



MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



*Feuille de route  
EHPAD-USLD-DGCS-DGOS  
2021-2023*

*Mars 2022*

# Avant-propos

La présente feuille de route a pour objectif d'engager des actions à partir des analyses et des 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, suite à la lettre co-signée le 31 août 2020 par la DGOS et la DGCS.

Au travers de 15 mesures et axes de travail, elle propose l'évolution des réponses sanitaires et médico-sociales aux personnes âgées en perte d'autonomie dès lors que le maintien au domicile n'est plus possible. Elle porte également sur la réponse apportée par le secteur sanitaire à des personnes de tout âge qui présentent des profils polypathologiques et ne pouvant demeurer à domicile. Ces évolutions portent sur la réponse apportée par l'offre des USLD comme des EHPAD en vue de les adapter à l'évolution de ces profils et des besoins de soins des résidents dans les années à venir.

Ces 15 mesures et axes de travail s'ajoutent aux engagements annoncés le 8 mars 2022 par Olivier Véran et Brigitte Bourguignon en faveur d'un renforcement de la qualité et de la transparence dans l'accompagnement des personnes âgées. Ces engagements sont rappelés à la fin de cette feuille de route.

## Sommaire

<b>Axe 1 : Faire évoluer l'offre par la création d'unités de soins prolongés complexes (USPC) à vocation strictement sanitaire et par le regroupement de l'offre d'hébergement médicalisé des personnes âgées .....</b>	<b>4</b>
Mesure 1 : Créer une offre sanitaire d'unité de soins prolongés complexes (USPC) pour une prise en charge adaptée des personnes de tous âges hospitalisées .....	6
Mesure 2 : Regrouper au sein des EHPAD l'ensemble des profils de soins cohérents des personnes âgées en perte d'autonomie.....	8
<b>Axe 2 : Concrétiser la transformation du modèle de l'EHPAD .....</b>	<b>9</b>
Mesure 3 : Adapter le cadre de vie et la vie quotidienne des résidents présentant davantage de pathologies – Laboratoire de l'EHPAD de demain.....	10
Mesure 4 : Adapter l'architecture des EHPAD face à la prévalence élevée des troubles neuro-cognitifs et comportementaux grâce au soutien à l'investissement.....	11
<b>Axe 3 : Assurer un maillage territorial de proximité et garantir.....</b>	<b>12</b>
<b>un haut niveau d'accompagnement et de prise en soin .....</b>	<b>12</b>
Mesure 5 : Concrétiser le concept de l'EHPAD comme centre de ressources territorial .....	13
Mesure 6 : Poursuivre le déploiement des Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) au sein des EHPAD.....	15
Mesure 7 : Regroupement des EHPAD publics autonomes et création des groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux (GTSMS) .....	17
Mesure 8 : Etudier la généralisation du tarif soin global en le revalorisant et ne plus le conditionner à la présence d'une PUI.....	20
<b>Axe 4 : Reconnaître les spécificités des fonctions au sein des EHPAD pour les faire évoluer. 22</b>	
Mesure 9 : Faire évoluer la fonction de médecin coordonnateur en s'appuyant sur l'expérience de la crise sanitaire.....	23
Mesure 10 : Reconnaître la fonction d'infirmier coordonnateur sur la base d'un référentiel métier national .....	24
Mesure 11 : Reconnaître le besoin de prise en charge et de compétence en gérontologie des infirmières .....	26
Mesure 12 : Généraliser les astreintes infirmière de nuit à l'ensemble des EHPAD.....	27
Mesure 13 : Faciliter les interventions des chirurgiens-dentistes libéraux en EHPAD.....	28
<b>Axe 5 : Assurer de meilleures modalités d'intervention des ressources sanitaires et des ressources en santé mentale/psychiatrie au sein des EHPAD .....</b>	<b>29</b>
Mesure 14 : Déployer les modalités d'intervention des ressources sanitaires en EHPAD en capitalisant sur les retours d'expérience de la crise sanitaire. ....	30
Mesure 15 : Formaliser et encadrer les modalités d'intervention des ressources en santé mentale/psychiatrie au sein des EHPAD .....	32

**Axe 1 : Faire évoluer  
l'offre par la création  
d'unités de soins  
prolongés complexes  
(USPC) à vocation  
strictement sanitaire et  
par le regroupement de  
l'offre d'hébergement  
médicalisé des personnes  
âgées**

Le rapport des Professeurs Jeandel et Guérin montre que les 592 actuelles unités de soins de longue durée (USLD) des établissements de santé ne permettent pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins de prise en charge médicale complexe, lourde et prolongée de tout âge. Par ailleurs, les secteurs SSR, MCO ou la psychiatrie présentent des durées de séjour qui se réduisent, se concentrant sur l'aigu et la rééducation active. Certains patients y sont pris en charge avec des besoins de soins importants au long court de manière inadéquate et des besoins ne sont pas couverts.

