

Contribution à la saisine « Territoires inclusifs –
Parcours de Vie et de Santé »
« Les EHPAD hors-les-murs »

Commission Exigence Sociale, Prévention, Santé

Rapporteur(s) : Roland RIZOULIERES

Mars 2019

Introduction

Depuis les années 2000, le discours de l'inclusion est devenu, peu à peu, central dans l'espace médiatique et politique. En France, cela a débuté dans le domaine du handicap et cela s'est étendu ensuite à l'ensemble des personnes fragiles. La stratégie Europe 2020 vise en effet une « *croissance intelligente, durable et inclusive* ». La Commission Européenne la définit ainsi : « *l'inclusion sociale consiste à permettre à chaque citoyen, y compris aux plus défavorisés, de participer pleinement à la société, et notamment d'exercer un emploi* ». Charles Gardou la définit comme un «chez soi pour tous » avec l'idée que mettre les individus dans la société ne suffit plus mais qu'il faut penser pour tous le droit de jouir de l'ensemble des biens sociaux qui ne sont la prérogative de personne.

Fondamentalement, que ce soit au plan urbain ou social, ce dont il s'agit à travers le terme d'inclusion, c'est bien de penser les conditions d'accessibilité à la ville, à la société, à l'école. Mais ces conditions d'accès invitent à une inversion de la charge de la preuve : ce n'est plus aux individus à déployer toutes leurs ressources pour accéder mais bien plutôt à la ville, à la société, à l'école de créer les conditions permettant cette accessibilité généralisée.

Reconnaître la situation de la personne telle qu'elle est, là où elle vit, est un préalable à l'inclusion. Tout citoyen doit pouvoir participer à la vie en société, dans le respect de ses choix et habitudes de vie, comme : se déplacer, se nourrir, communiquer, travailler, se former tout au long de la vie, se soigner, participer à la vie publique, locale et citoyenne, aimer, construire une famille.

Une société inclusive, ouverte à tous, facilite l'accès de chacun des biens et des services à tous, quelle que soit leur situation, leur âge, leur situation de handicap ou de santé.

Le rapport à la fragilité dans les territoires du département a été l'élément moteur de nos travaux et la question fondamentale qui est posée est comment nos plus fragiles peuvent vivre parmi nous dans leur différence et participer pleinement à la vie de la cité, de nos territoires.

La question forte qui nous a mobilisé dans un premier temps (2018-2019) a été celle de nos aînés et se poursuivra en 2019 sur plusieurs champs :

- **sur le handicap** (notamment sur le thème de l'habitat inclusif),
- **la psychiatrie** (notamment pour les jeunes adultes).
- le thème de **l'inclusion sociale** sera mobilisé dans le cadre d'une réflexion sur la justice sociale et les capacités (Rawls, Amartyan Sen, notamment) et la **lutte contre les inégalités sociales de santé dès la petite enfance (universalisme proportionné)**¹.

Les territoires ne sont pas égaux dans leurs capacités à permettre aux résidents âgés d'y demeurer durablement et dans les meilleures conditions. Les questions sous-jacentes sont nombreuses : comment structurer les services adaptés aux besoins des plus âgés ? Comment intégrer leur participation à la cité quels que soient leurs caractéristiques sociales, leur âge, leur genre ou encore leur catégorie socioprofessionnelle ? Comment organiser et fluidifier le parcours de vie des personnes âgées en fonction de l'évolution de leurs besoins ? Quels modèles proposer aux promoteurs immobiliers qui développent des offres d'hébergement actuellement disparates et comment les inciter à réaliser des opérations dans des territoires pertinents en termes d'accessibilité et d'offre de services dédiés afin que les résidents puissent y demeurer durablement quelle que soit l'évolution future de leurs besoins ?

Deux questions clés ont particulièrement structuré nos débats en commission :

- **l'habitat alternatif entre le domicile et l'EHPAD**
- **le parcours de vie et de santé et la question de l'EHPAD hors les murs**

¹http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/brochure_PVS13_universalisme-proportionne_juin2017.pdf

La première question est encore en chantier et se poursuit en avril avec l'audition du groupe MEDEOS qui possède une offre élargie d'EHPAD, de résidence services et qui a conclu un accord partenarial avec le groupe ARCADE, leader du maintien à domicile.

Nous livrons par ailleurs un bilan plus complet sur le thème de l'EHPAD hors les murs.

EHPAD hors les murs sur le territoire du département des Bouches du Rhône

Contexte

Les dernières projections démographiques de l'INSEE (Blanpain, Buisson, 2016) nous indiquent qu'en 2030, près de 30 % de la population française devraient avoir 60 ans et plus et 12 % devraient avoir plus de 75 ans. Simultanément, les prévisions de l'Insee font apparaître une évolution vers une forte progression du nombre de personnes âgées dépendantes. Cette augmentation s'élèverait pour la France métropolitaine à 40 % entre 2010 et 2030 et à 100 % entre 2010 et 2060. Le nombre des personnes âgées dépendantes passerait de 1 150 000 personnes en 2010 à 1 550 000 en 2030, puis à 2 300 000 en 2060 (Cours des comptes, 2016).

Cette évolution démographique laisse à penser que les EHPAD seront de plus en plus médicalisés et accueilleront des personnes avec des pathologies de plus en plus lourdes, notamment des troubles neuro-dégénératifs. On ne pourra construire des EHPAD à hauteur de cette pression démographique, le maintien à domicile devenant un enjeu majeur.

