

1

Les personnes âgées hébergées dans les Ehpad

PRÉSENTATION

Un peu plus de 600 000 personnes résident dans l'un des 7 500 établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)³⁶. Si ceux-ci sont accessibles dès l'âge de 60 ans, ils accueillent en fait une population beaucoup plus âgée et souffrant de multiples pathologies : une personne sur dix de plus de 75 ans vit dans un Ehpad, une sur trois de plus de 90 ans³⁷.

La crise sanitaire a de ce fait particulièrement frappé leurs résidents : près de 34 000 d'entre eux sont décédés du fait de la pandémie entre mars 2020 et mars 2021. Cette vulnérabilité particulière ne s'explique pas seulement par la fragilité des résidents. Elle résulte également des difficultés structurelles des Ehpad.

À l'issue d'une enquête portant plus largement sur la qualité des prises en charge médicale dans les Ehpad³⁸ et reposant notamment sur 57 monographies d'établissements réalisées par les chambres régionales et la Cour des comptes, il a paru utile à la Cour de rendre compte de l'impact de la crise sanitaire sur ces établissements et des facteurs de vulnérabilité qui l'expliquent (I). Cette crise a été l'occasion d'une mobilisation nouvelle avec, d'une part, des soutiens financiers considérables décidés par l'État, qu'ils soient conjoncturels, afin de faire face aux conséquences immédiates de la crise sanitaire sur les établissements, ou pérennes, dans le cadre du « Ségur de la santé » et, d'autre part, l'émergence de bonnes pratiques des acteurs du secteur médico-social. Ces évolutions ne se sont cependant pas accompagnées des réformes structurelles d'envergure qui apparaissent nécessaires (II).

³⁶ Selon la Drees (*Études et résultats n° 1196*, juillet 2021), on dénombrait au début de la pandémie 7 547 Ehpad accueillant 606 400 personnes âgées.

³⁷ Drees, *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015*, *Études et résultats n° 1015*, juillet 2017.

³⁸ Enquête réalisée à la demande du Parlement (commission des affaires sociales du Sénat), dans le cadre de laquelle les juridictions financières ont contrôlé 57 établissements à travers tout le territoire, outre-mer compris, ainsi que les principaux acteurs publics. Une instruction complémentaire portant sur la période d'août 2020 à juillet 2021 a été réalisée pour les besoins de la présente publication.

I - Le lourd impact de la crise sur les personnes âgées, amplifié par les fragilités structurelles des Ehpad

La pandémie de covid 19 a provoqué, parmi les résidents en Ehpad, un nombre élevé de décès (A). Les évolutions de l'épidémie, auxquelles les Ehpad ont tâché de s'adapter (B), ont souligné leurs fragilités structurelles (C).

A - Un lourd bilan humain

D'une façon générale, la gestion de la pandémie s'est améliorée de manière très nette entre la première vague, durant laquelle, malgré des mesures drastiques, parfois vécues comme trop uniformes et brutales, les Ehpad ont été tout particulièrement frappés, et la troisième vague, qui les a pour l'essentiel épargnés grâce à la campagne de vaccination.

Au total, le bilan humain de l'épidémie peut être considéré comme lourd, même si les comparaisons internationales montrent que d'autres pays ont révélé des fragilités analogues, voire supérieures, à celles constatées en France.

1 - Une mortalité importante durant les deux premières vagues, touchant des territoires et des établissements différents

La fiabilité des sources statistiques recensant le nombre de décès en Ehpad et le nombre de cas de contamination

La Cour des comptes a travaillé sur les données de la période de mars 2020 à mars 2021, consolidées par Santé publique France et transmises par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Les données concernant les décès sont cohérentes avec celles publiées par un consortium d'organismes de recherche en septembre 2020.

Le nombre de décès correspond aux résidents des Ehpad décédés du fait de la covid 19, dans un établissement hospitalier ou au sein de l'Ehpad lui-même.

Les décès à l'hôpital ont été enregistrés *via* le système d'informations Si-Vic, mis en place après les attentats de novembre 2015 pour recenser les décès intervenus dans des conditions exceptionnelles.

Les décès en Ehpad ont été recensés par des systèmes d'information *ad hoc* mis en place à l'occasion de la pandémie : un système développé par l'AP-HP, spécifique à l'Île-de-France et utilisé jusqu'en juillet 2020, et un système déployé sur l'ensemble du territoire, développé par Santé publique France, appelé « Voozanoo » et permettant de faire remonter non seulement le nombre de décès mais aussi les cas de contamination et leur évolution. Depuis juillet 2020, Voozanoo est l'unique système d'information utilisé pour recenser les contaminations et décès dans les Ehpad.

Les données saisies dans Voozanoo remontent au 1^{er} mars 2020. Cependant, selon la Drees, elles ne peuvent être considérées comme fiables et exhaustives qu'à compter de la fin du mois d'avril 2020.

Les données relatives aux contaminations sont également sujettes à caution, jusqu'à la mise en place de tests PCR systématiques en Ehpad, intervenue à partir de mai 2020.

Les données de la vague 1 sont donc à prendre avec précaution.

Selon Santé publique France et la Drees, sur la période de mars 2020 à mars 2021, 34 000 personnes âgées hébergées dans des Ehpad sont mortes des suites de la covid 19³⁹. Parmi elles, 14 700 sont décédées entre le mois de mars et le 1^{er} juillet 2020, 14 600 entre le mois de juillet et le 1^{er} janvier 2021 et 4 700 au premier trimestre 2021. Les premières études épidémiologiques ont toutefois conclu à une mortalité en réalité un peu plus élevée⁴⁰.

Au cours de la première vague, dans les 3 497 Ehpad touchés, 80 100 résidents ont été contaminés et 14 700 d'entre eux ont perdu la vie (ce qui représente 50 % des décès comptabilisés au cours de la première vague de l'épidémie⁴¹). Lors de la deuxième vague, 144 400 personnes hébergées ont été infectées⁴². Le nombre de décès (14 600) a été quasi identique à celui de la première vague. La présence d'équipements de

³⁹ Source : bases de données Drees à partir des chiffres de Santé publique France.

⁴⁰ Une étude menée par le consortium COMONH regroupant plusieurs chercheurs appartenant notamment à l'AP-HP, à la Cnam, à l'Ined, à SPF, à l'Inserm et à différentes universités aboutit à une mortalité liée à la covid 19 de 15 114 décès, alors que les données de SPF en identifient 14 054 sur la période allant du 1^{er} mars au 1^{er} juin. COMONH Consortium, *Magnitude, change over time, demographic characteristics and geographic distribution of excess deaths among nursing home residents during the first wave of covid 19 in France : a nationwide cohort study*, Age and Ageing, 2021.

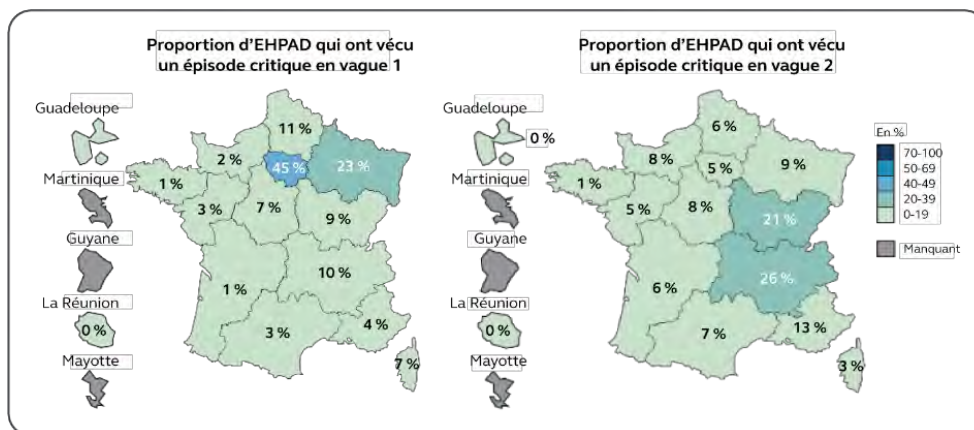
⁴¹ Drees, *En 2020, trois Ehpad sur quatre ont eu au moins un résident infecté par la covid 19, Études et résultats n° 1196*, juillet 2021.

⁴² Contre 80 100 lors de la première vague : mais du fait d'une politique de tests très différente entre les deux périodes, la comparaison demeure délicate.

protection individuelle⁴³ (EPI) et de tests, la connaissance des protocoles et les partenariats sanitaires n'ont pas suffi à réduire le nombre de décès. Cette vague a toutefois été plus longue et a concerné presque toutes les régions. De ce fait, le nombre de contaminations a été plus élevé. Il faut toutefois interpréter ces chiffres avec prudence, l'absence de tests au début de la première vague ne permettant pas de déterminer avec certitude le nombre de personnes âgées contaminées.

Les Ehpad ont été très inégalement frappés selon leur implantation géographique. Lors de la première vague, 4 436 décès⁴⁴ ont été enregistrés en Île-de-France, 1 809 dans le Grand Est, 1 339 en Auvergne-Rhône-Alpes, 1 244 dans les Hauts-de-France, contre seulement 225 en Nouvelle-Aquitaine, par exemple. La deuxième vague a été plus durable et plus étendue géographiquement que la première, mais les disparités territoriales sont restées importantes : les régions et les établissements les plus touchés lors de la deuxième vague ne l'avaient que peu été lors de la première. Sur la période de mars 2020 à mars 2021, 80 % des Ehpad ont été touchés, mais seuls 37 % l'ont été sur plusieurs épisodes⁴⁵.