Le rapport Jeandel-Guérin étaye en effet qu'une grande partie des profils de soins des patients des USLD rejoint ceux des résidents des EHPAD, mouvement qui va s'accroître dans les années à venir avec le virage domiciliaire.

Ce double constat conduit à engager l'évolution de l'offre sanitaire et la disparition, à terme, des USLD. Cette évolution a un impact aussi sur l'offre médico-sociale des EHPAD.

Ainsi, cette évolution de l'offre passe, d'une part, par la création d'unités sanitaires prolongées complexes (USPC) pour les patients de tout âge hospitalisés au long court de manière inadéquate, reposant sur des indications claires en termes de profils soins de soins lourds et complexes nécessitant une surveillance constante mais sans besoin de soins aigus ou réadaptatifs actifs. Les profils relèvent pour une part des USLD actuelles mais également des SSR, du MCO ou de la psychiatrie ou de structures médico-sociales (Mesure 1).

D'autre part, ce constat conduit à privilégier un accompagnement commun des personnes âgées présentant des besoins de soins et d'autonomie similaires relevant aujourd'hui des USLD et des EHPAD, au sein d'une offre médico-sociale et notamment d'EHPAD reconfigurée. Ce regroupement engage l'évolution d'une partie de l'offre d'USLD (Mesure 2).

Ce mouvement s'inscrit dans des étapes et une mise en œuvre opérationnelle à définir, tant au niveau de la création des USPC que de la transformation de l'offre USLD-EHPAD que ce soit pour les personnes accueillies en USLD, que pour les équipes et pour les moyens et enveloppes financières.

Il est prévu un pilotage national en concertation avec les acteurs.

## Mesure 1 : Créer une offre sanitaire d'unité de soins prolongés complexes (USPC) pour une prise en charge adaptée des personnes de tous âges hospitalisées

- **Contexte :**

Il n'existe pas à l'heure actuelle de structure sanitaire adaptée à certains profils de soins de tous âges, ainsi, les patients se trouvent de fait hospitalisés de façon inadéquate au long cours en USLD, mais aussi en services MCO ou SSR. Il convient de définir une prise en charge qui réponde à ces profils d'organisation et de financement.

- **Enjeux :**

Mieux répondre aux besoins de prise en charge de patients de tout âge, aujourd'hui en USLD ou dans une autre structure avec hébergement, présentant des pathologies instables à risque de décompensation, relevant d'une charge en soins importante, tout en organisant un accompagnement dans le temps dans un lieu de vie.

Constituer des prises en charge adaptées à des profils de soins aujourd'hui en USLD ou sans solutions adaptées. Ces prises en charge ne relèveraient plus des soins aigus et des soins de réadaptation et de rééducation actif.

Définir des unités de soins prolongées complexes, avec un modèle adapté hors de celui des EHPAD, en partant des indications et de l'étude des quatre profils présentés dans le rapport des Professeurs Jeandel et Guérin.

- **Plan d'action :**

Un pilotage national par la DGOS, en lien avec la DGCS, avec un appui extérieur à la conduite du chantier (IGAS ou DITP, ...)

**Première étape – Février 2022 – décembre 2022 – Retour d'expériences et consultations puis définition des USPC, des conditions de leur création et de leurs modalités**

Février 2022- mars 2022 – retour d'expérience et consultations

Retour d'expérience et partage des objectifs des USPC

- Expérience de l'ARS IDF déjà engagée dans la démarche des USPC sur les profils neurologiques : étude de l'expérience des 4 USPC
- Réunion avec plusieurs ARS : HDF, Grand Est et Nouvelle Aquitaine notamment et des conseils départementaux
- Réunions bilatérales avec les fédérations hospitalières et médico-sociales
- Visites de terrain (USPC et USLD)

**Modalités :** rencontres pilotées par la DGOS avec la DGCS

## Avril - novembre 2022 - Définir les USPC, les conditions de leur création à partir de certaines USLD et les scénarios

- Définition des objectifs des soins à partir des 4 profils identifiés dans le rapport et (hospitalisation au long court, stabilisation longue pour retour à domicile ou en structure médico-sociale, séjour temporaire, etc.) de manière à identifier les objectifs communs et spécifiques selon les profils. Faire le lien avec l'évolution de la psychiatrie sur les profils de gérontopsychiatrie.
- Préciser les conditions d'organisation, de ressources humaines et d'adossement.
- Définir les axes d'un modèle de financement possible et soutenable et les impacts financiers.
- Etudier les conditions de création d'USPC et les capacités nécessaires, à partir de l'évolution de certaines USLD actuelles.
- Arrêter les modalités de création des USPC : déploiement progressif ou expérimentation.

### **Modalités :**

Groupe de travail piloté par la DGOS en lien avec la DGCS

Membres : fédérations hospitalières, fédérations médico-sociales, des ARS, des départements, les sociétés savantes principalement concernées (neurologie, médecine physique et de réadaptation, gériatrie, psychiatrie), représentants des usagers et au niveau institutionnel : CNSA, CNAM, DREES, ATIH, ANAP, HAS.