Les documents stratégiques du département (Le schéma départemental en faveur des personnes du bel âge – 2017-2022 et le programme coordonné de financement des actions de prévention de la perte d'autonomie de personnes âgées de 60 et plus et de leurs proches aidants – 2017-2022) ont fixé comme priorité d'optimiser le **maintien à domicile** des personnes âgées. Ces orientations sont communes avec les orientations de la CNSA, de loi ASV, le PRS II de l'ARS PACA et font écho avant tout au problème démographique de la montée des personnes âgées et des aspirations de cette nouvelle génération vieillissante. Cette revendication au « vieillir chez soi » est une donnée forte à prendre en considération dans l'évolution à venir de l'offre d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.

Bien sûr le maintien à domicile couvre de nombreux types de situation d'habitat, du logement initial aux modalités diverses plus collectives mais non médicalisées, dont les résidences autonomes.

Développer le maintien à domicile suppose une coordination du parcours de soins et du parcours de vie. Si on se réfère à la littérature sur la coordination et notamment l'ouvrage de Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut (2014), le champ de la coordination du parcours des aînés est l'un des plus complexes et qui joue par empilement. On a aujourd'hui une offre extrêmement fractionnée et pas toujours coordonnée des acteurs du maintien à domicile.

Les acteurs apparaissent comme particulièrement fragmentés et une multitude de dispositifs se sont développés en France (CLIC, réseaux gérontologiques, MAIA, PAERPA). Le déploiement dans le département de 7 MAIA, des 10 Pôles infos seniors, les maisons du bel âge ont permis de faire progresser la circulation d'information et le travail partenarial.

Malgré l'amélioration et la bonne volonté de l'ensemble des acteurs du maintien à domicile, il y a encore de nombreuses ruptures de la prise en charge et de la prise en soin qui conduisent bien trop souvent à l'hôpital avec les conséquences que l'on connaît à leur retour à domicile, déstabilisation, perte d'autonomie. Et donc il faut apporter une garantie de continuité de service en toute situation et à tout moment de la journée et de la nuit.

Le cadre le plus abouti sur notre territoire départemental est sans nul doute les MAIA mais elles s'adressent aux cas de dépendance les plus lourds et complexes. Il y a donc des besoins pour de nouvelles structures plus intégrées moins tournées vers les plus dépendants.

L'objectif est que les personnes âgées et leurs aidants trouvent en un lieu unique tous les types de service qui facilitent le maintien à domicile et jalonnent la perte d'autonomie, de services à domicile à un accueil de jour / temporaire dans un EHPAD.

Pourquoi un EHPAD hors les murs ?

Est-il crucial de faire de l'EHPAD un acteur clé du maintien à domicile ? Tout d'abord, Il n'y a aujourd'hui pas une approche unique du concept « d'Ehpad hors les murs » mais bien plusieurs philosophies. Celles-ci correspondent notamment à des approches différenciées du rôle que doit avoir ce service. Ces différentes approches ne sont pas antinomiques et peuvent (ou doivent) être complémentaires (Mutualité Française, 2018) :

1. **Un dispositif de prévention gradué**, permettant l'accompagnement de la stratégie de prévention de fragilités liées au grand âge et ensuite l'accompagnement de la perte d'autonomie quand elle se présente malgré tout sur le domicile (en lien avec la notion de « *domicile renforcé* »).
2. **Un dispositif transitoire vers l'Ehpad physique**, l'objectif n'est alors pas d'accompagner les personnes jusqu'à la fin de vie à domicile mais bien de mettre en place un dispositif intermédiaire, préparant l'entrée en Ehpad.
3. **Un prolongement de l'Ehpad physique**, répondant aux mêmes besoins et permettant un accompagnement à domicile jusqu'à la fin de vie, dans les mêmes conditions qu'en Ehpad et dans une logique de rayonnement territorial. Il s'agit d'une chambre d'EHPAD délocalisée à domicile, dont le résident à accès aux mêmes services qu'un résident classique, sauf que ceux-ci sont différés dans le temps. Pour autant, la personne reste maître de son destin et détermine seule ses besoins et les services auxquels elle souhaite accéder.
4. **Un lieu d'organisation, de coordination et d'optimisation des ressources** à l'échelle d'un territoire dans une logique de services aux personnes âgées et vulnérables, une plate-forme de services.

Face aux CLIC, réseaux gérontologiques, MAIA, PAERPA, la notion d'EHPAD hors les murs est-elle un nouvel outil qui va s'empiler aux autres ?

Nous ne le croyons pas parce que la structure EHPAD essaie depuis de nombreuses années sans appui juridique adapté de **se renouveler pour développer des services hors les murs** (Garnier, 2012, p. 2). Mais surtout, l'EHPAD dispose de **nombreux atouts** :

- ouverture 24h/24 et 7j/7
- panel de services (ressources médicales, paramédicales et médico-sociales)
- personnels bien formés
- logistique
- travail en réseau avec les autres services du territoire (urgences, hôpital, services de soins et d'aide à domicile),

En projetant des prestations qu'offre l'EHPAD vers des prestations à domicile, l'EHPAD est perçu comme un **intégrateur potentiel** (Service à domicile, SSIAD, SPASAD, HAD, etc.).

Et il apparaît aujourd'hui comme un lieu majeur pour

- des prestations comme les thérapies non médicamenteuses (art thérapie, musico-thérapie, etc.)
- les prestations pour les activités de répit (accueil de jour, plate-forme de répit ; hébergement temporaire, accueil de nuit, accueil d'urgence, accès au PASA pour des personnes extérieures à l'établissement.

