Ille-et-Vilaine).

Destiné à des personnes dépendantes (GIR 1 à 4), ce projet propose un accompagnement sur mesure et entièrement coordonné. « Une équipe pluridisciplinaire réalise une évaluation gériatrique pour déterminer les besoins du bénéficiaire, puis une personne dédiée coordonne l'ensemble des acteurs intervenant au domicile : infirmier, aide-soignant, auxiliaire de vie, kiné, ergothérapeute, médecin de ville, pharmacien, etc. » explique Johan Girard, délégué national « personnes âgées » au sein de la Croix-Rouge, qui gère sept projets.

Pôle de ressources

Chacun d'eux est rattaché à un Ehpad géré par ces associations. « L'Ehpad est un pôle de ressources, les bénéficiaires peuvent s'y rendre pour des consultations médicales, des ateliers ou des animations, ou pour déjeuner au restaurant. C'est un vecteur de lien social », ajoute-t-il. Une solution de mobilité reste à organiser pour accompagner les personnes jusqu'à l'Ehpad. Le dispositif comprend des services dédiés à la sécurité : une ligne de téléassistance avec boîtier d'appel, un pack domotique numérique au choix (chemin lumineux, détecteur de chutes, etc.), une astreinte infirmière de nuit et des places d'urgence à l'Ehpad si besoin.

Demande sociétale

Le projet d'expérimentation a reçu une subvention de 20 millions d'euros au titre de l'innovation en santé (article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018) : « Cela permet de financer la partie évaluation, coordination, astreinte et le pack domotique sans surcoût pour le bénéficiaire, précise le délégué de la Croix-Rouge. L'utilisateur ne paie que l'heure de soins ou d'aide à domicile au tarif usuel et ses éventuels repas à l'Ehpad. » Dans ce fonctionnement expérimental, les conseils départementaux n'ont qu'un rôle de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), mais n'en sont pas moins intéressés par la démarche.

« Mon activité concerne à 90 % le maintien à domicile, par le biais de l'APA et les services d'aide à domicile que nous finançons, raconte Galla Bridier, directrice de l'autonomie du Gard, donc je vais suivre de près les résultats de cette expérimentation qui répond à une demande sociétale. » A Sartrouville, où l'initiative a débuté en 2017, la mesure a permis de retarder des entrées en Ehpad en sécurisant le domicile et en soulageant les aidants. Restera à passer de l'expérimentation au droit commun. « Cela nécessiterait des autorisations multiactivité pour porter ces différents types de services. Le ministère y réfléchit et pourrait l'intégrer dans son projet de loi », rapporte Johan Girard.

Un lieu polyvalent dédié à l'hébergement et à l'offre de soins

Une plateforme gérontologique multiservice réunira sur un seul site, à Villiers-le-Bel (Val-d'Oise 1,23 million d'hab.), un Ehpad de 110 places, un accueil de jour, un service d'accompagnement et de répit pour les proches aidants, un hébergement temporaire et un service polyvalent d'aide et de soins à domicile avec 50 places de soins infirmiers à domicile. « Le but est de proposer à la fois un lieu d'accueil et d'hébergement, et une offre de services qui rayonne aussi sur le domicile, pour décloisonner l'offre et faciliter le parcours des usagers », indique Nathalie Decock, directrice de l'offre médicosociale au conseil départemental du Val-d'Oise.

La commune a trouvé le foncier et le département a habilité 100 % des places à l'aide sociale et garanti l'emprunt (15 millions d'euros). La plateforme ouvrira au second semestre 2022.

Un maillage déjà en place

L'Ehpad comme « plateforme de services et de ressources » pour les populations voisines est défendu par plusieurs rapports. Les 7 000 Ehpad qui maillent le territoire pourraient offrir une solution d'accès à la télémedecine, à des professionnels paramédicaux, à des services d'aide et de soins à domicile et de soutien aux aidants.

POUR ALLER PLUS LOIN

- L'Ehpad du futur, une « plateforme de services », intégrée à son environnement
- Un rapport sénatorial demande un arrêt de la construction des Ehpad

LE CONTRÔLE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX (ESSMS)

FICHE
N° 12

1. LE DISPOSITIF

A- Qu'est-ce-que le contrôle des ESSMS ?

La réalisation d'inspections, de contrôles et d'audits permet de vérifier le respect de la réglementation et tend, dans le cadre d'une démarche partenariale, à améliorer la qualité des prestations et à inscrire les structures dans une démarche de progrès.

Les services du Département, sous l'autorité du Président du Conseil départemental, sont compétents pour contrôler :

- l'application des lois et règlements relatifs à l'aide sociale ;
- le respect, par les bénéficiaires et les institutions intéressés, des règles applicables aux formes d'aide sociale ;
- le contrôle technique des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence d'autorisation du Département.