Carte n° 1 : les régions les plus touchées (vague 1 et vague 2)



Source : Drees

⁴³ Dans les Ehpad, les équipements de protection individuelle recouvrent notamment les masques, les gants, les blouses, les tabliers, les charlottes et les lunettes.

⁴⁴ Que le résident soit décédé au sein de l'Ehpad ou à l'hôpital.

⁴⁵ Source : analyse de la Cour des comptes.

Les comparaisons internationales réalisées par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies⁴⁶ sont à prendre avec précaution. En effet, la notion de « *Nursing Homes* », sur laquelle elles sont fondées, regroupe des réalités très disparates. La comparaison, au sein d'un même groupe privé implanté dans plusieurs pays, de ses différentes entités, soumises aux mêmes règles de *reporting*, du fait notamment d'une direction médicale commune, peut, dans une certaine mesure, éliminer certains biais et permettre une meilleure approche. Il ressort ainsi des synthèses du groupe Colisée, portant sur la période du 1^{er} mars 2020 au 1^{er} février 2021, que la proportion de résidents touchés par la covid 19 dans les établissements français du groupe (44,4 %) a été inférieure à celle constatée dans ses établissements implantés en Belgique (46,5 %), en Italie (64,7 %) et en Espagne (53,2 %). La part de résidents décédés a également été moins élevée en France (5,1 %) que dans ces trois pays, où elle a atteint respectivement 6,8 %, 7 % et 6 %.

Il existe encore peu de travaux épidémiologiques pour expliquer pourquoi, dans une même zone géographique, certains Ehpads ont été plus touchés que d'autres. Une étude réalisée en juin 2021 par Santé publique France et l'Agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine auprès d'une cinquantaine d'Ehpads⁴⁷ a permis de recueillir des données relatives aux caractéristiques des établissements touchés. Le manque de ressources humaines, l'inadaptation des locaux, l'intervention tardive des mesures préventives et de contrôle ressortent parmi les facteurs de risque dans la propagation du virus. En particulier, les Ehpads les plus touchés sont ceux dont la proportion d'équivalents temps plein (ETP) de personnel paramédical, d'infirmiers ou de médecins coordonnateurs était plus basse.

D'autres facteurs de meilleure résistance à la pandémie, mis en lumière par la Drees dans une étude de juillet 2021⁴⁸, tiennent à la taille des Ehpads, à leur implantation dans la zone d'attraction d'une aire urbaine de plus de 700 000 personnes et à leur statut juridique. Il en ressort notamment que les Ehpads privés commerciaux, où le taux d'encadrement des résidents est moins élevé, ont été significativement plus touchés que les autres structures lors de la deuxième vague. Toutefois, ce sont aussi ceux qui accueillent, en moyenne, des résidents aux pathologies les plus lourdes nécessitant plus de soins. À l'inverse, les Ehpads dépendant d'établissements publics hospitaliers ont été moins exposés au virus que les autres, probablement grâce à leur adossement à un établissement sanitaire.

⁴⁶ Agence européenne au sein de laquelle sont organisés des échanges entre les organismes de santé publique des 27 pays membres de l'UE (SPF pour la France).

⁴⁷ Les résultats de cette étude doivent ainsi être relativisés, le nombre d'Ehpads analysés ne représentant que 0,7 % de l'ensemble des établissements en France.

⁴⁸ Drees, *Études et résultats* n° 1196, juillet 2021.

2 - Un impact psychologique peu documenté

Peu d'établissements ont, à l'issue de la première vague, procédé à des bilans psychologiques et physiques systématiques des personnes âgées qu'elles hébergeaient, faute de moyens ou du fait d'autres priorités, résultant de la poursuite de la pandémie. Quatre des cinq établissements du groupe Korian contrôlés dans le cadre de l'enquête s'y sont cependant livrés. Un bilan psychologique des résidents y a été réalisé en juin 2021, le plus souvent par les psychologues, appuyés par les psychomotriciens et les infirmiers de coordination (Idec) de ces établissements. Il a montré que les conséquences physiques et psychologiques de la crise sur les personnes âgées avaient été importantes : augmentation de l'anxiété, apparition ou accentuation des troubles du comportement, de la douleur, de la perte d'autonomie, déficit alimentaire, etc..

Certaines mesures ont été particulièrement mal vécues par les familles et les équipes des Ehpad, comme celles relatives à la fin de vie et à la mise en bière immédiate sans toilette du corps. Les contrôles menés ont montré que certains directeurs n'avaient pas suivi strictement ces consignes, les considérant comme trop violentes. La prise en compte des préoccupations d'éthique dans les Ehpad a d'ailleurs progressé au cours des vagues épidémiques : activation des espaces de réflexion éthique régionaux (Erer)⁴⁹, initiatives des ARS, réflexions au sein des groupes d'Ehpad, charte élaborée à la demande du ministère de la santé⁵⁰.

La liberté d'aller et venir au sein des établissements a également évolué au fil de l'épidémie. Dans un avis du 1^{er} avril 2020, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a rappelé plusieurs garanties fondamentales et émis des recommandations, portant sur le caractère temporaire et proportionné des mesures, la nécessité d'associer les familles et des tiers extérieurs à la prise de décision ou encore l'importance de la lutte contre l'isolement des résidents. Le confinement individuel est ainsi devenu exceptionnel lors de la deuxième vague. Dans son rapport de mai 2021 sur *Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad*, la défenseure des droits a estimé que « *la crise sanitaire [avait] mis en évidence les difficultés, pour les pouvoirs publics, à concilier les enjeux de santé publique avec la nécessité d'une réponse appropriée aux besoins spécifiques des personnes âgées accueillies en Ehpad afin de préserver non*

⁴⁹ Les Erer ont été créés par la loi relative à la bioéthique du 6 août 2004. Dès la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, les établissements de santé s'étaient vus confier la mission de mener en leur sein une réflexion sur l'éthique liée à la prise en charge médicale.

⁵⁰ Fabrice Gzil, *Charte éthique et accompagnement du grand âge*, septembre 2021.

seulement leur santé, mais aussi leurs droits et libertés ». La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) du ministère des solidarités et de la santé et la direction des affaires civile et du sceau (DACs) du ministère de la justice ont été chargées en 2021 de redéfinir une doctrine sur le respect des droits fondamentaux des personnes accueillies dans des établissements et services médico-sociaux (ESMS).

L'impact psychologique de la crise a été important également pour les personnels, confrontés à la gestion de situations complexes. En Occitanie, un accompagnement spécifique des personnels des ESMS a été mis en place et une étude sur le stress a été réalisée par les CHU de Montpellier, Nîmes et Toulouse pour aider au maintien dans l'emploi en Ehpad.

B - Une gestion évolutive des difficultés

Le contexte sanitaire et réglementaire a considérablement évolué au fur et à mesure des différentes « vagues » de l'épidémie. Les Ehpad se sont efforcés de s'adapter à ces évolutions.

1 - La « première vague »

La crise sanitaire, qui a éclaté au cours du printemps 2020, s'est d'abord traduite par des mesures progressivement rendues très rigoureuses de février à juillet 2020.

La gestion de la crise a reposé d'abord sur une forte mobilisation des services dans les Ehpad et les hôpitaux, avec l'appui des ARS, elles-mêmes coordonnées au niveau national. Nombre d'Ehpad ont ainsi pris des dispositions précoces pour se protéger de l'épidémie. Par exemple, l'Ehpad Le Manoir, du groupe Colisée, situé dans le Val-d'Oise a, dès le 24 février, imposé un sas d'entrée pour les visiteurs, avec prise de température, gel hydroalcoolique et port du masque obligatoires. Début mars, il a étendu l'obligation de porter un masque à tout le personnel et, comme d'autres établissements, interdit les visites. L'Ehpad Les Opalines à La Ciotat (Bouches-du-Rhône) a décidé la fermeture totale de l'établissement aux visiteurs externes le 6 mars. De la même façon, l'Ehpad du centre hospitalier de la presqu'île de Crozon (Finistère) a suspendu les visites le 7 mars.

Les établissements se sont trouvés plus ou moins armés face à une pandémie d'une intensité inédite. Presque tous les Ehpad contrôlés étaient dotés d'un plan bleu⁵¹. Cependant, aucun n'avait anticipé un tel choc et n'avait constitué des stocks d'équipements de protection individuelle (EPI) suffisants.

La période a ainsi été marquée par une pénurie d'EPI et de tests, la logistique s'avérant plus difficile à organiser au plan national compte tenu de la dispersion des établissements sur le territoire, notamment en zone rurale. Les Ehpad ont certes reçu des EPI, mais de manière limitée. La livraison, assurée *via* les groupements hospitaliers de territoire (GHT), a démarré la semaine du 24 mars 2020. Les fortes tensions sur les approvisionnements ont poussé de nombreux Ehpad contrôlés dans le cadre de l'enquête à recourir à des moyens de fortune : masque porté toute la journée, moyennant l'ajout d'une compresse de gaze, confection de masques en tissu et de tenues de protection en sacs poubelle...

Dans une certaine mesure, les groupes privés lucratifs ont pu pallier ce manque en passant dès le mois de février des commandes groupées. Les groupes associatifs se sont également efforcés de privilégier un travail en réseau. Ainsi, le groupe SOS Séniors a mis en place une équipe centrale d'appui à ses Ehpad, très implantés dans la région Grand Est. À une moindre échelle, l'Association pour le développement et la gestion des équipements sociaux, médico-sociaux et sanitaires (ADGESSA) a également apporté un soutien réel aux 21 établissements, dont 11 Ehpad, qu'elle gère en Nouvelle-Aquitaine.