Les EHPAD se caractérisent actuellement par la présence combinée, en un seul lieu géographique :

- de ressources médicales et paramédicales, notamment dans le champ de la gériatrie ;
- de relations continues avec de nombreux professionnels de santé du 1er recours (lien Médecin coordonnateur / Médecin généraliste / Masseurs-kinésithérapeute / pharmaciens d'officine...);
- de prestations de restauration, d'animation, adaptées aux besoins des personnes âgées et dispensées par des professionnels formés à la gérontologie (Accompagnant Educatif et Social, animateur, psychologue) qui peuvent apporter une réponse à l'isolement social des personnes âgées à domicile ;
- d'une plate-forme administrative susceptible de permettre la centralisation de l'information.

Dès lors, en s'appuyant sur ces caractéristiques, en faisant évoluer leurs prestations et, le cas échéant, en se regroupant sur certains territoires pour atteindre une taille critique, les EHPAD peuvent devenir, à plus ou moins brèves échéances, des acteurs pivots des politiques gérontologiques sur les territoires et évoluer vers de véritables pôles de services gérontologiques locaux susceptibles de combiner :

- une **fonction de « centre ressources »** : expertise gérontologique, formations de professionnels à domicile, accès à la télémédecine, aux thérapies non médicamenteuses, aux animations adaptées...
- une **capacité de projection au domicile des personnes âgées** : interventions de professionnels de l'EHPAD au sein des domiciles des personnes âgées, sur les champs du soin, de l'autonomie et de la participation sociale ;
- une **diversité d'offres pour répondre aux besoins des aidants et/ ou des personnes âgées à domicile** : résidences autonomie/résidences services seniors adossées alliant maintien dans un logement autonome et possibilité d'avoir recours au plateau technique de l'EHPAD, accueil de jour, plateforme de répit, hébergement temporaire, accueil de nuit, accueil d'urgence, accès au PASA pour des personnes extérieures à l'établissement. Un EHPAD peut garantir que les places soient réservées au public cible, c'est un atout fort de l'EHPAD hors les murs.

La création de tels pôles de services gérontologiques locaux nécessite de renforcer les coopérations et mutualisations entre EHPAD, mais aussi avec les ressources sociales et médico-sociales sur les territoires (Services à domicile, SSIAD, SPASAD), les ressources sanitaires (professionnels de santé libéraux, Hospitalisation à Domicile, structures sanitaires, groupements hospitaliers de territoire...) ainsi que l'ensemble des acteurs locaux (associations de loisirs, culturelles, collectivités territoriales...), afin de permettre une meilleure inclusion de l'EHPAD sur son territoire.

Par ailleurs, en fonction de leur implantation sur les territoires, et tout particulièrement en milieu rural ou urbain, le rôle et la place de l'EHPAD seront susceptibles de fortement varier.

Expérimentations actuelles

Plusieurs expérimentations sont en cours sur le plan national, dont les plus connues sont :

- **M@do** maison de retraite à domicile (2012) dans le Limousin,
- « EHPAD à domicile » **Ehpad@dom** sur le territoire des Yvelines à Sartrouville, **en cours d'évaluation par une équipe du LEGOS de l'université de Dauphine, coordonnée par Béatrice Fermon.**
- « **EHPAD hors les Murs** » dans l'Oise.

Un appel à projet a été lancé par l'ARS PACA fin 2018.

Quel type de public ?

L'appel d'offre lancé par l'ARS fin 2018, a ciblé les plus dépendants : personne âgée dépendante GIR 1 à 3 souffrant de troubles cognitifs et dont les critères de vulnérabilité ne permettent pas un maintien à domicile sans une intervention coordonnée des services d'accompagnement (SSIAD, Infirmiers libéraux, Kinésithérapeutes, SAAD, HAD...).

Au sein de Dhune (Olivier Blin) et en liaison avec Corinne Grenier (Kedge et Conseil de Provence), on se demandait si cela ne venait pas concurrencer le dispositif MAIA qui concerne des cas lourds et complexes, mais suite à un entretien avec Jean-Claude Pical (CGD13), il apparaît que non. Ce serait un complément et pas un concurrent.

Suite à d'autres entretiens avec l'ARS, le groupe MEDEOS, le SYNERPA et avec les services du département des bouches du Rhône, il apparaît que **l'innovation organisationnelle majeure** se situe sur un **triptyque résidence autonomie – EHPAD hors les murs – PTA**, et aussi à coupler avec **les maisons du bel âge (plus les pôles info seniors)**. C'est sur cette innovation organisationnelle majeure que se situe l'enjeu des prochaines années.

Egalement il faut regarder la répartition des compétences entre l'ARS et le département dans la coordination du social, medico-social et sanitaire. Le rapport Libault (2019) fournit trois scénarii majeurs que la loi sur l'autonomie en octobre 2019 permettra sans doute de clarifier (cf en annexe, le passage correspondant du rapport).

Il est important de noter que les **ARS** semblent aujourd'hui **en attente** des mesures qui seront annoncées en octobre dans le cadre de cette loi sur le grand âge et l'autonomie, ceci risque de redistribuer les cartes et de rendre mouvant le cadre autour du maintien à domicile.

Le CD13 aurait une vraie plus-value dans une démarche d'EHPAD hors les murs dans un cadre peut être moins dirigé vers des personnes en dépendance forte, comme c'est le cas pour l'appel d'offre de l'ARS. Sous cet angle, l'action serait en lien étroit avec les actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus et de leurs proches aidants (Conférence des financeurs). Il est à noter que les expérimentations **M@do** et **Ehpad@dom** s'inscrivent dans ce cadre avec un public mixte.