**Livrables :** Cadre des USPC

Modalités de création dont calendrier et financement.

**Deuxième étape : à partir de l'hiver 2022- Engager concrètement la création d'USPC sur la base des travaux préalables.**

Cette création pourrait se traduire à partir de 2023, soit par un déploiement progressif soit par une expérimentation sur quelques régions.

### **Modalités :**

Un comité de pilotage associant les parties prenantes : fédérations hospitalières, fédérations médico-sociales, ARS, départements, société savantes, membres du comité opérationnel ;

Un comité technique opérationnel : DGOS, DGCS, DSS, CNSA, ATIH, CNAM et DREES ;

Un groupe d'ARS et d'établissements de santé contacts / pilotes ou porteurs des expérimentations.

## Mesure 2 : Regrouper au sein des EHPAD l'ensemble des profils de soins cohérents des personnes âgées en perte d'autonomie

- **Contexte :**

Certains patients des USLD relèvent de profils de soins similaires ou proches de celui des EHPAD actuels comme l'a montré le rapport. Cette similitude va s'accroître dans les années à venir avec l'évolution des personnes âgées qui vont intégrer les EHPAD plus médicalisés. Une grande partie des personnes en USLD présentent avant tout une dépendance forte. Par conséquent il convient d'engager la transformation des USLD d'une part au sein de l'offre médico-sociale notamment en EHPAD et d'autre part dans le cadre des futures USPC.

- **Enjeux :**

Clarifier l'offre d'hébergement médicalisée pour les personnes âgées au sein d'une offre cohérente afin de prendre en compte une spécialisation EHPAD/USLD qui va s'avérer de plus en plus artificielle.

Prendre en compte certains besoins complémentaires liés à certaines spécificités de ce public à qualifier et quantifier (besoins de soins spécifiques, situation de précarité).

Définir une recomposition d'une partie des USLD vers le secteur médico-social des EHPAD qui veille à ne pas dégrader les prises en charge, à réduire le recours à une offre d'hébergement médicalisée, notamment pour les personnes âgées les plus précaires.

- **Plan d'action :**

- Compléter l'état des lieux des USLD (profils des personnes âgées, organisation et fonctionnement) (à partir de l'enquête EHPA, coupe Pathos 2022 et questionnaire spécifique sur les populations en situation de handicap dont psychique) (1<sup>er</sup> semestre 2022) ;
- Lancer une concertation et une étude avec les ARS pour étudier la méthode de recomposition prenant en compte les besoins d'investissement et de ressources humaines ;
- Concevoir un appui aux ARS et aux départements pour conduire les opérations de recomposition (2<sup>ème</sup> semestre 2022).

- **Pilotage :**

DGCS en lien avec DGOS avec l'appui d'une mission extérieure d'accompagnement (IGAS) +COPIIL associant DSS, DREES, CNSA  
Comité associant les parties prenantes : fédérations hospitalières, fédérations médico-sociales, ARS, départements.

# **Axe 2 : Concrétiser la transformation du modèle de l'EHPAD**

### **Mesure 3 : Adapter le cadre de vie et la vie quotidienne des résidents présentant davantage de pathologies – Laboratoire de l’EHPAD de demain**

- **Contexte :**

Le « Laboratoire des solutions de demain », initié dans le cadre du Ségur de la Santé, est chargé d’explorer les nouvelles formes d’habitat des personnes âgées en perte d’autonomie et d’imaginer celles de demain, dans une logique de « continuum de solutions » (maintien à domicile, habitat inclusif, résidences autonomie, EHPAD).

- **Enjeux :**

Orienter et accompagner les programmes d’investissement sur les choix structurants à long terme

Redessiner le dossier de demande de financement et la grille d’analyse des projets d’aide à l’investissement, pour en faire des outils mettant en avant les priorités

Le laboratoire devra également outiller les ARS pour décerner un label sur différentes dimensions qualitatives des projets

- **Plan d’action :**

- Définition de la gouvernance du laboratoire et de sa composition (1<sup>er</sup> semestre 2021)
- Installation du laboratoire (12 juillet 2021)
- Construction de lignes directrices nationales par le Laboratoire afin de mobiliser les plans de soutien à l’investissement fixant des critères (accessibilité, locaux, environnement) à publier via les circulaires PAI et la démarche d’appui aux ARS (à partir de 2022)

- **Pilote :**

CNSA

## Mesure 4 : Adapter l'architecture des EHPAD face à la prévalence élevée des troubles neuro-cognitifs et comportementaux grâce au soutien à l'investissement

- **Contexte :**

Le plan de relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance a consacré un effort massif d'aide à l'investissement immobilier dans le secteur médico-social à hauteur de 1,5 milliards d'euros sur 4 ans.

