



## EHPAD : QUELS REMÈDES ?

Commission des affaires sociales

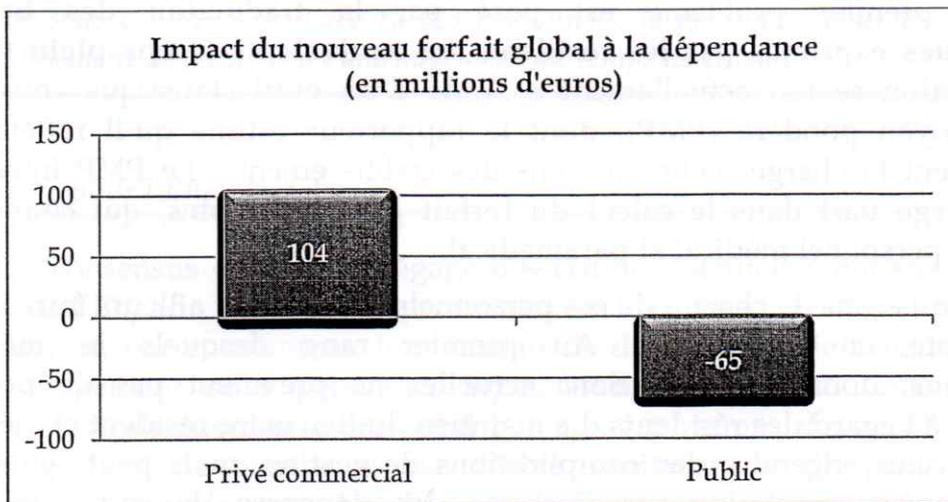
Rapport d'information n° 341 (2017-2018) de M. Bernard Bonne, sénateur de la Loire

### 1. La réforme de la tarification : un révélateur de la crise des Ehpad

Le financement d'un Ehpad repose sur **trois sections tarifaires distinctes**, abondés selon des modes et des financeurs différents.

Soin	Dépendance	Hébergement
Forfait (ou dotation) global versé par l'agence régionale de santé et calculé à partir du Gir moyen pondéré soins (GMPS)	Forfait (ou dotation) global versé par le conseil départemental et calculé à partir du Gir moyen pondéré (GMP)	Prix de journée versé par la personne accueillie et plafonné par le conseil départemental si l'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale

La réforme de la tarification des Ehpad, entamée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), a successivement modifié les critères d'attribution du forfait global de soins et du forfait global à la dépendance. La nouvelle formule de calcul de ce dernier a suscité de nombreuses critiques, notamment **parmi les établissements publics**.



Le principe de la réforme tarifaire, qui vise à attribuer des dotations budgétaires fondées sur les besoins objectifs des résidents en Ehpad, n'est en soi pas à remettre en cause. Au vu de ses effets, on peut cependant déplorer qu'on n'ait pas attendu, avant de la mettre en œuvre, le **plein déploiement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom)**, qui auraient permis aux établissements de profiter de leviers de souplesse budgétaire pour absorber les chocs consécutifs à la tarification.

Par ailleurs, le rapporteur porte une attention particulière au « **reste à charge** », qui constitue la majeure partie de la troisième section tarifaire consacrée à l'hébergement. Afin d'atténuer ce dernier, deux voies peuvent être envisagées : d'une part, l'augmentation du seuil de récupération sur la succession du bénéficiaire des sommes versées au titre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH); d'autre part, la possibilité pour les gestionnaires d'établissement de moduler les prix de journée en fonction du niveau de ressources des résidents.

#### PROPOSITIONS

- *Déployer pleinement les Cpom avant de poursuivre la réforme tarifaire*
- *Élever le seuil de récupération sur succession des sommes versées au titre de l'ASH*
- *Prévoir la possibilité pour les gestionnaires d'établissement de moduler le prix de journée en fonction des ressources des résidents*

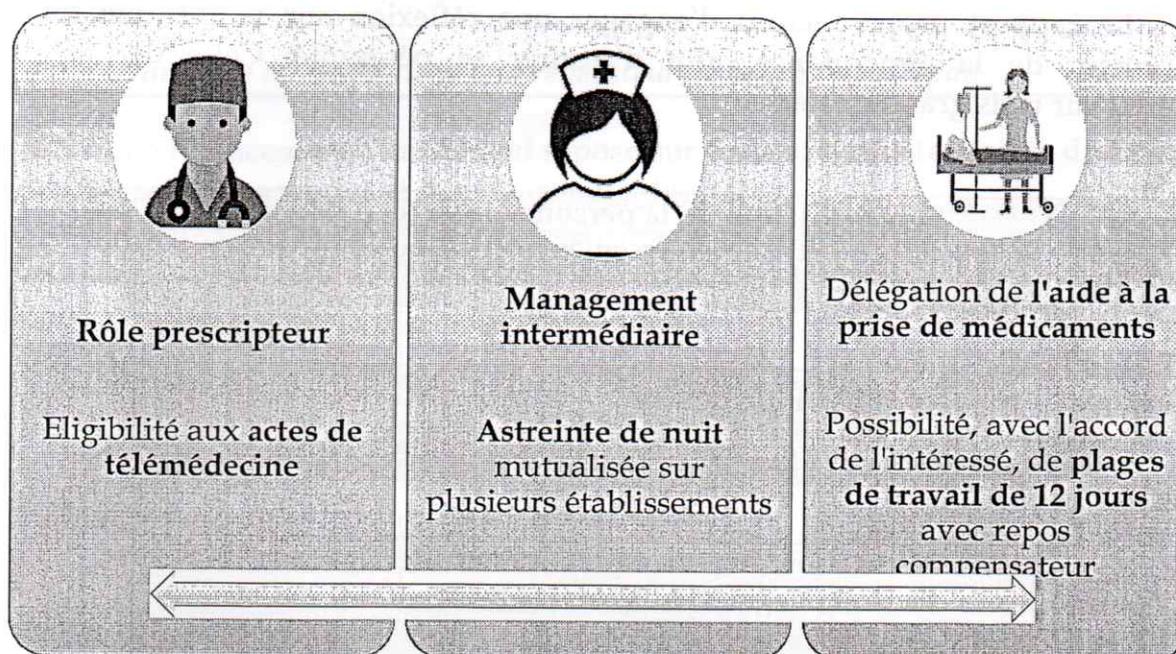
#### 2. Les ressources humaines : des missions et une organisation du travail à revoir