⁵¹ Élaboré sous la responsabilité du directeur de l'établissement médico-social, le plan bleu est un plan d'organisation permettant la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables pour faire face efficacement à une crise, quelle qu'en soit sa nature. Les plans bleus ont été créés à la suite de la canicule de l'été 2003. L'Ehpad Les monts du matin dans la Drôme ne disposait pas de plan bleu à jour depuis 2011. L'Ehpad le Grand âge d'Alfortville avait élaboré son plan bleu juste avant la crise. Il s'est avéré complet et adapté aux modes d'organisation des différents sites de l'établissement ainsi qu'à la population accueillie.

Pour leur part, les agences régionales de santé⁵² ont organisé des cellules de crise, tant au niveau régional que dans leurs délégations départementales⁵³. Elles ont aidé à la fourniture d'EPI, participé à la mise en place de plateformes pour les renforts en personnel, organisé des campagnes de dépistage, favorisé les coopérations entre Ehpads et établissements de santé et instauré, avec les Ehpads, des échanges réguliers accompagnés de consignes (au demeurant jugées assez lourdes par beaucoup d'établissements).

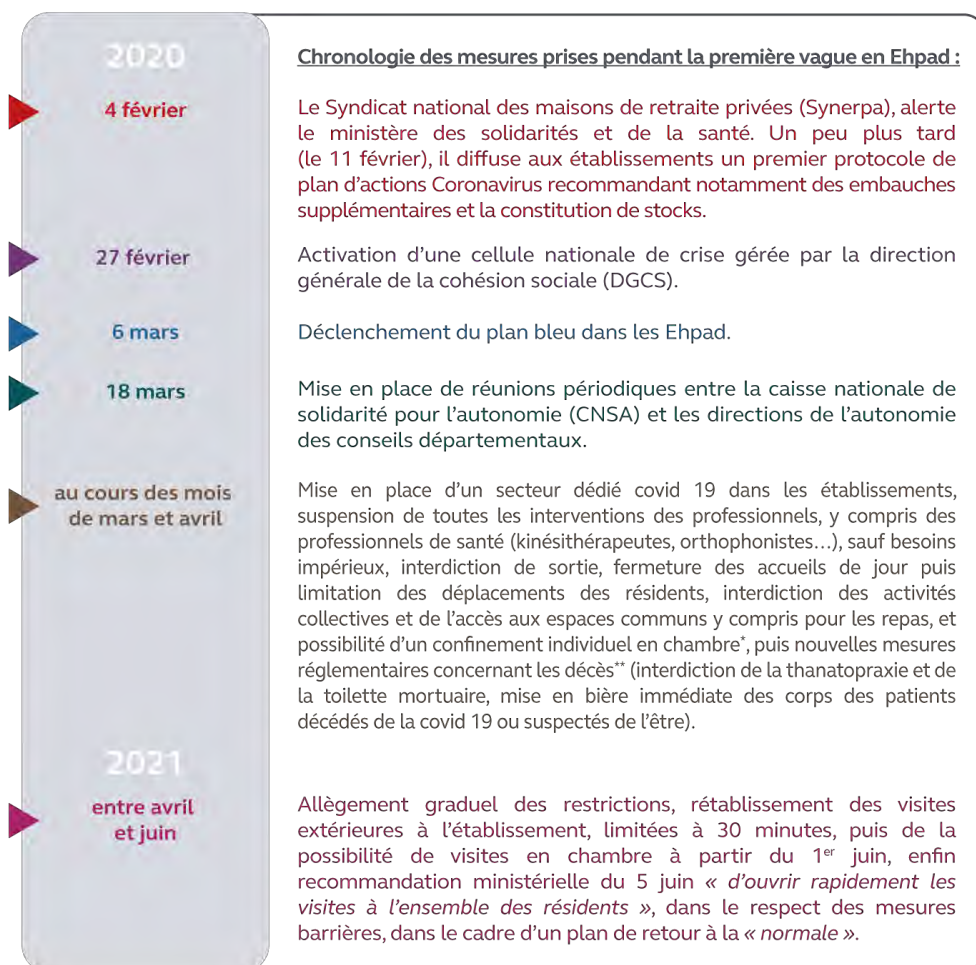
Les ARS ont fait preuve de réactivité : celles du Grand Est et des Hauts-de-France ont ainsi, les premières, établi un protocole pour les Ehpads, repris ensuite au niveau national pour l'ensemble des établissements. Toutes les ARS ont organisé leur propre circuit de collecte d'équipements d'EPI, sur la base de dons, afin de compléter les distributions nationales faites par Santé publique France. L'ARS d'Occitanie a mis en place une politique de tests plus dynamique que ce à quoi l'engageaient les consignes nationales. Celle de Nouvelle-Aquitaine a quant à elle mis en place des sas à l'entrée de tous les Ehpads.

En dépit de ces initiatives, le dispositif est resté très centralisé. Même si les premières alertes n'ont pas été relayées immédiatement, la chronologie des mesures prises pendant la première vague de l'épidémie montre qu'au niveau national, les acteurs ont été guidés par un constant souci de protection des personnes âgées.

⁵² L'action des conseils départementaux doit être soulignée également même si elle n'a pas fait l'objet d'un examen dans le cadre de l'enquête. Les observations indirectes recueillies semblent refléter une certaine dispersion dans l'intensité de leur mobilisation.

⁵³ Au niveau du siège régional, ce sont les Cellules régionales d'appui et de pilotage sanitaire (Craps), qui comprenaient les directions métiers, les directions support, dont la communication et les systèmes d'informations, ainsi que d'autres cellules instaurées spécifiquement pour la gestion de la pandémie (fourniture de matériel par exemple). Au niveau départemental, ce sont les cellules départementales d'appui (CDA).

Schéma n° 1 : chronologie des mesures prises pendant la première vague dans les Ehpad



*Ces mesures ont toutefois été laissées à l'appréciation des directeurs d'établissement, en lien avec le personnel soignant. Elles ont en outre été accompagnées de la recommandation de bien informer les familles.

**Décret n° 2020-384 du 1^{er} avril 2020 complétant le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

Source : Cour des comptes

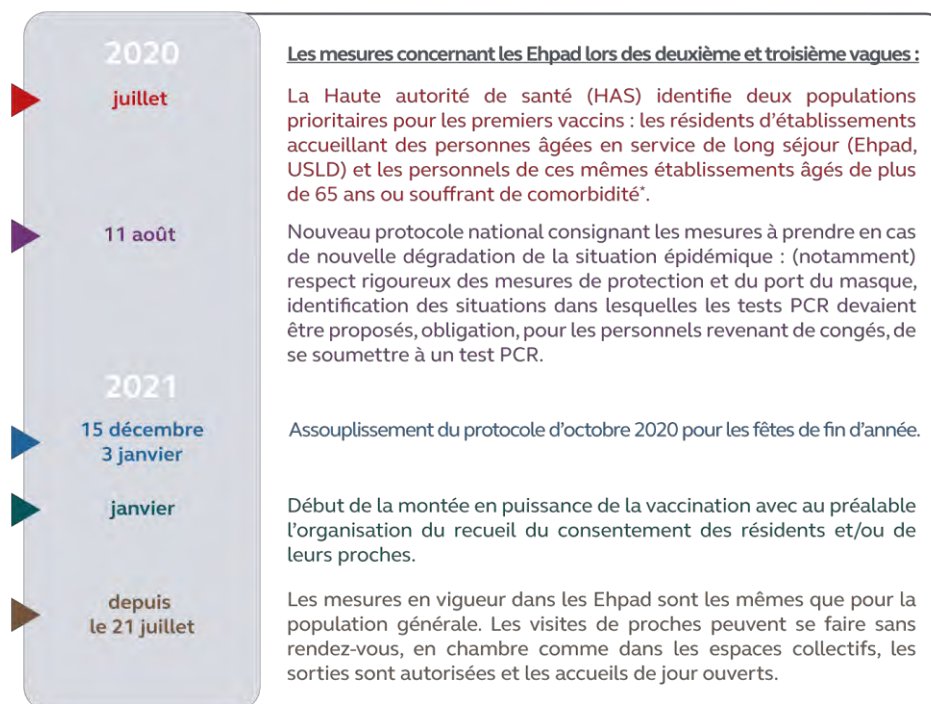
2 - Les deux « vagues » suivantes

Lors de la deuxième vague, qui a débuté dans certaines régions dès le mois d'août 2020 et a pris fin en janvier 2021, les protocoles de prise en charge étaient opérationnels, les équipements de protection disponibles, les tests plus accessibles (notamment avec l'arrivée des tests antigéniques⁵⁴) et les dispositifs d'appui des établissements sanitaires rodés (hygiène astreinte gériatrique, hospitalisation à domicile, soins palliatifs, etc.).

À la lumière de l'expérience accumulée, les prescriptions réglementaires ont été assouplies. Tout en conservant une certaine uniformité nationale, le soin de décider des mesures applicables localement a été explicitement laissé aux directeurs d'Ehpad, après concertation collégiale, en fonction de la situation sanitaire de l'établissement et dans le respect des préconisations locales de l'ARS. Certaines ARS ont ainsi mis en place des protocoles différents selon les départements, comme celle d'Occitanie, qui a classé les treize départements de la région selon trois zones (verte, orange ou rouge) et adapté les mesures à prendre selon l'intensité constatée de la pandémie.