- **Enjeux :**

Ce changement d'échelle doit permettre une transformation profonde de l'offre afin de répondre à l'aspiration des Français en faveur d'un cadre de vie « domiciliaire », qu'ils soient en établissement ou dans des parcours résidentiels plus innovants qu'il s'agira d'encourager. Cette transformation devra tout à la fois soutenir une meilleure qualité de vie au travail de tous les professionnels de l'accompagnement, qui jouent un rôle majeur auprès de nos aînés.

- Soutenir les « investissements du quotidien » dans les Ehpads grâce à une enveloppe de 125 M€ dédiée à l'amélioration rapide des conditions de travail des professionnels ainsi que la qualité de vie et l'autonomie des résidents par des aménagements adaptés des espaces notamment collectifs
- Rénovation ou reconstruction des EHPAD les plus vétustes, majoritairement présents dans le secteur public
- Soutien à la création de places supplémentaires dans les territoires déficitaires notamment en outre-mer et au développement de l'habitat inclusif.

- **Plan d'action :**

- Mise en œuvre du Plan d'aide à l'investissement (PAI)
- Appui aux ARS pour l'élaboration des stratégies régionales
- Suivi des indicateurs prévus dans le cadre du Plan de relance

- **Pilote :**

La CNSA est responsable du pilotage opérationnel dans le cadre du COPIL Investissement médico-social piloté par la DGCS

**Axe 3 : Assurer un  
maillage territorial de  
proximité et garantir  
un haut niveau  
d'accompagnement et de  
prise en soin**

## Mesure 5 : Concrétiser le concept de l'EHPAD comme centre de ressources territorial

- **Contexte :**

Les EHPAD sont actuellement limités dans leurs activités à une mission d'hébergement et d'accueil de personnes âgées dépendantes. Or, les différents rapports publiés depuis 2019 sur le secteur du grand âge, en particulier ceux faisant suite à la crise sanitaire, ont montré que le modèle de l'EHPAD devait être profondément rénové pour évoluer vers un établissement mieux articulé avec le secteur sanitaire, en particulier l'hôpital, qui puisse apporter un soutien tant humain que logistique aux acteurs du domicile, et aussi qui doit s'ouvrir vers l'extérieur en proposant davantage de prestations au bénéfice de personnes âgées sur son territoire (ex : prévention de la perte d'autonomie ou accompagnement renforcé pour éviter l'entrée en établissement).

Véritable atout territorial, on compte 7 519 EHPAD en 2019 sur l'ensemble du territoire pour 600 000 personnes âgées accueillies ; si bien que 69% des Français vivent à moins de cinq kilomètres d'un EHPAD

- **Enjeux :**

Il est proposé de faire évoluer l'EHPAD vers un Centre de ressources territorial. Cette mesure s'inspire de plusieurs appels à candidature lancés par des ARS qui visent à ouvrir la possibilité aux EHPAD d'assurer, à côté de leur mission historique d'hébergement, une nouvelle mission de « centre de ressources territorial » en proposant une fonction d'appui, d'expertise et de soutien au territoire en lien avec les autres acteurs gérontologiques. D'autre part, elle trouve son origine dans l'expérimentation des dispositifs d'appui renforcé de soutien au domicile (DRAD) lancée dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018. Ces dispositifs consistent à mobiliser, en subsidiarité des acteurs du domicile (SAAD, SSIAD et SPASAD notamment), une équipe généralement composée d'un temps de médecin coordonnateur, d'infirmier coordinateur, d'ergothérapeute et d'aide-soignant de l'EHPAD, pour apporter un accompagnement renforcé à une personne âgée en perte d'autonomie souhaitant rester à domicile plutôt que d'entrer en établissement.

L'identification de l'EHPAD comme centre de ressources territorial permettra aux établissements volontaires d'assurer cette nouvelle mission selon deux types d'activités nouvelles (dans les murs et hors des murs de l'EHPAD) et à destination de deux publics nouveaux (professionnels de la filière gérontologique du territoire et personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement, ainsi que leurs aidants). Ces missions s'exercent en coopération avec les professionnels et établissements de santé de proximité. Les nouvelles actions suivantes pourront être proposées :

Cette mission comporte deux modalités d'intervention, qui devront deux être menées conjointement par les EHPAD centres de ressources territoriaux :

1. Volet 1 – Une mission d'appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition ponctuelle d'expertise gériatrique, de ressources spécialisées ou de plateaux techniques) ;

2. Volet 2 – Une mission d’accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d’autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l’EHPAD.

Suite à l’évaluation de l’expérimentation DRAD et à l’inscription de cette nouvelle mission dans le CASF, les EHPAD et, éventuellement, à terme, les services à domicile, pourront proposer, dans le respect de leurs cœurs de métier respectifs, un accompagnement renforcé aux personnes âgées en situation de perte d’autonomie (GIR 1 à 4). Ce dispositif s’adresse aux personnes qui souhaitent rester à domicile, mais pour lesquelles un accompagnement « classique » n’est plus suffisant, et qui, sans ce dispositif, devraient être orientées vers une entrée en institution. Le dispositif propose une coordination intégrée et renforcée des différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée, tout en s’appuyant sur l’expertise d’un EHPAD dans l’accompagnement de la perte d’autonomie d’une personne âgée.