Animé par un **personnel administratif** composé de cadres de santé, un Ehpad comprend un **personnel soignant** dont les trois pivots sont le médecin coordonnateur, l'infirmier et l'aide-soignant, ainsi qu'un **personnel technique** de service hospitalier.

Un premier problème est posé par la **traduction des besoins thérapeutiques exprimés par les résidents en équivalents temps plein (ETP)**. Cette traduction se fait actuellement à l'aide d'un outil statistique consolidé, le Pathos moyen pondéré (PMP), dont le rapporteur estime qu'il reflète très imparfaitement la charge réelle en soins des établissements. Le PMP intervient pour une large part dans le calcul du forfait global de soins, qui couvre les dépenses de personnel médical et paramédical.

Les missions de chacun de ces personnels doivent par ailleurs faire l'objet d'une refonte en profondeur. Au premier rang desquels le **médecin coordonnateur**, dont les attributions actuelles ne prévoient pas de pouvoir prescripteur à l'égard des résidents. Le maintien du lien entre résident et médecin traitant extérieur engendre des complications de gestion, mais peut également entraîner une augmentation non justifiée des dépenses de soins de ville, concurremment au forfait global de soins versé à l'établissement.

Le personnel infirmier et aide-soignant subit pour sa part les conséquences fâcheuses d'un **glissement de tâches** de plus en plus sensible, qui augmente la pénibilité de son travail. Afin d'en atténuer les effets, le rapporteur propose de consacrer une délégation de l'infirmier à l'aide-soignant pour l'aide à la prise de médicaments, afin de libérer le temps du premier et lui permettre de s'installer dans un rôle de « manager intermédiaire ». Par ailleurs, il suggère que les **possibilités d'aménagement du temps de travail** offertes aux directeurs d'établissements, sous réserve d'un accord au cas par cas des personnels, soient élargies.



#### PROPOSITIONS

- Substituer au PMP un indicateur statistique plus adéquat pour traduire les besoins thérapeutiques des résidents en ETP
- Attribuer un rôle prescripteur au médecin coordonnateur de l'Ehpad
- Élargir, sous condition de l'accord des personnels, la possibilité pour les directeurs d'établissement de recourir à l'aménagement du temps de travail

### 3. Que faire pour l'Ehpad de demain ?

Un consensus général se dégage des critiques actuellement suscitées par le modèle de l'Ehpad : bien que l'espérance de vie des personnes âgées n'ait cessé d'augmenter et, par conséquent, leur niveau de dépendance de s'aggraver, une offre d'hébergement pour personnes âgées essentiellement soutenue par des crédits de médicalisation ne correspond pas aux aspirations des résidents et de leur famille. D'où le constat d'une **dérive sanitaire de l'Ehpad**, et d'une appropriation de tout le secteur de la prise en charge des personnes âgées par ce type d'hébergement.

À moyen terme, on peut contrer ce phénomène en portant l'effort sur le développement des formes d'habitat intermédiaire entre l'Ehpad et le domicile. La loi ASV a créé à cet égard la **résidence-autonomie**, dont le modèle de financement repose sur une éligibilité à un forfait spécifique, mais surtout sur les **contributions individuelles des résidents**, qui continuent de percevoir l'allocation personnalisée à l'autonomie (Apa). En effet, il semble que la **forfaitisation d'une dotation à la dépendance** directement versée à l'établissement - par opposition à une allocation versée individuellement - n'incite pas vraiment l'offre à s'adapter aux besoins exprimés.

Le rapport propose enfin d'engager une réflexion sur la **réforme du financement de la dépendance**, afin d'assurer sa pérennité. Cette dernière reposerait sur trois grands piliers.



**Solvabilisation de la personne âgée (et non plus de l'établissement) par le versement individuel d'une prestation compensatoire**



**Clarification des compétences entre acteurs publics  
Etat payeur et conseil départemental planificateur**



**Mobilisation du patrimoine immobilier des personnes accueillies (viagers, baux locatifs préférentiels, assurances privées...)**

### PROPOSITIONS

- *Repenser la médicalisation des structures existantes en visant particulièrement les doublons entre dépenses couvertes par le forfait global de soins et dépenses de soins de ville*
- *Inciter au développement de l'offre d'habitat intermédiaire, sur le modèle notamment des résidences-autonomie*
- *Rouvrir le débat sur la réforme du financement de la dépendance*



Commission des affaires sociales  
<http://www.senat.fr/commission//index.html>  
 15, rue de Vaugirard 75291 Paris Cedex 06  
 Téléphone : 01.42.34.20.84  
[secrétaires.affaires-sociales@senat.fr](mailto:secrétaires.affaires-sociales@senat.fr)

**Bernard Bonne**  
*Rapporteur*  
*Sénateur de la Loire*  
*(Groupe Les*  
*Républicains)*



Le présent document et le rapport complet n° 341 (2017-2018) sont disponibles sur le site du sénat :  
<http://www.senat.fr/notice-rapport/2017/r17-341-notice.html>