⁵⁴ L'arrivée des tests antigéniques dans les Ehpad, d'abord de manière expérimentale à compter de l'arrêté du 10 juillet 2020 puis de manière systématique à compter de celui du 16 octobre 2020, a permis de réduire les délais de réalisation des tests.

Schéma n° 2 : les mesures concernant les Ehpad lors des deuxième et troisième vagues



*HAS, *Stratégie vaccinale contre la Covid 19*, note de cadrage, 23 juillet 2020.

Source : *Cour des comptes*

La montée en charge de la vaccination a été rapide : selon les données de Santé publique France⁵⁵, le 2 février 2021, 57 % des résidents (358 000) avaient reçu une première dose. Ce taux est passé à plus de 72 % au 2 mars. Au 16 juin, près de 80 % des résidents avaient reçu deux doses. Le processus a été plus lent pour les professionnels : à la fin du mois de juin 2021, seuls 50 % d'entre eux étaient complètement vaccinés⁵⁶.

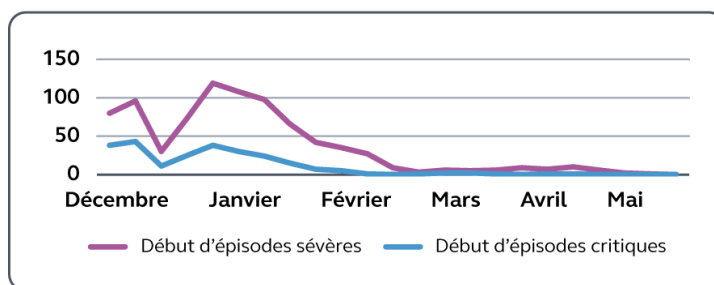
Cette forte montée en puissance de la vaccination a permis aux Ehpad d'échapper presque totalement à la troisième et à la quatrième vague de pandémie. Dès le mois de février 2021, le nombre de nouveaux épisodes a chuté, particulièrement les épisodes sévères ou critiques⁵⁷.

⁵⁵ Les données sur la vaccination proviennent de Santé publique France.

⁵⁶ Selon Santé publique France, ce taux s'établissait à 88 % au 7 septembre 2021.

⁵⁷ Un épisode est « sévère » lorsqu'au moins un tiers ou 30 résidents sont touchés. Un épisode est « critique » quand il entraîne le décès de 10 % des personnes hébergées ou d'au moins 10 personnes.

Graphique n° 1 : nombre d'épisodes sévères ou critiques dans les Ehpads entre janvier et mai 2021



Source : Drees

C - Des fragilités préexistantes

Identifier les causes structurelles du lourd bilan humain de l'épidémie dans les Ehpads n'est pas tâche aisée. La lourdeur croissante des pathologies des personnes hébergées en est une, qui ne s'est cependant qu'insuffisamment traduite dans les moyens mis à disposition des Ehpads (1). Ceux-ci ont également souffert d'importantes difficultés structurelles de gestion de leurs personnels (2) et parfois aussi de l'inadaptation de leurs locaux (3).

1 - Des ressources médicales insuffisantes face à l'évolution des profils des résidents

Selon la Drees, l'âge moyen des résidents des Ehpads était de 86 ans et six mois en 2015. En quatre ans, la proportion de ceux d'entre eux qui sont âgés de 90 ans ou plus est passée de 29 % à 35 %⁵⁸.

Le niveau de dépendance des personnes concernées s'accroît, tout comme leurs besoins médicaux⁵⁹. En 2015, 260 000 personnes âgées

⁵⁸ Drees, *L'accueil des personnes âgées en établissement*, septembre 2017.

⁵⁹ La proportion de personnes âgées se trouvant en perte d'autonomie au sens de la grille Aggir (classées en catégorie de GIR 1 à 4) est passée de 81 % en 2011 à 83 % en 2015. Les Ehpads ont davantage été touchés par cette hausse : leur GMP (GIR moyen pondéré) est passé de 689 en moyenne en 2011 à 723 en 2018. Plus de la moitié des résidents (54 %) y sont très dépendants (en GIR 1 et 2). Les besoins en soins médicaux mesurés par le PMP (Pathos moyen pondéré) ont également fortement progressé, passant de 180 en 2010 à 209 en 2018.

résidant dans un Ehpad (soit plus de 40 % de l'ensemble des personnes accueillies dans ces établissements⁶⁰) étaient recensées comme atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Selon France Alzheimer, 70 % à 80 % des résidents des Ehpad seraient atteints de troubles cognitifs. Ces données sont proches de celles présentées dans un rapport récemment remis par les professeurs Jeandel et Guérin⁶¹, selon lesquelles 80 % des résidents présenteraient des troubles de la cohérence et 57 % seraient touchés par des maladies neurodégénératives.

La prise en charge sanitaire des résidents repose à la fois sur les soins dispensés dans les Ehpad, sur l'intervention de la médecine de ville et sur les partenariats avec des établissements de santé. Sous ces trois angles, elle présente toutefois de notables faiblesses. Tous les Ehpad doivent disposer d'un médecin coordonnateur (Medec)⁶². Cette fonction, dont la quotité est normée réglementairement, s'est imposée comme structurante pour le fonctionnement d'un Ehpad, au côté de celle du directeur. Or, 32 % des Ehpad ne déclaraient aucun ETP de Medec en 2015⁶³. Parmi les Ehpad contrôlés dans le cadre de l'enquête, un tiers connaissait ou avait connu récemment une vacance de poste de médecin coordonnateur⁶⁴. Un quart d'entre eux fonctionnait avec un temps de médecin coordonnateur inférieur aux seuils réglementaires.

⁶⁰ Drees, *Études et résultats n° 1015*, juillet 2017.

⁶¹ USLD et Ehpad, rapport de mission des Professeurs Jeandel et Guérin, juin 2021.

⁶² Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes. Cette fonction, dont la quotité est normée par l'article D. 312-156 du code de l'action sociale et des familles (CASF), s'est imposée comme l'un des cadres structurant le fonctionnement d'un Ehpad, au côté du directeur. Ses missions portent principalement sur l'admission des résidents, l'organisation de la qualité et de la sécurité des soins, avec une fonction de formation et d'encadrement technique des personnels. Le médecin coordonnateur assure également une fonction de coordination gériatrique, notamment avec les intervenants extérieurs, et de contrôle des prescriptions de médicaments. Ses attributions ne comprennent pas le suivi individuel des résidents, sauf cas particuliers.

⁶³ Source Drees, *Les difficultés de recrutement en Ehpad*, Études et résultats n° 1067, juin 2018.

⁶⁴ À titre d'exemple, l'Ehpad associatif Saint-Antoine de Desvres (Pas-de-Calais) souffre de l'absence d'encadrement médical depuis plus de trois ans. Aussi cet établissement n'assume-t-il pas la totalité de ses responsabilités dans le champ du soin.

Les consultations de médecins généralistes dans les Ehpads, prises en charge par l'Assurance maladie, étaient avant la crise sanitaire en diminution. Les dépenses correspondantes⁶⁵ sont ainsi passées de 30 € à 34 € par mois et par résident entre 2014 et 2016 à 27 € en 2017 et 24 € en 2018. La pénurie de médecins traitants se rendant en Ehpads est un phénomène très largement répandu sur le territoire.

Enfin, dans tous les Ehpads contrôlés, des partenariats avaient certes été conclus avec les établissements sanitaires, mais leur application n'était pas toujours effective.

2 - De fortes tensions sur le personnel préjudiciables à la qualité des prises en charge

Sur les 377 000⁶⁶ ETP que comptent les Ehpads, les médecins représentent moins de 1 %, les infirmiers 11 % et les aides-soignants⁶⁷ 33 %. Les Ehpads ne sont donc pas à proprement parler des lieux médicalisés, mais des lieux de vie dans lesquels un certain niveau de soins doit être accessible. La comparaison des structures de personnel avec un établissement de santé l'indique clairement⁶⁸.

De plus, la plupart des Ehpads sont en proie à des difficultés plus ou moins aiguës en matière de ressources humaines. Le taux d'absentéisme est élevé⁶⁹, avec une médiane nationale de 10 % selon l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap)⁷⁰. Dans les établissements contrôlés, il se situait en 2019 à un niveau sensiblement plus élevé (autour de 20 %)⁷¹.

⁶⁵ Pour les Ehpads en tarif partiel sans pharmacie à usage interne (PUI). La tendance est similaire pour les Ehpads en tarif partiel avec PUI, à un niveau inférieur.

⁶⁶ Représentant 433 250 personnes, chiffre 2015, enquête Ehpa Drees.

⁶⁷ Les aides-soignants font les toilettes mais ne sont pas habilités à distribuer des médicaments sauf si délégation leur a été donnée pour le faire.

⁶⁸ À titre de comparaison, selon l'édition 2020 de la Drees, les établissements de santé comprennent 210 000 personnels médicaux, 767 000 personnels soignants non médicaux (infirmiers, aides-soignants, éducateurs...) et 336 000 personnels non soignants.

⁶⁹ En 2019, selon le baromètre de l'absentéisme et de l'engagement, la France présentait un absentéisme de 5,11 %.

⁷⁰ Anap, *Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, premiers enseignements*, juin 2018.

⁷¹ 18 % pour l'Ehpads Saint-Joseph à Saint-Jean-de-Bassel (Moselle), 20 % pour l'Ehpads de Gournay-en-Bray (Seine-Maritime), plus de 25 % aux Opalines à Saint-Chamond (Loire).