- **Plan d’action :**

- Mise en place dans le cadre de la LFSS 2022 (Article 47) ;
- Publication d’un arrêté avec la rédaction d’un cahier des charges englobant deux modalités d’intervention :
  - Volet 1 – Une mission d’appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition ponctuelle d’expertise gériatrique, de ressources spécialisées ou de plateaux techniques)
  - Volet 2 – Une mission d’accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d’autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l’EHPAD.

- **Pilote :**

DGCS

## Mesure 6 : Poursuivre le déploiement des Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) au sein des EHPAD

- **Contexte :**

Un PASA est une modalité de prise en charge spécifique en journée des résidents d'EHPAD atteints de trouble neuro dégénératifs distinct des accueils de jours qui sont destinées aux personnes âgées vivant à domicile. Plus précisément, les PASA (pôles d'activités et de soins adaptés) sont des espaces aménagés au sein des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Ils sont destinés à accueillir durant la journée des résidents de l'EHPAD atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie neuro-dégénérative et ayant des troubles du comportement modéré. Il convient de garder en tête que le PASA est « réservé » aux résidents de l'EHPAD. Il existe par ailleurs des modalités d'accueil de jour de personnes âgées atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies neuro-dégénératives, qu'il conviendrait de développer dans le cadre de l'enveloppe consacrée au répit et à l'accueil temporaire.

Une UHR (unité d'hébergement renforcée) est un espace aménagé dans un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) afin d'héberger des personnes âgées ayant la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée entraînant d'importants troubles du comportement qui altèrent leur sécurité et leur qualité de vie. Contrairement aux PASA (pôles d'activités et de soins adaptés) qui accueillent les résidents à la journée, les UHR proposent un accompagnement nuit et jour. En moyenne, 12 à 14 personnes y sont accueillies. Les personnes qui y sont accompagnées ont vocation, dans la mesure du possible, à retourner dans leur lieu de vie habituel (leur domicile ou l'EHPAD) une fois les troubles du comportement atténués.

- **Enjeux :**

Il est proposé de poursuivre la création de pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et d'unités d'hébergement renforcées (UHR), qui accompagnent les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives et maintenir les fonctions cognitives des résidents atteints d'Alzheimer. Cette offre a été développée par les précédents plans Alzheimer et plan maladies neuro-dégénératives, permettant de répondre à un besoin de soins en augmentation chez les personnes âgées et participant à l'augmentation du taux d'encadrement ainsi qu'à l'amélioration de l'accompagnement des résidents.

### **Pour trois raisons principales :**

1. Cette mesure permettra de répondre au besoin d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, d'une maladie neuro-dégénérative ou de troubles de comportement, qui sont de plus en plus nombreux ;
2. Cette mesure participe au renforcement du taux d'encadrement et à l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels d'EHPAD. Cette mesure est complémentaire du renforcement du taux d'encadrement en EHPAD ;
3. L'augmentation du nombre de PASA et d'UHR est indispensable pour accompagner les EHPAD dans l'évolution de leur place dans la prise en charge des personnes âgées, en lien avec le virage domiciliaire

- **Plan d'action :**

- Enjeu de construction de l'ONDAM 2022 et 2023 ;
- Enjeu de réflexion concernant l'évolution des PASA notamment concernant les expérimentations menées par les ARS sur les PASA de nuit

- **Pilote :**

DGCS

## Mesure 7 : Regroupement des EHPAD publics autonomes et création des groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux (GTSMS)

- **Contexte :**

L'offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est assurée pour près de la moitié par le secteur médico-social public, constitué de plus de 2900 établissements, dont 43% sont des établissements publics médico-sociaux, employant du personnel relevant de la fonction publique hospitalière, et disposant de l'autonomie juridique et financière à la différence des EHPAD gérés directement par un établissement public de santé, une collectivité territoriale ou l'un de ses établissements (CCAS, CIAS) sans disposer de la personnalité morale. Cette offre publique a la particularité d'être présente sur l'ensemble du territoire national, notamment en zone rurale où elle constitue souvent la seule offre existante pour répondre aux besoins.

La législation actuelle donne la possibilité aux établissements et services sociaux et médico-sociaux de coopérer ou de se regrouper sous différentes formes juridiques mais n'a pas permis à ce jour de structurer le secteur public médico-social. Ce manque de structuration nuit au secteur des EHPAD publics déjà marqué par une certaine atomisation de son offre, que les secteurs privés associatif et commercial connaissent moins en raison de la plus forte concentration de leur offre.

Enfin, environ 943 EHPAD rattachés à des établissements publics de santé (EPS) ont été intégrés automatiquement dans 128 des 135 GHT constitués fin 2017. Seuls 60 établissements publics autonomes sur 1276 ont fait le choix d'intégrer un GHT en tant que membres (au sein de 23 GHT), dont 55 EHPAD.