L'objectif serait d'inscrire les personnes qui se confient au dispositif d'EHPAD hors les murs dans un parcours gradué pour permettre une prise en charge dès les premiers signes de dépendance par des moyens légers (aide à domicile ponctuelle, dispositif de téléassistance, etc.) et les accompagner tout au long du vieillissement, tout au long de la perte d'autonomie en réajustant en permanence les services qui peuvent leur être apportés et en alternant, en créant des passerelles entre le domicile, l'hôpital et l'EHPAD.

Dans tous les cas, le couplage résidence autonomie et EHPAD hors les murs est nécessaire.

Où le département des bouches du Rhône peut-il expérimenter un dispositif d'EHPAD hors les murs ?

Des territoires d'expérimentations pourraient tester les offres sur divers typologies de lieux, permettant de différencier les enjeux de ces territoires :

- un lieu urbain sur Marseille
- un lieu péri-urbain comme Aubagne
- un lieu rural comme Eyguières par exemple.

Liste des sigles et acronymes employés

ARS PACA :	Agence Régionale de Santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur
(Loi) ASV :	Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (2015)
CD13 :	Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône
CGD13 :	Centre Gérontologique Départemental de Marseille
CLIC :	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
GIR :	Groupe Iso-Ressources (niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée / échelle de 1 à 6)
HAD :	Hôpital / Hospitalisation À Domicile
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MAIA :	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
PAERPA :	PArcours de santé des personnes âgées En Risque de Perte d'Autonomie
PASA :	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PRS II :	Projet Régional de Santé de 2 ^{ème} génération (2018 / 2023)
PTA :	Plateforme Territoriale d'Appui
SPASAD :	Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile
SSIAD :	Services de Soins Infirmiers A Domicile

Bibliographie sommaire

- Albertini, J.-B. (2018). Le vieillissement de la population et ses enjeux. Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017. CGET.
- Argoud, D. (2016). Les gérontotechnologies sont-elles une innovation sociale ?. *Retraite et société*, 75(3), 31-45.
- Aubry R. et al. (2018). Les enjeux éthiques du vieillissement. *Études*, p. 43-54.
- Auger, F. (2017). L'aménagement de l'habitat chez des couples de nouveaux retraités Baby-Boomers : vivre le présent, anticiper l'avenir ?, Thèse, Université Charles de Gaulle - Lille III
- Anfosso, A et Rebaudo, S. (2011). Gérontechnologies et contrôle de l'environnement au service du maintien à domicile : le projet GERHOME. *Gérontologie et société*, vol. 34, n°136, p. 119-131.
- Blanpain N., Buisson G. (2016), Projections de population à l'horizon 2070, Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013, Insee Première, n°1619, novembre, 4 p.
- Bloch M.-A. et Hénault L. (2014). Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Ed. Dunod.
- Bonhomme, S. (2008). Méthodologie et outils pour la conception d'un habitat intelligent. Micro et nanotechnologies/Microélectronique. Institut National Polytechnique de Toulouse – INPT.
- Cours des comptes (2016). Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler, Rapport public thématique, Juillet.
- Dreyer, P. (2017). Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie. *Gérontologie et société*, vol. 39 / 152(1), 9-23.
- Ennuyer, B. (2014). Repenser le maintien à domicile: Enjeux, acteurs, organisation. Paris: Dunod.
- Garnier I. (2012). De la diversification des services à leur structuration pour mieux accompagner l'autonomie : les EHPAD futures plate-formes gérontologiques, EHESP.
- Iborra M. et FIAT C. (2018). Rapport d'information en conclusion de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- Kogan, A.-F. (2008). L'ancrage social de la téléassistance pour personnes âgées : des actes de communication à l'information organisationnelle. *Les Enjeux de l'information et de la communication*, p. 31-43.
- Leduc F. (dir.) (2016). Rapport d'observation et d'analyse les proches aidants : une question sociétale. *Accompagner pour préserver la santé*. Association française des aidants.
- Lie, M. & Brittain, K. (2016). Technologie et confiance: Le point de vue des personnes âgées sur un système de télésurveillance à domicile. *Retraite et société*, 75(3), 47-72.
- Mutualité Française (2018), Les enjeux du vieillissement de la population. EHPAD hors les murs & domicile connecté, Generacio/Mixing Générations, Novembre.
- Nony, I. (2012). Le kaléidoscope du domicile. *VST - Vie sociale et traitements*, n° 116, p. 21-26.
- Raulet-Croset, N. et al. (2010). La structuration de l'offre de téléassistance pour les personnes âgées : créer la proximité à distance. *Management & Avenir*, n° 35, p. 254-272.
- Observatoire national de la Fin de Vie (2013), Synthèse : Vivre la fin de sa vie chez soi.
- Terra Nova, Credoc (2018), L'heure du choix : l'entrée des personnes âgées en structures d'accueil.
- CGET (2017), Le vieillissement de la population et ses enjeux, Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires.
- KPMG (2015), Ehpads, vers de nouveaux modèles ?