Les taux de rotation du personnel soignant sont également élevés. L'instabilité des équipes rend difficile la formation et la montée en compétence du personnel. À cet égard, l'enquête a mis en évidence des situations particulièrement préoccupantes. Ainsi, la rotation annuelle des infirmiers était montée jusqu'à 83 % en 2017 dans l'Ehpad de La Filature à Mulhouse, notamment en raison d'un environnement concurrentiel. À l'Ehpad Maison bleue de Villeneuve-lès-Avignon, au cours de l'année 2019, près de 159 personnes distinctes travaillant le jour se sont succédé, pour un effectif théorique de 40 personnes, avec un taux de rotation de 50 % pour les infirmiers et de 38 % pour les aides-soignants.

Le cumul de difficultés (insuffisance du taux d'encadrement, mauvaise organisation des cycles, absentéisme, manque de formation...) peut susciter de réels problèmes de qualité de prise en charge, hors situation de crise. Compte tenu des difficultés que les établissements rencontrent pour recruter des aides-soignants, nombre d'entre eux sont remplacés par des personnels « faisant fonction » d'aides-soignants, bien qu'ils ne disposent pas des diplômes nécessaires. C'est donc un personnel lui-même fragilisé qui s'est trouvé devoir accompagner les personnes âgées durant la période de pandémie, le plus souvent avec une implication particulièrement forte. Durant la crise, de nombreux dispositifs dérogatoires ont été mis en place pour faciliter les conditions d'exercice du personnel (mise à disposition de taxis, paiement des loyers pour permettre à certains agents de loger à proximité des Ehpad, garde d'enfants...), améliorer les conditions d'embauche et favoriser les nouvelles collaborations initiées entre les Ehpad, les ARS et les organismes chargés de l'emploi (Pôle Emploi...).

3 - Des bâtiments parfois inadaptés

Les Ehpad sont des lieux de proximité. La plupart disposent d'une capacité de 60 à 99 places (fourchette moyenne, tous statuts confondus). Une minorité d'entre eux (18 %, soit 1 361 Ehpad, souvent rattachés à des établissements de santé) offrent une capacité d'accueil de plus de 100 places⁷². Leurs locaux sont parfois inadaptés, voire vétustes : 15 % des Ehpad sont installés dans des bâtiments de plus de trente ans et leur configuration architecturale n'a pas toujours permis la mise en place de zones covid 19 séparées, ni l'isolement des résidents atteints par la maladie. Seuls 45 % des Ehpad sont à même de ne proposer que des chambres individuelles. Enfin, à l'exception de ceux faisant partie d'établissements de santé, ils ne sont pas équipés de systèmes de distribution de gaz médicaux (notamment d'oxygène).

⁷² CNSA, *La situation des Ehpad en 2017*, avril 2019.

II - La réponse organisationnelle et financière à la crise ne doit pas retarder les réformes structurelles

Depuis le début de la crise sanitaire, des réponses nouvelles ont été apportées aux difficultés anciennes du secteur : au plan national, à l'effort conjoncturel consenti en période de crise a succédé un effort financier pérenne considérable (A) ; au plan local, de « bonnes pratiques » ont émergé (B). Cependant les réformes structurelles progressent trop lentement (C).

A - Un effort financier public inédit, conjoncturel puis permanent, sans contreparties notables

Le secteur médico-social, et les Ehpads en particulier, ont bénéficié, au cours de la pandémie, d'aides conjoncturelles sans précédent, décidées par l'État et financées par l'assurance maladie⁷³. Au-delà, des financements supplémentaires d'un montant très significatif, principalement à caractère pérenne, ont été engagés dans le cadre du « Ségur de la santé » et du plan « France Relance ». Ce dernier effort financier aurait pu être l'occasion pour l'État d'engager des réformes structurelles trop longtemps différées. Tel n'a pas été le cas.

1 - La compensation de pertes de recettes et de surcoûts durant la crise

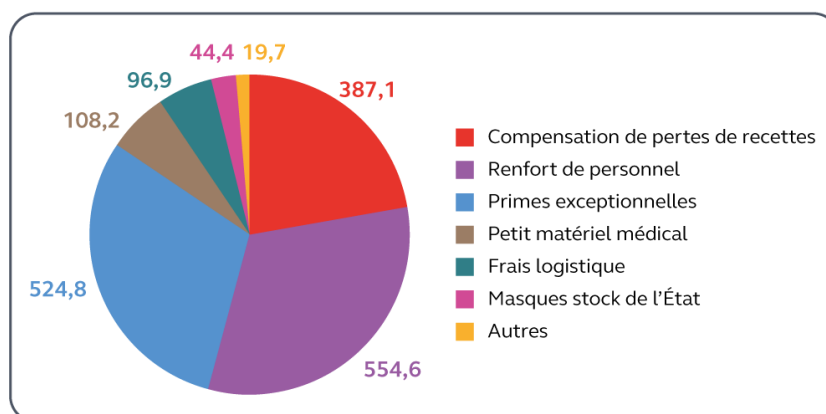
Si l'on s'en tient aux seules dépenses liées à l'épidémie de covid 19⁷⁴, les Ehpads ont bénéficié d'un triple soutien : la compensation

⁷³ Les financements publics (hors conseils départementaux) aux établissements et services médico-sociaux prennent place dans le cadre d'un objectif global de dépenses médico-sociales (OGD), fixé annuellement. Avant 2021, le montant de l'OGD correspondait à la somme des sous-objectifs de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) relatifs respectivement aux établissements et services pour personnes âgées, et à ceux pour personnes handicapées et des dépenses financées par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à partir de ses ressources propres, hors Ondam. Depuis 2021, à la suite de la création de la nouvelle branche autonomie au sein de la sécurité sociale, les deux sous-objectifs de l'OGD font partie de ceux de l'Ondam et portent sur des montants identiques.

⁷⁴ Hors effets de la « prime Grand âge » et hors mesures de revalorisation salariale suite au « Ségur de la santé ».

des pertes de recettes⁷⁵, la couverture des dépenses occasionnées par la pandémie (renfort de personnel pour compenser l'absentéisme accru, frais logistiques, petit matériel, masques, coût des unités covid 19, etc.) et la prise en charge intégrale par l'assurance maladie de la « prime Covid » allouée aux personnels, annoncée en juin 2020. L'ensemble a représenté 1,7 Md€ en 2020 à la charge de l'assurance maladie.

Graphique n° 2 : soutien financier alloué aux Ehpad pour compenser les dépenses liées à la covid 19 (2020, montants en M€)⁷⁶



Source : CNSA

Ces mesures ont été partiellement reconduites pour la première phase de la campagne budgétaire 2021. L'instruction budgétaire du 8 juin 2021 a ainsi prévu une somme totale de 324 M€ pour le secteur des personnes âgées, dont 151 M€ de compensation de pertes de recettes, 141 M€ de compensation de surcoûts et 24 M€ pour le remboursement des franchises applicables à la réalisation de tests de dépistage.

⁷⁵ Dès le mois de mars 2020, des dispositions ont été prises pour aider financièrement les établissements médicosociaux, qui étaient confrontés à des surcoûts importants et à une baisse d'activité, les entrées en Ehpad ayant été gelées. L'ordonnance n° 2020-313 du 25 mars 2020 relative aux adaptations des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux a ainsi sécurisé les financements 2020 en supprimant leur modulation selon l'activité et a assoupli les délais des procédures budgétaires et comptables applicables aux établissements. Ces dispositifs dérogatoires ont été mis en œuvre tout au long de l'année 2020, par la voie de trois circulaires budgétaires modificatives.

⁷⁶ Hors dépenses correspondant aux EPI livrés par SPF et hors dépenses directes de l'assurance maladie.

2 - Des coûts pérennes consécutifs au Ségur de la santé

a) Les revalorisations salariales

Dès avant la crise sanitaire, les rémunérations dans les Ehpad avaient commencé à être revalorisées au début de l'année 2020, dans le cadre du plan ministériel « Ma Santé 2022 ». Faisant suite au rapport El Khomri sur l'attractivité des métiers du grand âge⁷⁷, une « prime Grand âge » de 100 euros nets par mois a été allouée, à compter du 1^{er} janvier 2020, aux aides-soignants relevant de la fonction publique hospitalière⁷⁸ et exerçant en Ehpad.

Puis, dans le cadre des accords du « Ségur de la santé » signés en juillet 2020, une revalorisation de 183 euros nets mensuels a été attribuée aux personnels des hôpitaux et des Ehpad publics, avec effet au 1^{er} décembre 2020, ainsi qu'à ceux des Ehpad privés non lucratifs. Les personnels des Ehpad privés à but lucratif ont bénéficié quant à eux d'une augmentation de 160 euros nets mensuels.

Cette revalorisation est exceptionnelle à double titre. D'une part, par son ampleur. Pour les aides-soignants et les accompagnants éducatifs et sociaux, elle représente une augmentation comprise entre 10 et 15%⁷⁹. D'autre part, par son étendue. Elle concerne en effet non seulement les professions médicales, mais aussi toutes les professions non médicales des Ehpad, qu'elles relèvent des soins, de la dépendance ou de l'hébergement. La sécurité sociale prend donc à sa charge, de manière totalement inédite, des revalorisations salariales de personnels non soignants, qui n'entrent pas dans son périmètre de compétence⁸⁰.

Il est encore trop tôt pour mesurer l'impact du Ségur de la santé sur l'attractivité des métiers des Ehpad. Cependant, selon l'ensemble des acteurs interrogés, les tensions suscitées par le manque de personnel demeurent très fortes.

⁷⁷ Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024, octobre 2019.

⁷⁸ Décret n° 2020-66 du 30 janvier 2020 portant création d'une prime « Grand âge » pour certains personnels affectés dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986.