La faible intégration des EHPAD publics dans des groupements de coopération prive ces derniers de tous les avantages liés à la taille : mutualisations, partage d'expertise, appui technologique, partage d'expérience, facilitation des remplacements, attractivité dans la gestion des carrières, appui à la conduite de projets, etc.

Le secteur des EHPAD privés étant davantage structuré au sein de groupes commerciaux ou associatifs, le recours aux coopérations est moins une nécessité économique et organisationnelle, mais il peut toutefois constituer un levier d'amélioration du parcours des personnes accompagnées.

Aussi, pour que les EHPAD publics autonomes sortent de leur isolement et bénéficient des avantages liés à la taille d'un regroupement d'établissements, il semble nécessaire d'accélérer le mouvement de renforcement des coopérations, en prévoyant une obligation pour ces structures de coopérer dans le cadre d'un groupement territorial social et médico-social (GTSMS), s'inspirant du modèle mis en place dans le secteur sanitaire avec les GHT et permettant la pérennité de services publics accessibles et coordonnés dans chaque territoire. Cette atomicité touche aussi les services d'aide à domicile publics (services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile et services polyvalents d'aide et de soins à domicile) soit près de 800 structures adossées à des collectivités territoriales ou leurs établissements (CCAS, CIAS) ou constituant des activités annexes d'établissements publics sociaux ou médico-sociaux autonomes.

- **Enjeux :**

Le regroupement des EHPAD publics autonomes, avec notamment la création des groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux, répond à quatre enjeux principaux pour ce secteur :

- Renforcer la solidité des ESSMS sur le plan économique : dans un contexte budgétaire contraint, les établissements publics ne disposent pas toujours des ressources suffisantes pour financer et attirer certaines compétences et réaliser certains investissements. Les mutualisations de fonctions supports entre établissements doivent permettre de surmonter ces difficultés et renforcer les capacités de financement ;
- Répondre à l'enjeu de rénovation de l'offre en faveur des personnes âgées, au travers de projets d'investissements ambitieux et innovants permis par le Ségur de la santé, ce qui nécessite des équipes administratives renforcées et une capacité financière assurant une viabilité économique de ces projets ;
- Renforcer l'attractivité et la fidélisation du personnel des EHPAD publics : la difficulté à recruter et le manque d'attractivité des emplois dans le secteur médico-social sont également des enjeux majeurs pour les gestionnaires. Le regroupement entre établissements peut donner des perspectives nouvelles favorisant à la fois l'attractivité des ESSMS et la fidélisation des professionnels recrutés. En effet, le changement d'échelle permet de professionnaliser la fonction recrutement des établissements, de constituer un vivier de compétences plus riche pour les professionnels avec aussi des possibilités de mobilité et de formation plus importantes, concourant à la QVT;
- Favoriser la constitution de filières d'accompagnement au sein de l'offre publique et améliorer le parcours des personnes âgées sur tout le territoire : les ESSMS doivent répondre aux nouveaux besoins de la population résultant en particulier des évolutions démographiques et ayant des répercussions sur les modalités d'accompagnement des personnes. En effet, la stratégie de prise en charge se veut plus globale et fait appel à des interventions coordonnées entre opérateurs, ce qui nécessite une approche en filière d'accompagnement et le décloisonnement des services et des publics. Le regroupement proposé vise à structurer l'offre de service publique autour d'une stratégie d'accompagnement des personnes s'inscrivant dans une logique de parcours;
- Cette stratégie s'articule autour d'un projet d'accompagnement partagé, élaboré par les membres du groupement.

L'obligation faite aux EHPAD publics autonomes trouve son prolongement auprès des EHPAD relevant d'un autre statut (privé ou public rattaché à une collectivité territoriale ou un CCAS/CIAS), avec la possibilité d'établir des partenariats privilégiés sur un bassin ou un territoire donné.

Les EHPAD rattachés à des établissements publics de santé restent prioritairement membre du GHT auquel l'hôpital est rattaché.

- **Plan d'action :**

- Finaliser les concertations avec les fédérations du secteur, en incluant notamment la question du lien des GTSMS avec le sanitaire, ainsi que les mesures de soutien au développement de ce nouveau mode de coopération.
- Concerter avec l'Assemblée des départements de France (ADF).
- En fonction des concertations, rédiger les mesures législatives ad hoc
- Et, sous cette réserve, entamer avec les fédérations concernées une réflexion sur les mesures règlementaires qui seraient à prendre en application avec un accompagnement ANAP

- **Pilote :**

DGCS

## Mesure 8 : Etudier la généralisation du tarif soin global en le revalorisant et ne plus le conditionner à la présence d'une PUI

- **Contexte :**

Le passage des EHPAD au tarif global pour les dépenses de soins constitue un levier d'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents en EHPAD, ainsi qu'un facteur d'efficacité des dépenses d'assurance maladie.