Annexe

Extrait du Rapport « *Grand âge et autonomie* » remis par M Dominique Libault à Mme Agnès Buzyn
Ministre des Solidarité et de la Santé le 28 mars 2019

« Pour un pilotage et une gouvernance rénovés de la politique du grand âge et construits par et pour les personnes âgées », extrait de la note des co-présidents de l'atelier « Gouvernance et pilotage » :

- « L'épuisement institutionnel paraît très profond. Il est largement illustré par le désarroi des acteurs de terrain, gestionnaires de services à domicile et d'établissements. La logique territoriale atteint en effet certaines limites : les orientations poursuivies visent au décloisonnement pour assurer la meilleure prise en charge de la personne, mais le fonctionnement en silos demeure. [...]
- La construction, par strates successives, des interventions et l'adaptation équilibrée du système de gouvernance, pour tenir compte des intérêts des différentes institutions, semblent avoir été conduites sans penser au premier chef au mode de prise en charge de la personne âgée et de ses proches. [...]
- Pour les coprésidents, il conviendrait donc de changer de perspective : il faut rebâtir le système de pilotage et de gouvernance en partant de principes simples, qualité de prise en charge, réponse aux besoins, attention et écoute aux attentes des personnes âgées. »

réversible, permettant à la famille d'anticiper le remboursement de la dette accumulée au moment de la disparition du parent âgé ou de son départ en EHPAD si elle veut garder le bien immobilier. Il ne s'adresserait qu'aux personnes non éligibles à l'ASH, son fonctionnement étant équivalent à celui de l'ASH qui ne prévoit ni frais de gestion ni intérêts.

PILOTER L'OFFRE SUR LES TERRITOIRES, AU PLUS PRÈS DES PERSONNES, TOUT EN GARANTISSANT MIEUX DES RÉPONSES HOMOGENES ET ÉQUITABLES

La politique du grand âge est et restera une politique partenariale. Il est fondamental, et dans l'intérêt des personnes âgées elles-mêmes, que les acteurs, légitimes dans leurs sphères de compétences respectives, s'articulent davantage et décloisonnent leurs interventions. L'enchevêtrement de compétences aujourd'hui constaté répond à la grande diversité des accompagnements mobilisés auprès d'une personne âgée en perte d'autonomie, de la prise en charge à l'hôpital au portage de repas, de l'aide à domicile à la mobilité inclusive. Cette grande diversité des interventions appelle une réponse intégrée et, partant, un renforcement des partenariats au niveau local.

Malgré un réel investissement des acteurs, un constat critique ressort de la concertation : l'organisation actuelle ne porte pas les besoins de la personne, cette organisation est peu lisible, ne permet pas d'assurer une égalité de traitement d'un

territoire à l'autre, et est fortement consommatrice de ressources publiques en raison des coûts de coordination élevés qu'il génère. Pour cette raison, il apparaît nécessaire d'engager une dynamique de meilleure articulation des compétences en matière de pilotage de l'offre. Dans cette perspective, trois scénarii ressortent de la concertation.

Enfin, au niveau national, la CNSA doit être renforcée en tant que garant de l'égalité de traitement entre les territoires. Outre un renforcement de ses compétences en matière de pilotage financier du risque, elle devra développer ses missions transversales : pilotage d'un chantier de modernisation des systèmes d'information, appui à la mise en place du réseau de Maisons des aînés et des aidants, repérage et essaiage des bonnes pratiques.

Objectif: Repositionner le Conseil départemental en proximité de la personne âgée et renforcer la conduite partenariale de la politique du grand âge au niveau départemental

La gouvernance de la politique du grand âge doit être refondée autour d'un partenariat territorial nouveau. Au plus près de la personne, le département, chef de file de l'action sociale auprès de la personne âgée, doit assumer une fonction d'ensemblier des réponses de proximité, portées notamment par les communes et intercommunalités. Les Conseils départementaux doivent réinvestir les aspects non strictement médico-sociaux de la politique du grand âge, dans le respect des compétences des autres niveaux de collectivités.

Un co-pilotage doit être mis en place au niveau des nouvelles « portes d'entrée » que constituent les Maisons des aînés et des aidants. Il doit être matérialisé par la création d'une nouvelle instance départementale, la conférence départementale du grand âge, qui engloberait les actuelles conférences des financeurs, porterait une stratégie départementale de l'offre et piloterait des chantiers thématiques (métiers, systèmes d'information, transformation de l'offre notamment).

Proposition 166 : Conforter le rôle d'animation territoriale du Conseil département en matière d'adaptation du cadre de vie de la personne âgée en perte d'autonomie

La politique du grand âge de demain ne sera pas strictement médico-sociale. Elle doit intégrer la dimension de l'adaptation du cadre de vie de la personne (mobilité, adaptation du logement, services de proximité, aménagement du territoire, urbanisme) et de son développement social. Dans ce contexte, il est nécessaire d'articuler la compétence du Conseil départemental en faveur des personnes âgées avec les compétences des communes et intercommunalités. Le Code général des collectivités territoriales énonce en effet que communes et intercommunalités sont chefs de file pour l'exercice des compétences relatives à la mobilité, l'organisation des services publics de proximité et l'aménagement de l'espace. Il est très souhaitable que les communes et intercommunalité exercent pleinement cette compétence en prenant en compte les personnes âgées.

Sans préjudice de cette répartition des compétences, le Conseil départemental doit être positionné en ensemblier de ces politiques d'adaptation du cadre de vie des personnes âgées. Les schémas départementaux de l'autonomie intégreront des objectifs et actions d'amélioration du cadre de vie des personnes âgées (cf. proposition n° 7). Le département aurait un rôle d'animation, en organisant des échanges de bonnes pratiques, des retours d'expérience, voire en cofinçant des projets expérimentaux.

Proposition 167 : Instaurer un co-pilotage des Maisons des aînés et des aidants entre ARS et Conseils départementaux

Le Conseil départemental serait co-responsable des Maisons des aînés et des aidants, guichet unique de proximité dédié aux personnes âgées et à leurs proches aidants. Ce réseau de proximité serait créé

en fusionnant les dispositifs existants (MAIA, CLIC, Paerpa, cf. proposition n° 117). Il assurerait les fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et de gestion de cas complexes. Son fonctionnement s'appuierait sur un partenariat entre ARS et Conseil départementaux, défini localement. Ce co-pilotage garantirait une intégration de l'offre sanitaire et médico-sociale en proximité de la personne. Il serait articulé aux dispositifs de coordination des professionnels de santé existants ou en cours de généralisation, notamment les PTA.