⁷⁹ Selon la CNSA, Situation économique et financière des Ehpad en mai 2017 et 2018, mai 2020, le coût annuel d'une aide-soignante est de 39 573 € et celui d'une ASH de 34 718 €, cotisations sociales comprises.

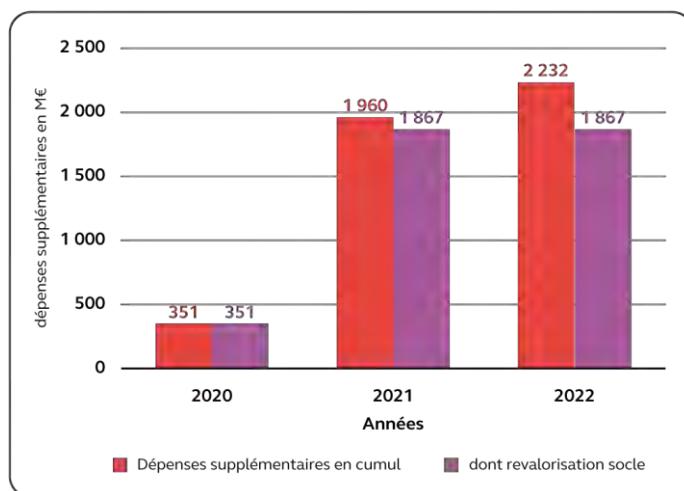
⁸⁰ Le financement des Ehpad repose sur trois sections : soins, dépendance et hébergement. La section soins est financée à 90 % par la Cnam et 10 % par la CNSA. La section hébergement est financée à hauteur d'un tiers par les conseils départementaux, un tiers par la CNSA et un tiers par les ménages. La section hébergement est principalement à la charge des ménages. La Cnam finançait en 2019 28 % du budget global des Ehpad (Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, *les comptes de la sécurité sociale*, juin 2020).

Au total, pour l'année 2020, la prime « Grand âge » a représenté un coût de 134 M€ et l'entrée en vigueur au 1^{er} décembre 2020 de la mesure socle de revalorisation du Ségur de la santé a occasionné une dépense de 351 M€. Le montant en année pleine de cette dépense supplémentaire atteint 1 867 M€.

D'autres dépenses, de moindre ampleur, ont été par ailleurs décidées pour améliorer l'attractivité des métiers, intéresser les établissements et leurs personnels à la qualité de la prise en charge des personnes âgées, et étendre les revalorisations des rémunérations du Ségur de la santé à d'autres personnels intervenant dans les établissements et services médico-sociaux⁸¹.

En 2022, les mesures salariales du « Ségur de la santé » auront un coût pérenne de plus de 2,2 Md€ pour ce qui concerne les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées. Le graphique ci-après détaille la montée en puissance de ces dépenses de rémunération supplémentaires entre 2020 et 2022.

Graphique n° 3 : dépenses supplémentaires liées aux mesures de revalorisation des rémunérations versées aux personnels exerçant dans les Ehpad



Source : Cour des comptes à partir des informations communiquées par la direction de la sécurité sociale

⁸¹ Les agents publics titulaires et contractuels de la fonction publique exerçant en tant que personnels soignants, aides médico-psychologiques (AMP), auxiliaires de vie sociale (AVS) et accompagnants éducatifs et sociaux (AES) des établissements médico-sociaux publics non rattachés à un établissement de santé ou à un Ehpad et financés par l'assurance maladie bénéficieront également de la revalorisation de 183 euros nets mensuels. Une mesure identique s'applique par ailleurs aux mêmes personnels exerçant dans des établissements médico-sociaux privés financés par des Ehpad.

b) Des investissements importants pour le numérique et l'immobilier

En plus des revalorisations salariales, des dotations d'un montant de 1,5 Md€ sur quatre ans ont été mises en place pour financer la rénovation ou la création de places dans les Ehpads, auxquelles s'ajoute une enveloppe de 600 M€ pour le développement des outils numériques dans les établissements et services médico-sociaux. Le montant total des dépenses prévues à ces deux titres atteint donc 2,1 Md€ au total sur la période de 2021 à 2025. La CNSA est chargée de l'attribution de ces concours financiers, qui relèvent du plan « France Relance », par la voie d'appels à projets dont les premiers ont été lancés durant l'année 2021.

Les projets du programme « ESMS numérique » s'inscrivent dans le cadre de la feuille de route nationale « Accélérer le virage numérique en santé »⁸².

En revanche, la circulaire du 24 septembre 2021 relative à la mobilisation des crédits d'investissement du Ségur de la santé et de France Relance⁸³ ne donne pas de cadrage national suffisamment précis pour l'attribution de concours financiers à la réalisation d'investissements immobiliers dans les Ehpads. En partenariat avec les conseils départementaux, les ARS doivent recenser les investissements à réaliser, sans qu'ait été défini au préalable le modèle d'Ehpads que les pouvoirs publics souhaitent privilégier : simple mise aux normes des établissements existants, ouverture sur l'extérieur, à l'instar du projet sur les « tiers lieux » dans les Ehpads, ou encore renforcement du maintien à domicile. La CNSA a certes mis en place, au début de l'année 2021, un « laboratoire des solutions de demain », mais qui ne constitue pas un cadre stratégique.

Au total, pour 2022, l'objectif global de dépenses en faveur des personnes âgées est de 14,3 Md€⁸⁴, soit une hausse de 3,6 Md€ (+ 33,6%) en l'espace de quatre ans, dont 2,2 Md€ au titre des revalorisations de rémunérations du « Ségur de la santé » et près de 0,6 Md€ au titre du financement de l'immobilier et du numérique.

⁸² En particulier, le déploiement du dossier usager informatisé (DUI) doit s'intégrer aux autres modules comme la messagerie sécurisée des professionnels de santé (MSanté), le dossier médical partagé, le projet d'ordonnance dématérialisée (e-prescription) et l'outil de coordination des parcours de santé (e-parcours).

⁸³ Circulaire n° DGCS/SD5C/CNSA/2021/210 du 24 septembre 2021 relative à la mobilisation des crédits d'investissement du Ségur de la santé et de France Relance en appui du virage domiciliaire de l'offre d'accompagnement des personnes âgées dans la société du grand âge.

⁸⁴ Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Au-delà de cet effort financier considérable, un certain nombre de mesures ont été prises face à l'urgence, qui mériteraient d'être pérennisées.

B - L'émergence de bonnes pratiques à consolider

1 - Une meilleure insertion dans les réseaux de soins

Malgré l'hétérogénéité des organisations selon les territoires, l'activation de filières gériatriques a permis de mettre en place des astreintes spécifiques à partir de la fin du mois de mars 2020⁸⁵. Elles ont notamment permis d'assurer des *hotlines* gériatriques et de soins palliatifs, afin de recueillir un avis multidisciplinaire avant chaque hospitalisation et de faciliter une admission directe sans transit par les services d'urgence.

Ces astreintes gériatriques ont été renforcées avec, notamment, une augmentation des plages d'ouverture, la mise en place d'équipes mobiles ou la création de nouveaux dispositifs. Ainsi, en Auvergne-Rhône-Alpes, 97 % des Ehpad ont bénéficié d'une *hotline* dédiée. En Meurthe-et-Moselle, où une astreinte sanitaire « personnes âgées », dotée d'un numéro dédié, a été mise en place, le CHRU de Nancy a mis à disposition des Ehpad plusieurs équipes mobiles : équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), équipe mobile de liaison gériatrique (EMLG).

En 2019, l'hospitalisation à domicile (HAD) des patients domiciliés en Ehpad représentait 8,1 % du total des admissions en HAD (soit 14 300 patients). Durant la pandémie, les conditions d'admission ont été assouplies⁸⁶ et l'hospitalisation à domicile s'est fortement développée. En 2020, pour les résidents en Ehpad, le nombre d'admissions en HAD a ainsi augmenté de 69 %, soit près de 12 000 séjours. Cette évolution est presque entièrement due à la prise en charge des patients atteints de la covid 19.

Ces nouveaux partenariats entre Ehpad et hôpitaux sont en voie de consolidation, ce qui est positif. La feuille de route stratégie 2021-2026 pour la HAD prévoit son développement dans les Ehpad comme objectif stratégique. La feuille de route du plan national 2021-2024 « Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie » intègre le renforcement des partenariats avec les Ehpad. Le déploiement des équipes mobiles de gériatrie (EMG) est accéléré vers les Ehpad. En

⁸⁵ Fiche établissement de santé, *Consignes et recommandations concernant l'appui des établissements de santé aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*, ministère de la santé et des solidarités, 31 mars 2020.

⁸⁶ L'arrêté du 1^{er} avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à la pandémie de covid 19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire a autorisé un très grand nombre de dérogations pour le recours à la HAD dans les Ehpad.

2021, 55 EMG ont été créées ou renforcées. Il convient également de pérenniser les équipes mobiles d'hygiène et les centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS), qui ont fait la preuve de leur utilité pendant la crise.

Plusieurs mesures ont également été prises pour permettre un renfort en médecins et infirmiers libéraux : possibilité d'appliquer aux visites de patients en Ehpad le tarif de la majoration d'urgence (avec un plafond de 57,60 € par visite), mise en place d'un forfait de 420 € par demi-journée dans le cadre d'un contrat entre l'établissement et le médecin. Ces dispositions ont en partie été consolidées dans l'avenant 9 de la convention médicale de 2016, signée le 30 juillet 2020⁸⁷.