Le passage des EHPAD au tarif global pour les dépenses de soins constitue un levier d'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents en EHPAD, ainsi qu'un facteur d'efficacité des dépenses d'assurance maladie.

Une enveloppe de 20 millions d'euros a été dédiée en 2021, à la bascule vers ce tarif global. Néanmoins, cette enveloppe n'a pas été consommée dans sa totalité en raison notamment de critères d'ouverture restrictifs pour ce passage au tarif global <sup>1</sup>.

Il convient également de rappeler que la valeur des points « soins » du tarif global (avec ou sans PUI) est gelée depuis plusieurs années, à la différence du tarif partiel. Par conséquent, les recettes soins résultant du tarif global sont aujourd'hui potentiellement déconnectés des coûts à la charge des EHPAD pour supporter l'ensemble des actes et des consultations réalisées par les professionnels médicaux et paramédicaux et dont la charge est internalisée dans le budget de l'établissement.

Enfin, l'article L. 5126-10 du code de la santé publique prévoit que les EHPAD qui ne disposent pas de PUI ou qui ne sont pas membres d'un GCS ou d'un GCSMS gérant une PUI concluent, avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en produits de santé. La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur, de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique.

Ces conventions précisent les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin. Les conventions sont conformes à une convention type définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

- **Enjeux :**

Le développement (la généralisation) du tarif global présente trois enjeux majeurs :

- La vérification de l'adéquation du tarif global (avec ou sans PUI) au coût réel des dépenses de soins supplémentaires entrant dans le périmètre de cette option tarifaire ;

---

<sup>1</sup> Enveloppe destinée principalement aux EHPAD ayant opté pour le tarif partiel avec pharmacie à usage intérieur (PUI), compte tenu de l'impact de ce mode d'organisation sur la qualité et l'efficacité des soins.

- L'affinement des critères du tarif global afin d'optimiser son ouverture (en vue notamment de favoriser l'accès de cette option tarifaire aux EHPAD qui ne disposeraient pas d'une PUI<sup>2</sup>).
  - Un abondement de l'ONDAM médico-social afin de considérer ces dépenses qui relèvent aujourd'hui, pour un EHPAD en tarif partiel, d'un financement « soins de ville » facturé directement à l'Assurance maladie par les professionnels médicaux et paramédicaux
- **Plan d'action :**

De façon plus globale, il est proposé au préalable de réaliser un état des lieux objectif des gains de ce tarif global pour la qualité d'accompagnement en établissement. Cet état des lieux pourra notamment s'appuyer sur une mission conduite par l'IGAS.

Sous cette réserve, deux axes de travail sont envisagés :

- Une objectivation de l'écart entre le tarif global et le tarif partiel (avec ou sans PUI). Ces travaux devront s'appuyer, soit sur un retraitement de la dernière enquête nationale de coût des EHPAD (réalisée avant la crise sanitaire) par l'ATIH), soit –en cas d'impossibilité d'un retraitement de l'ENC – par une étude à réaliser par la CNAM sur les remboursements de soins de ville aux résidents en EHPAD.  
Ces travaux pourront également être l'occasion d'étudier l'opportunité d'une valeur des différents points par statut juridique des établissements (solution pour sortir à terme le CTI socle des financements complémentaires).
- Un lancement de travaux avec les fédérations pour affiner les critères du tarif global. Il s'agit ici d'étudier la possibilité d'étendre plus largement le tarif global aux EHPAD qui ne bénéficieraient pas d'une PUI. A cette occasion, la possibilité de développer dans cette perspective des conventions entre EHPAD et officines pourra être utilement étudiée.

D'un point de vue macro, cette généralisation du tarif global doit s'accompagner d'un transfert de l'ONDAM « soins de ville » vers l'ONDAM « médico-social » pour allouer aux ESMS les financements des actes et consultations des professionnels, qu'ils assumeront, et qui ne seront plus directement à la charge de l'Assurance maladie dans le cadre d'une activité libérale. Le montant de ce transfert doit au préalable être analysé avec la CNAM.

#### **Point de vigilance :**

Une réforme plus globale de la tarification des EHPAD pourrait être envisagée à moyen terme, incluant notamment une révision de l'équation tarifaire « soins », l'intégration des nouvelles ordonnances Pathos (y compris une révision de l'évaluation du niveau de dépendance – grille AGGIR), ainsi que la question du reste à charge des résidents. Ces travaux pourraient s'appuyer sur la DITP. La question du différentiel de charges entre les EHPAD publics et privés doit aussi faire l'objet d'une étude approfondie avec une mission IGAS à venir.

- **Pilote :** DGCS – DSS

---

<sup>2</sup> Ce qui devrait certainement passer par l'élaboration du modèle-type de convention mentionné à l'article L.5126 précité.