Proposition 168 : Créer des conférences départementales du grand âge intégrant les conférences des financeurs et les CDCA, et dotées de missions élargies

Une nouvelle instance stratégique partenariale serait créée au niveau départemental, sous la dénomination de « conférences départementales du grand âge ». Cette instance aurait vocation à définir une stratégie départementale de l'offre d'accompagnement et de soin aux personnes âgées, et d'initier et de renforcer des dynamiques partenariales locales. Les calendriers des projets régionaux de santé (PRS) et des schémas départementaux de l'autonomie pourraient ainsi être rapprochés. Elle regrouperait notamment le Conseil départemental, l'ARS, les organismes de sécurité sociale.

Cette nouvelle instance engloberait les Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, ainsi que les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie. Elle pourrait comporter, en fonction des besoins locaux, des formations spécialisées consacrées à des sujets transversaux. La composition de ces formations spécialisées aurait vocation à être élargie aux acteurs départementaux spécialisés, hors du champ médico-social. Elles pourraient notamment prendre en charge les sujets suivants :

- La centralisation des alertes de maltraitance et la production d'une analyse régulière ;
- La transformation de l'offre et le développement de nouvelles formes de prise en charge ;
- Les systèmes d'information, cette dimension constituant un axe stratégique de progrès pour la coordination des interventions autour des personnes et la fluidité des parcours ;
- Les métiers et les ressources humaines, en déclinant le contrat de filière au niveau territorial

(cf. proposition n° 115), en diffusant de bonnes pratiques, en construisant des partenariats (Pôle emploi, structures d'éducation, de formation professionnelle et d'apprentissage), en promouvant une GPEC territoriale, en lien avec la plateforme nationale des métiers du grand âge (cf. proposition n° 115). Cette formation compterait un représentant du Conseil régional ;

- Les aides techniques et le soutien à l'innovation, en lien avec les gérontopôles et les acteurs de la *silver economy*, en développant des services de test ou de location de matériel et amenée à labelliser des innovations ;
- L'adaptation du cadre de vie, en intégrant les représentants de communes et intercommunalités du département.

Un des objectifs majeurs de ce pilotage est de favoriser l'innovation et la coopération entre les acteurs à travers de réelles dynamiques territoriales.

Proposition 169 : Expérimenter dans un nombre resserré de départements un pilotage unique des évaluations médico-sociales par les Conseils départementaux

La généralisation de la reconnaissance mutuelle des évaluations médico-sociales des Conseils départementaux et de la branche vieillesse est proposée, ainsi que l'opposabilité des évaluations pour une durée d'un an. En parallèle, il est proposé d'expérimenter le pilotage unique des équipes d'évaluation médico-sociales par les Conseils départementaux dans un nombre resserré de départements, dans le cadre d'un conventionnement. Ces expérimentations seraient lancées pour une durée définie. Elles seront évaluées à l'issue de la période d'expérimentation. Leur extension doit être strictement conditionnée à des résultats probants.

Objectif : Simplifier le pilotage de l'offre médico-sociale

Le pilotage de l'offre médico-sociale recoupe les fonctions d'autorisation, de tarification, contractualisation des CPOM, dialogue de gestion, pilotage de la qualité pour l'offre en établissement (EHPAD) et à domicile (SAAD, SSIAD, Spasad). Cette fonction englobe donc la responsabilité de la qualité du service rendu à la personne.

Les modalités actuelles de pilotage de l'offre sont décriées pour plusieurs raisons :

- Une forte complexité pour les gestionnaires de structures, avec notamment pour les EHPAD et les Spasad l'exercice en doublon de la compétence de pilotage entre Conseil départemental et ARS, fortement consommatrice de ressources ;
- Un manque de lisibilité pour les personnes, aucun pilote unique ne pouvant être identifié, ce qui peut conduire à des situations d'inertie, en l'absence de pilote clairement identifié ;
- Un cloisonnement fort entre l'offre médico-sociale pilotée par les Conseils départementaux et les ARS (pour les EHPAD et les SSIAD uniquement) d'une part, et l'offre sanitaire d'autre part, qui elle est sous seul pilotage de l'ARS ;
- Des hétérogénéités de traitement d'un territoire à l'autre (tarifs de référence des SAAD, dynamique d'ouverture de places en EHPAD, etc.), largement tributaires des capacités financières des Conseils départementaux, qui s'ajoutent à une moindre capacité à assurer une répartition équitable des capacités d'accueil sur le territoire national ;
- L'absence d'un pilote unique sur l'ensemble de l'offre, qui permettrait d'assurer une meilleure intégration de ses différentes composantes, notamment entre domicile et établissement, et une plus grande fluidité des parcours.

Ces limites étant posées, et sans préjudice des autres propositions formulées en matière de pilotage et de gouvernance au niveau local, trois scénarii ressortent de la concertation :

- Un premier scénario allant vers l'unicité de pilotage, tout en autorisant des délégations de compétences en matière de pilotage de l'offre, en fonction des circonstances locales, afin de progresser vers une répartition simplifiée des compétences, à partir d'un accord local formalisé ;
- Un deuxième scénario dans lequel l'ARS devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre, en établissement comme à domicile, les compétences départementales étant resserrées d'une part sur la définition de la stratégie départementale de la politique du grand âge, et d'autre part sur le pilotage du front office, de l'ouverture des droits et du cadre de vie de la personne ;

- Un troisième scénario dans lequel le Conseil départemental devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre, en établissement comme à domicile, les compétences des ARS étant resserrées d'une part sur le pilotage de l'offre sanitaire, et d'autre part sur l'inspection et le contrôle.