2 - Un apport du numérique à amplifier

Le déploiement des outils numériques dans les ESMS connaît un retard certain par rapport aux établissements de santé⁸⁸. Dans les Ehpad, la pandémie a favorisé le développement rapide du numérique dans trois domaines : les rapports avec les familles, les téléconsultations et la remontée d'informations.

Tous les établissements contrôlés se sont appuyés sur les réseaux sociaux et ont mis en place des visioconférences pour permettre aux résidents de communiquer avec leurs familles. La Cour et les chambres régionales des comptes ont cependant constaté, sur place, que les outils seuls ne suffisent pas : un accompagnement est indispensable, car nombreux sont les résidents à ne pas maîtriser les outils informatiques mis à leur disposition. Tel était le cas de 30 % des résidents de l'Ehpad Saint-Charles de Bayon (Meurthe-et-Moselle).

Les téléconsultations réalisées dans les Ehpad ont augmenté, mais dans des proportions moindres que pour l'ensemble de la population. Selon l'Agence du numérique en santé (ANS)⁸⁹, 71 % des médecins avaient dispensé au moins une téléconsultation à la fin du mois de septembre 2020, contre 13 % à la fin du mois de septembre 2019. Les téléconsultations n'ont toutefois pas dépassé 3 % de l'activité des gériatres sur la même période. Seuls 9 % des médecins téléconsultants ont dispensé des téléconsultations avec des patients hospitalisés ou hébergés dans un Ehpad.

⁸⁷ Ainsi une visite à domicile pour un patient de plus de 80 ans en affection longue durée (ALD) pourra être cotée en visite longue à hauteur de 70 € (contre 35 € actuellement), quatre fois par an pour un coût annuel estimé à 145 M€.

⁸⁸ Anap, *Usage du numérique dans les ESMS*, mars 2019.

⁸⁹ Odoxa, *Le baromètre télémédecine de l'ANS*, Vague 2, octobre 2020.

Enfin, les outils numériques de collecte et d'agrégation des données, du type Voozanoo⁹⁰, mis en place par Santé publique France et utilisés pour suivre la pandémie dans les Ehpad doivent être, sur le fondement d'un retour d'expérience, consolidés.

C - Des mesures à compléter par des réformes structurelles, tout juste amorcées avec le PLFSS 2022

Ces mesures, pour nécessaires qu'elles fussent, ne sauraient suffire à remédier aux faiblesses structurelles des Ehpad. Ces faiblesses sont connues des pouvoirs publics et ont fait l'objet de plusieurs rapports récents⁹¹, ainsi que de publications de la Cour. Ces rapports sont convergents dans leurs constats et proches dans leurs recommandations.

Deux des principales faiblesses mises en lumière par ces travaux appelaient des réponses structurelles, dont la mise en œuvre a été repoussée. Elles concernent les conditions de travail des personnels, qu'il convient d'améliorer, d'une part, et l'organisation des établissements, dont la trop grande dispersion ne permet pas d'offrir aux personnes âgées un niveau de médicalisation satisfaisant, d'autre part.

En premier lieu, le soutien apporté aux personnels soignants et non soignants dans le cadre du « Ségur de la santé », pour justifié qu'il était, n'a porté que sur la revalorisation des rémunérations. Or, la formation, l'évolution des carrières et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, particulièrement élevés dans le secteur médico-social, ont été identifiées depuis plusieurs années comme des priorités, appelant, de la part des pouvoirs publics comme des acteurs du secteur, un plan d'action national de long terme. Le plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024, issu du rapport El Khomri, proposait, sur ces sujets, plusieurs mesures. Nombre d'entre elles, pourtant moins coûteuses, n'ont pas connu la même impulsion⁹².

En second lieu, la crise a souligné les difficultés particulières que rencontrent les établissements isolés et, *a contrario*, le bénéfice que représente,

⁹⁰ L'application Voozanoo a été développée par SPF au mois de mars 2020 pour recenser les cas de covid 19 dans les ESMS et assurer un suivi épidémiologique, les outils préexistants s'avérant inadaptés.

⁹¹ Rapport *Grand âge et autonomie* remis par Dominique Libault le 28 mars 2019, rapport intitulé *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge*, remis par Myriam El Khomri le 29 octobre 2019, *Rapport de mission sur les ULSD et les Ehpad* des Pr Jeandel et Guérin de juin 2021.

⁹² Le plan de mobilisation comprenait 16 objectifs recouvrant un coût annuel estimé à 825 M€. La partie revalorisation salariale n'était prévue qu'à hauteur de 170 M€ et se concentrait sur la remise à niveau des rémunérations inférieures au Smic. Il comprenait également un programme national de lutte contre la sinistralité et l'amélioration de la qualité de vie au travail, une simplification des formations, la possibilité de progressions de carrière. Ces mesures n'ont que peu avancé.

pour un Ehpad, l'insertion dans un réseau, qui peut prendre plusieurs formes : un partenariat approfondi avec un établissement de santé, la mutualisation de fonctions supports et de ressources médicales et sanitaires entre plusieurs établissements ou l'appartenance à un groupe d'établissements. L'adossement à un hôpital ou à un groupe, en particulier, permet une organisation plus efficiente de la ressource médicale et, *in fine*, une meilleure continuité des prises en charge entre les secteurs médico-social et sanitaire.

Les enveloppes financières prévues pour l'investissement auraient pourtant pu être l'occasion de redéfinir le modèle d'organisation des Ehpad, d'une part en orientant les financements en priorité vers ceux des établissements s'engageant à s'inscrire dans une démarche de mutualisation, d'autre part en réformant le régime des autorisations, pour passer d'autorisations organiques (accordées par les ARS à des établissements) à des autorisations fonctionnelles (accordées pour des services adaptés au parcours du patient, qu'ils soient en Ehpad ou à domicile). Force est de constater que les ARS ont beaucoup de mal à mettre en place de vraies stratégies territoriales, permettant une meilleure insertion des Ehpad dans des réseaux gériatriques. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens passés par les ARS avec les Ehpad ne sont pas des documents stratégiques et, le plus souvent, leur contenu est trop descriptif et essentiellement administratif.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 comprend certes des mesures sur la médicalisation. Il prévoit également que certains Ehpad puissent devenir des « centres territoriaux de ressources », chargés d'organiser et fédérer les différents acteurs du grand âge.

Toutefois, ces mesures ne constituent pas une évolution du cadre global de fonctionnement des Ehpad. Des réformes avaient pourtant été annoncées et engagées, comme la fusion des dotations « soins » et « dépendance », qui devait constituer une simplification importante du cadre financier applicable aux Ehpad. À défaut de prise en compte de ces orientations plus structurelles, l'effort financier d'un niveau exceptionnel décidé dans le cadre du « Ségur de la santé » risque de ne pas permettre aux Ehpad de surmonter leurs faiblesses organisationnelles et de fonctionner les plus profondes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La pandémie de covid 19 a durement frappé les Ehpad. La capacité des acteurs locaux à s'adapter à l'urgence et à mettre en place des coopérations indispensables, puis la priorité vaccinale donnée aux personnes âgées, ont permis de limiter peu à peu ses effets, au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie.

Deux principaux enseignements peuvent être tirés de cette crise. D'abord, la nécessité d'une meilleure articulation entre les Ehpad et les filières de soins, établissements de santé en tête. Ensuite, le réel bénéfice pour un Ehpad à ne pas être isolé et à s'insérer dans un ensemble fonctionnel plus vaste, soit par adossement à un établissement de santé, soit par l'appartenance à un groupe, soit encore par la mutualisation de certaines fonctions.

La crise a également confirmé les faiblesses structurelles des Ehpad, mises en lumière par plusieurs rapports convergents remis au ministre des solidarités et de la santé, et proposant des pistes de réforme dont la mise en œuvre est depuis trop longtemps reportée.

La Cour formule les recommandations suivantes :

- 1. consolider les relations de partenariat nouées pendant la crise entre ARS, Ehpad et établissements de santé, notamment en articulant mieux les plans bleus et les plans blancs, dans le cadre territorial (ministère de la santé et des solidarités) ;*
- 2. favoriser l'insertion des Ehpad dans un réseau (adossement à un établissement de santé, insertion dans un groupe, participation à un groupement de coopération médico-social) dans le cadre de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (établissements, ARS, conseils départementaux) ;*
- 3. accélérer la mise en place des réformes structurelles, en identifiant au préalable l'impact de l'utilisation des trois principaux leviers de réforme : autorisations, CPOM et tarifs⁹³ (ministère de la santé et des solidarités).*

⁹³ Recommandation réitérée et figurant dans : Cour des comptes, Sécurité sociale 2021, Chapitre VII : Soins de suite et de réadaptation, soins psychiatriques, accueil des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées : dix ans de réformes inabouties du financement des établissements et services, octobre 2021.

Réponses

Réponse de la ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé, chargée de l'autonomie 96
--

Destinataires n'ayant pas d'observation

Madame la présidente du Groupe Colisée
Madame la directrice générale du Groupe Korian
Monsieur le président du Groupe SOS
Madame la directrice générale de l'Ehpad du Centre hospitalier de la Presqu'Île Crozon
Madame la directrice de l'Ephad de Gournay en Bray
Madame la directrice de l'Ehpad Les Opalines - La Ciotat
Monsieur le directeur de l'Ehpad Maison bleue - Villeneuve-lès-Avignon
Madame la directrice de l'Ehpad Les Opalines - Saint-Chamond
Madame la directrice de l'Ehpad Saint-Joseph - Saint-Jean-de-Bassel
Monsieur le président de l'Association pour le développement et la gestion des équipements sociaux, médico-sociaux et sanitaires (ADGESSA)

Destinataires n'ayant pas répondu

Madame la directrice de l'Ephad Le Grand Age
Monsieur le directeur de l'Ehpad Les Monts du Matin
Monsieur le directeur de l'Ehpad Saint-Antoine de Desvres

**RÉPONSE DE LA MINISTRE DÉLÉGUÉE AUPRÈS
DU MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ,
CHARGÉE DE L'AUTONOMIE**

Par courrier en date du 22 novembre 2021, vous nous avez adressé le chapitre du rapport annuel de la Cour, intitulé « les EHPAD face à la crise sanitaire (Janvier 2020-Juillet 2021) ».