Références

Code de l'action sociale et des familles (CASF)
Chapitre IV Art. R314-1 à R314-207, L133-2, L312-1, L313-13 à L313-20, L313-3, L322-8, L331-2 à L331-7
Art. 421 de la loi du 20 janvier 2002 rénovant l'action sociale

Art. 24 de la loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations

B- Qui est concerné ?

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux soumis à l'autorisation de fonctionnement du Président du Conseil départemental.

C- Conditions d'application

Le contrôle des ESSMS est exercé seul ou conjointement par l'autorité ou les autorités ayant délivré l'autorisation.

Les agents départementaux en charge du contrôle sont habilités nominativement par lettre de mission et/ou arrêté du Président du Conseil départemental.

Ils sont soumis à l'obligation du secret professionnel et au devoir d'indépendance et d'impartialité vis-à-vis des professionnels et des structures qu'ils inspectent.

Si le contrôle a pour objet d'apprécier l'état de santé, de sécurité, d'intégrité, ou de bien-être physique ou moral des usagers, il sera exercé de façon conjointe avec les agents de l'État et/ou de l'Agence régionale de santé (ARS) et des services du Département concernés.

D- Quelle est la procédure ?

La procédure de contrôle est notifiée par courrier du Président du Conseil départemental au responsable de l'établissement ou du service, présentant l'objet et le cadre général. La nature des vérifications à réaliser peut imposer une visite inopinée.

La visite d'inspection est réalisée sur site. La direction de l'établissement ou du service est tenue de laisser pénétrer les agents diligents dans l'établissement ou le service, et de leur fournir toutes les informations et documents jugés utiles pour le besoin du contrôle opéré.

Le contrôle peut porter sur un ou plusieurs aspects :

- l'autorisation délivrée à l'organisme gestionnaire ;
- la gestion budgétaire et comptable de l'ESSMS ;
- la santé, la sécurité, le bien-être moral et physique des usagers. Dans ce cas de figure, la mission d'inspection est alors diligentée par le

LE CONTRÔLE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX (ESSMS)

FICHE
N° 12

préfet du Département ou le directeur général de l'ARS pour les ESSMS qu'il autorise seul (IME, MAS, etc.). Ce contrôle porte en particulier sur l'existence et l'effectivité des outils issus de la loi 2002-2, et sur le respect du droit des usagers et participe à la lutte contre la maltraitance en institution ;

- le respect des conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement ;
- la conformité juridique de l'exercice de l'activité.

Les suites de l'inspection

1. À l'issue de la visite, un rapport initial d'inspection est établi par les agents départementaux présentant les observations provisoires. Ce rapport est contradictoire. Au cours de l'inspection et lors de la rédaction du rapport, l'équipe d'inspection peut demander des documents complémentaires au directeur de l'établissement ou du service qui devra les lui transmettre.
2. Le représentant de l'ESSMS dispose d'un délai de 2 mois pour faire un retour écrit au Président du Conseil départemental concernant les observations faites par l'équipe d'inspection dans le rapport initial.
3. Après réception des observations de l'établissement ou du service, un rapport final d'inspection est établi par les agents départementaux présentant les observations définitives. Il est transmis à l'établissement ou au service dans un délai de 2 mois.
À ce stade, le rapport d'inspection constitue un document préparatoire à une décision administrative et n'est pas communicable au sens de la loi d'accès aux documents administratifs.
4. Le représentant de l'ESSMS dispose ensuite d'un délai 2 mois pour transmettre au Président du Conseil départemental un plan d'action indiquant les modalités et le calendrier de mise en œuvre du plan d'action répondant aux injonctions et préconisations émises dans le rapport final d'inspection.

Les mesures administratives pouvant découler du contrôle réalisé

Le Président du Conseil départemental dispose du pouvoir de prendre des décisions administratives après une inspection :

- édicter des recommandations ;
- procéder à des injonctions, suite à cette injonction, le gestionnaire doit y remédier dans le délai imparti ;
- procéder à la fermeture administrative totale ou partielle, définitive ou temporaire de l'établissement ou du service, lorsque les conditions techniques de fonctionnement ne sont pas respectées ou que des infractions aux lois et aux règlements sont constatées ;
- en cas de fermeture de l'établissement ou du service, le Président du Conseil départemental prend les mesures nécessaires au placement des bénéficiaires qui étaient accueillis ou pris en charge.

Lorsque l'établissement ou le service relève d'une autorisation conjointe, la décision de fermeture est également prise de façon conjointe par les deux autorités compétentes.

2. OÙ SE RENSEIGNER ?

La direction des Ressources et de l'Offre médico-sociale