Le scénario médian qui s'est dégagé de la concertation est le suivant.

Scénario n° 1 : Pilotage unifié avec possibilité de délégation de compétences

La fusion des sections soin et dépendance en EHPAD revient de fait à positionner un seul acteur sur le pilotage de la section « soin-dépendance » des EHPAD (cf. proposition n° 125). En règle générale, le pilotage des EHPAD et des SSIAD relèverait de l'ARS et celui des SAAD des conseils départementaux. Les liens à renforcer entre le médico-social et le sanitaire, compte-tenu des profils des personnes accueillies en EHPAD, justifient pleinement le recours à l'ARS, notamment pour éviter les ruptures de parcours et l'optimisation des moyens humains. Toutefois, dans le souci de laisser aux acteurs locaux une liberté d'organisation et de répartition des compétences de pilotage entre les différents segments de l'offre médico-sociale, des délégations de compétences pourraient être expérimentées au niveau départemental, concernant le pilotage de l'offre à domicile ou en établissement.

Concrètement, à travers la conclusion d'un contrat territorial d'autonomie entre l'ARS et le Conseil départemental, le Conseil départemental pourrait dans un département piloter la section « soin-dépendance » des EHPAD et/ou les SSIAD. Ces délégations pourraient être conclues dans les deux sens, un département pouvant déléguer la gestion des SAAD et des Spasad à l'ARS. Elles supposeraient, dans le cas d'une délégation de la gestion de l'enveloppe « soin-dépendance » des EHPAD ou des SSIAD, le transfert au Conseil départemental d'une enveloppe fermée de crédits d'assurance maladie. Ces expérimentations seraient lancées pour une durée définie. Elles seront évaluées à l'issue de la période d'expérimentation. Leur extension doit être strictement conditionnée à des résultats probants.

Forces

- Liberté laissée aux acteurs locaux pour trouver localement la meilleure configuration de

pilotage possible, en fonction du contexte et des ressources locales ;

- Recherche d'une simplification du pilotage par des délégations de compétences ad hoc, permettant de trouver un compromis entre intégration des différents segments de l'offre médico-sociale, intégration entre médico-social et sanitaire, et intégration entre médico-social et politiques du cadre de vie ;
- Les coûts associés à la transition sont faibles et l'outil de l'expérimentation permet de maîtriser les risques.

Faiblesses

- Une simplification qui n'est pas entièrement achevée, dans la mesure où une répartition des compétences serait propre à chaque département. Pour les personnes, la lisibilité des responsabilités n'est améliorée que marginalement en l'absence d'un système unique de responsabilité de la qualité du service rendu à la personne, identique d'un département à l'autre ;
- Ce scénario laisse potentiellement subsister des hétérogénéités de traitement d'un département à l'autre ;
- La réversibilité du choix n'est pas assurée : une fois désengagée, la capacité de l'ARS à réinvestir ses compétences si la situation ou le choix du Conseil départemental l'exigeait n'est pas certaine.

Deux autres scénarii, plus clivants, ont été étudiés.

Scénario n° 2 : L'ARS devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées, à domicile comme en établissement, et le Conseil départemental est le pilote de la stratégie départementale et l'interlocuteur de proximité de la personne

Dans ce scénario, l'ARS deviendrait l'interlocuteur de gestion unique de l'ensemble de l'offre, et assurerait donc le pilotage des services d'accompagnement et d'aide à domicile (SAAD, pour les personnes âgées comme pour les personnes handicapées) et, par délégation du Conseil départemental, de la section hébergement des EHPAD. Le Conseil départemental perd donc sa compétence de pilotage des SAAD et le

pilotage des EHPAD est assuré par l'ARS seule. Par analogie avec l'exercice d'autres compétences départementales, comme par exemple pour les collèges, les dépenses d'investissement dans les établissements pour personnes âgées continueraient à relever des Conseils départementaux, ces derniers conservant ainsi une compétence d'aménagement du territoire.

En revanche, le Conseil départemental est repositionné dans ce scénario en tant que pilote de la stratégie départementale du grand âge, en présidant la conférence départementale du grand âge (cf. proposition n° 168). Il garde par ailleurs sa fonction d'animation de la politique du cadre de vie de la personne âgée (cf. proposition n° 166). Il reste, notamment à travers le co-pilotage des Maisons des aînés et des aidants (cf. proposition n° 167), l'interlocuteur de proximité de la personne âgée et l'acteur ensemblier des solidarités locales. Il demeure responsable de l'ouverture des droits et du versement de la prestation (nouvelle prestation autonomie et PCH) ainsi que de l'évaluation multidimensionnelle des besoins de l'utilisateur. Concrètement, dans ce scénario, la dotation forfaitaire des SAAD finançant l'amélioration des conditions de travail et la qualité de service serait versée par les ARS en contrepartie d'un CPOM qui fixerait des objectifs. La solvabilisation des heures de prestation réalisées chez l'utilisateur resterait du ressort de la prestation administrée par le Conseil départemental. En outre, le Conseil départemental demeure pilote pour le développement de l'offre de résidences autonomie et d'habitat inclusif.