La cour confirme le lourd bilan humain dans les EHPAD causé par la crise sanitaire et s'interroge sur les liens entre les fragilités structurelles identifiées dans ces établissements et le niveau de ce bilan. La vétusté des bâtiments liée à un sous-investissement chronique depuis deux décennies, l'insuffisante médicalisation ou la faible attractivité des métiers et du niveau de formation sont ainsi identifiés dans votre rapport comme des possibles facteurs de fragilités structurelles.

Vous formulez en conclusion trois recommandations qui encouragent les partenariats entre les EHPAD et les établissements de santé, favorisent l'insertion des EHPAD dans un réseau territorial et invitent à accélérer les réformes structurelles par les différents leviers que sont les CPOM, les autorisations et la tarification.

Le rapport insiste en premier lieu sur la forte réactivité du ministère et des ARS dans le soutien aux EHPAD face à une crise sanitaire sans précédent. Celle-ci est en effet notable, tant dans la gestion quotidienne de la crise sanitaire, avec l'édiction de protocoles à destination des directeurs, la réalisation d'une campagne de vaccination à grande échelle des résidents, que sur le volet financier dans la compensation des surcoûts liés à la crise sanitaire ou des pertes de recettes des établissements. Sur ce dernier point, l'aide financier de l'Etat aux établissements s'élève à 2 milliards d'euros entre 2020 et 2021, dans le cadres des différentes instructions budgétaires pour établissements médico-sociaux, la dernière, N° DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2021/229 datant du 16 novembre 2021 consacrant 230 millions d'euros supplémentaires en mesures exceptionnelles d'accompagnement liées à la crise sanitaire.

Il souligne aussi cette réactivité au niveau des revalorisations salariales ou des programmes d'investissement engagés dans le cadre des mesures du Ségur de la santé, tout en soulignant la nécessité des réformes structurelles pour mieux prendre en charge des personnes âgées de plus en plus dépendantes, en leur sein.

Ces réformes profondes pour améliorer la prise en charge en établissement ont été engagées dès avant la crise, mais cette dernière a accéléré le mouvement pour faire évoluer le modèle des EHPAD, dont les fragilités ont été particulièrement mises en exergue pendant cette période, malgré le dévouement exemplaire du personnel.

Concernant les ressources humaines, il convient d'ailleurs de citer à ce titre le plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024, issu du rapport El Khomri et lancé à l'automne 2020 par le ministère délégué à l'autonomie. Ce plan, qui intègre de puissantes revalorisations salariales pour tout le secteur (établissements et domicile), vise à agir sur tous les leviers pour améliorer l'image et l'attractivité de ces métiers, dont le besoin de recrutement est estimé à 350 000 dans les prochaines années.

C'est ainsi par exemple qu'une campagne de communication organisée par le ministère délégué à l'autonomie en septembre dernier pour valoriser les métiers du grand âge, visait à susciter des vocations, alors que les quotas de formation ont été augmentés dans les écoles concernées, tandis que l'apprentissage se développe et les filières courtes de formation. Tous ces efforts, salués par les acteurs, s'inscrivent dans la continuité de la circulaire interministérielle du 9 octobre 2020 relative à la mise en place d'une campagne de recrutement d'urgence sur les métiers du grand âge.

Un engagement de développement des emplois et compétences (EDEC des métiers du grand âge de l'autonomie) a également été signé le 20 octobre 2021, entre l'État, les branches professionnelles et les OPCO pour soutenir le secteur dans le déploiement d'une politique de recrutement et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Ce plan métiers, dont les premiers résultats sont tangibles, mérite d'être poursuivi et étendu, pour conforter un partenariat actif avec les acteurs du service public de l'emploi, ou encore conserver des marges de manœuvre sur les rémunérations afin d'optimiser le recours aux professionnels dans des établissements à forte vacance.

Sur le sujet de l'encadrement médical, la loi de financement de la sécurité sociale 2022 acte un renforcement du taux d'encadrement en EHPAD : augmentation du temps de médecin coordinateur en EHPAD avec le passage à un seuil minimal de 0,4 ETP soit deux jours de présence pour tous les EHPAD et l'augmentation d'un jour pour chaque seuil ; abondement des crédits dédiés aux astreintes d'infirmier de nuit en EHPAD, en vue d'atteindre une nouvelle étape (2/3 des EHPAD couverts) en 2022, avant généralisation en 2023. Par ailleurs, suite aux enseignements de la crise, la LFSS 2022 acte le déploiement d'équipes mobiles de gériatries et équipes mobiles d'hygiène en EHPAD dès 2022.

Concernant l'investissement et l'amélioration des conditions d'hébergement dans les EHPAD, le rapport souligne les investissements sans précédents pour le numérique et l'immobilier avec la dotation de 1,5 Md€ pour la rénovation de places dans les EHPAD et l'investissement de 600 millions pour l'intégration de nouvelles solutions numériques dans les établissements médico-sociaux.

La programmation pluriannuelle doit viser une transformation en profondeur des modalités d'accompagnement et de soutien de l'autonomie des personnes âgées, s'inscrivant dans une approche transversale et territorialisée des politiques de santé. Concernant plus spécifiquement les EHPAD, un certain nombre de thématiques sont fixées, sur lesquelles l'attention des ARS est attirée pour la sélection des projets d'investissement, qui permettront de faire émerger une nouvelle génération d'établissements, caractérisée par le sentiment d'être chez soi et l'humanisation, l'ouverture à la vie sociale du territoire, une médicalisation renforcée pour accompagner les nouvelles pathologies accueillies et la structuration de filières gérontologiques locales, comme la crise en a souligné le besoin. À ce titre, et dans le cadre des enveloppes « Ségur » dédiées à l'investissement, la CNSA a mis en place le laboratoire de l'offre de demain » apportant auprès des ARS et des opérateurs un appui technique, dans le cadre de ces orientations stratégiques nationales.

Du reste, le rapport pourrait mentionner également le rôle des conseils départementaux, compétents sur les tarifs d'hébergement en EHPAD pour accompagner et compléter cet effort de l'État en faveur de la modernisation et de l'évolution de ce réseau d'établissements.

Si nous souscrivons enfin aux différentes recommandations émises dans le cadre du rapport, elles doivent prendre en compte l'évolution nécessaire du modèle des EHPAD en les positionnant, en tant que centres ressources territoriaux, en appui des acteurs du territoire, y compris sanitaires et en soutien du virage domiciliaire, conformément aux orientations de la réforme de l'autonomie.

La principale leçon à tirer de la crise sanitaire sur le modèle de prise en charge dans les EHPAD est bien l'évolution souhaitable vers une capacité d'appui et d'interaction renforcée des établissements avec les acteurs locaux, prenant en compte la dynamique des parcours, la mutation de l'organisation des soins de proximité avec l'émergence des CPTS et des dispositifs d'appui à la coordination.

Il reste en effet à approfondir les sujets de coopération entre établissements, avec la nécessité que les ARS proposent aux conseils départementaux de travailler en étroite concertation sur un schéma territorial partagé de l'offre d'EHPAD et de ses perspectives de transformation.

Pour cela, les outils de contractualisation (CPOM) devront être en effet mieux utilisés. La négociation et la conclusion d'un CPOM est un processus nécessitant plusieurs mois afin d'aboutir à une contractualisation engageante et de qualité. Le cadre du CPOM doit permettre d'instaurer un dialogue de gestion renouvelé, visant à dépasser le strict cadre des questions budgétaires et financières pour porter plus largement sur l'évolution des modes d'accompagnement des personnes et leurs incidences organisationnelles et structurelles pour les ESSMS.

Je tiens également à porter à la connaissance de la Cour qu'une feuille de route ministérielle a enfin été lancée en décembre 2021 portant sur le chantier de la médicalisation des EHPAD, corollaire de la priorité donnée au virage domiciliaire dans l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées. Elle vise à tirer les enseignements de la crise sanitaire et s'appuiera sur les recommandations du rapport de mission sur les profils de soins en USLD et EHPAD remis le 5 juillet 2021 par les Professeurs Claude Jeandel et Olivier Guérin. Au travers d'une vingtaine de mesures, cette feuille de route proposera l'évolution des réponses sanitaires et médico-sociales dès lors que le maintien au domicile n'est plus possible et notamment la question du tarif soin global en EHPAD, la question de la prescription médicale en EHPAD ou le regroupement des établissements et services pour personnes âgées publics au sein de groupement territoriaux en lien avec les établissements hospitaliers, parmi d'autres sujets.

Enfin, des travaux importants ont été menés pendant la crise sur les différents sujets éthiques comme la liberté de circulation dans les EHPAD ou le dialogue avec les familles. Cela a permis la production de documents repères pour les professionnels et d'amorcer la réflexion sur de nombreux chantiers à approfondir comme la réforme nécessaire des conseils de la vie sociale, afin de renforcer la place des familles et des résidents dans la gouvernance des établissements.