Forces :

- La mise en place d'un interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées instaure un système lisible au niveau national, simplifié pour les personnes comme pour les gestionnaires, reposant sur une responsabilité clairement identifiée. Ce pilotage unique facilite l'intégration des différentes composantes de l'offre, notamment entre établissement et domicile et ce faisant positionne l'ARS en tant que pilote du virage domiciliaire et du changement de modèle de l'EHPAD. En particulier, les ARS pilotent la totalité des autorisations sur le territoire ;
- Ce scénario renforce l'intégration entre l'offre médico-sociale et l'offre sanitaire, permettant une meilleure fluidité des parcours ;

- Les garanties d'égalité de traitement sont renforcées et les capacités de rééquilibrage de la répartition des capacités de prise en charge entre départements sont plus importantes.

Faiblesses :

- Les risques associés à la transition sont importants, notamment à travers la reprise du pilotage des SAAD, qui suppose des coûts d'apprentissage pour les ARS ;
- Ce scénario crée de facto une confusion pour la personne dans la mesure où son interlocuteur de proximité et le responsable de l'ouverture de ses droits à la « prestation autonomie » n'est pas responsable de la qualité du service rendu en établissement ou à domicile.

Scénario n° 3 : Le Conseil départemental devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées, à domicile comme en établissement, et l'ARS est recentrée sur ses missions de contrôle

Dans ce scénario, les Conseils départementaux deviennent les interlocuteurs de gestion uniques pour l'ensemble de l'offre médico-sociale dans leur département, notamment pour les EHPAD, les Ssiad et l'ensemble de l'activité des Spasad. Dans le cas des EHPAD, Ssiad et Spasad, la gestion d'une enveloppe fermée de crédits d'assurance maladie est déléguée au Conseil départemental par l'ARS. La gestion du fonds qualité (cf. proposition n° 56) et du fonds d'amorçage de la transformation de l'offre (cf. proposition n° 53) est déléguée par l'ARS au Conseil départemental. Ces délégations font l'objet d'une contractualisation et sont assorties d'objectifs de qualité de service et de transformation de l'offre. Le département garde ses missions de service des prestations, d'évaluation des besoins de la personne, d'animation de la politique du cadre de vie. Il préside la conférence départementale du grand âge.

Dans ce scénario, l'ARS est repositionnée sur la régulation des établissements et professions de santé et dans ses missions d'inspection et de contrôle des acteurs médico-sociaux de la prise en charge. Elle co-préside la conférence départementale du grand âge avec le Conseil départemental. Le co-pilotage des Maisons des aînés et des aidants est maintenu.

Forces :

- La mise en place d'un interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées instaure un système lisible au niveau national, simplifié pour les personnes comme pour les gestionnaires, reposant sur une responsabilité clairement identifiée. Ce pilotage unique facilite l'intégration des différentes composantes de l'offre, notamment entre établissement et domicile et ce faisant positionne le Conseil départemental en tant que pilote du virage domiciliaire et du changement de modèle de l'EHPAD. En particulier, les Conseils départementaux pilotent la totalité des autorisations sur le territoire pour les établissements et services médico-sociaux ;
- Une plus forte continuité peut être assurée entre la prise en charge à domicile ou en établissement et les autres politiques de proximité et d'amélioration du cadre de vie de la personne âgée, à condition que le Conseil départemental assure une mission d'animation de la politique du cadre de vie.

Faiblesses :

- Les risques associés à la transition sont importants, notamment à travers la reprise du pilotage d'offres de soin par les départements, qui suppose des coûts d'apprentissage pour les Conseils départementaux ;
- Les leviers permettant d'assurer aux personnes âgées et à leurs familles des standards de qualité homogènes sur l'ensemble du territoire national sont affaiblis. Le risque d'un accroissement des hétérogénéités de traitement sur le territoire est important ;
- Les leviers de péréquation interdépartementale visant à ajuster la répartition des capacités d'accueil à la démographie des territoires sont affaiblis ;
- Ce scénario crée une étanchéité entre l'offre médico-sociale et l'offre sanitaire, renforçant les risques de ruptures de parcours ;
- La régulation nationale globale de l'ONDAM est complexifiée.

Objectif: Renforcer les compétences de la CNSA, notamment en matière de pilotage financier et de garanties d'équité entre les territoires

Au niveau national, le rôle de la CNSA, opérateur placé sous la tutelle de l'État, doit être renforcé sur ces différentes missions :

- Une mission de pilotage financier du nouveau risque social ;
- Une mission de garante de l'équité entre les territoires, à travers des conventions pluriannuelles CNSA-Conseils départementaux renouvelées ;
- Une mission d'appui au déploiement du réseau des Maisons des aînés et des aidants et des conférences départementales du grand âge ;
- Une mission de repérage et d'essaimage de bonnes pratiques, dans toutes les composantes de la politique du grand âge ;
- Une mission de maîtrise d'ouvrage d'un chantier de modernisation des systèmes d'information dans le secteur du grand âge.

Le renforcement de ces missions suppose un ajustement des moyens et des compétences de la CNSA.

Des conventions pluriannuelles renouvelées entre la CNSA et les Conseils départementaux²⁵ doivent être le support de ce renforcement du pilotage national par la CNSA. Le niveau d'exigences contractuelles et les objectifs d'équité et de qualité de service pourraient être significativement confortés par la loi. Adossées à des contreparties financières, ces conventions renouvelées pourraient donner lieu, en cas de manquement, à des modulations de celles-ci.

Proposition 170: Conforter les missions de caisse de la CNSA, en lien avec la création d'un nouveau risque de protection sociale intégré dans le PLFSS

Il est proposé de faire de la CNSA le garant de la remontée, de la consolidation et de la fiabilité des statistiques financières, ainsi que de leur formalisation obligatoire, périodique et annuelle, en termes de tableau de bord. L'ensemble des

25. Ces conventions existent actuellement, en vertu de l'art. L.14-10-7-2 du CASF.