**Axe 4 : Reconnaître les  
spécificités des fonctions  
au sein des EHPAD pour  
les faire évoluer**

## Mesure 9 : Faire évoluer la fonction de médecin coordonnateur en s'appuyant sur l'expérience de la crise sanitaire

- **Contexte :**

La fonction de médecin coordonnateur en EHPAD a été étendue depuis 2019.

Le médecin-coordonnateur disposait déjà d'un droit de prescription dans des situations limitatives (situations d'urgence ou de risques vitaux et en cas de survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins).

Afin de conforter son rôle d'expertise au sein de l'équipe soignante de l'EHPAD, la LFSS 2019 a étendu son pouvoir de prescription, en articulation avec le médecin traitant. Ses missions ont été précisées par le décret du 5 juillet 2019.

Ainsi le médecin coordonnateur peut désormais réaliser une évaluation gériatrique, prescrire vaccins et antiviraux pour la grippe, et intervenir en cas d'impossibilité du médecin traitant de voir son patient.

- **Enjeux :**

Etudier les pistes d'évolution de la fonction de médecin coordonnateur au regard des enseignements de la crise sanitaire et à la lumière des résultats des expérimentations menées :

Il est nécessaire de capitaliser sur l'expérience de la crise COVID pour l'organisation de la prise en charge des résidents (astreinte gériatrique, équipes mobiles, médecin référent COVID, articulations médecin coordonnateur et médecins traitants, télémédecine, etc.).

- **Plan d'action :**

- RETEX des pratiques développées pendant la crise sanitaire notamment en matière de prescription

- Présentation de l'évaluation de l'expérimentation de « médecin prescripteur » en EHPAD conduite par l'ARS Ile-de-France

- La LFSS 2022 prévoit un accroissement du temps de médecin coordonnateur dans l'ensemble des EHPAD avec un seuil minimal à 0,4 ETP, soit au moins deux jours de présence par semaine.

- **Pilote :**

DGCS

## Mesure 10 : Reconnaître la fonction d'infirmier coordonnateur sur la base d'un référentiel métier national

- **Contexte :**

Les IDEC constituent une ressource incontournable au fonctionnement et à l'organisation des soins de l'EHPAD. On estime aujourd'hui leur nombre entre 6000 et 8000. Cependant, les IDEC restent peu visibles et insuffisamment valorisées du fait d'un statut inexistant et de missions non-définies. Des solutions peuvent être apportées à ce manque. Le rapport « 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD » de 2009 évoque ainsi l'IDEC comme un « un précieux collaborateur du médecin coordonnateur car elle veille à la bonne mise en œuvre du projet de soins par l'équipe ».

Contrairement au poste de médecin coordonnateur, il n'existe pas de statut défini d'IDEC. Dès lors, il n'existe que des estimations de leur nombre exact, qui reste difficile à déterminer étant donné le fait que les IDEC sont probablement réparties entre les catégories IDE et cadres de santé dans l'enquête EHPA de la DREES.

Le Rapport de mission « Unités de Soins de Longue Durée et EHPAD » par le Pr Claude Jeandel et Pr Olivier Guerin pose un constat éclairant sur la situation actuelle : « *Le cadre légal de cette fonction demeure flou. Les indications connues sur le rôle de l'infirmière référente en EHPAD remontent à la Loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Si le cadre d'exercice du médecin coordonnateur est aujourd'hui bien défini celui de l'infirmière coordinatrice (IDEC) demeure imprécis. Pourtant, la reconnaissance du statut d'infirmière coordinatrice (IDEC) est centrale. Il est par conséquent nécessaire à court terme de fixer le cadre de ses missions et son positionnement, tant d'un point de vue hiérarchique que fonctionnel. Ce cadre réglementaire est souhaitable, ainsi qu'un référentiel métier et qu'un référentiel de compétences et de formation. Cette dernière doit être harmonisée sur le territoire. La meilleure définition du référentiel métier de l'IDEC est la condition d'un positionnement clarifié au sein du trinôme Directeur, Médecin coordonnateur, IDEC* ». (Extrait du rapport)

Généralement, les infirmiers qui occupent des fonctions de coordination étaient auparavant soignants au sein des équipes qu'elles encadrent ou cadres de santé paramédicaux à l'hôpital. Ces IDEC ne reçoivent pas systématiquement de formation managériale ni en gériatrie, bien que certains suivent un DU ou des formations courtes.

Certains IDEC partagent leur temps de travail entre le soin et l'encadrement de l'équipe soignante, ce qui ne leur permet pas d'exercer pleinement cette dernière fonction. Cet exercice partagé brouille leur positionnement, les IDEC se retrouvant à la fois encadrants et parties prenantes de l'équipe soignante. Par ailleurs, le statut d'IDEC n'étant pas défini, les IDEC sont embauchées sur un poste d'infirmier soignant, consommant dès lors un ETP soignant pour l'EHPAD.

Enfin, la difficulté de recrutement des médecins coordonnateurs se répercute sur la charge de travail des IDEC en EHPAD. Les IDEC assurent certaines missions des médecins coordonnateurs en leur absence, notamment les activités relevant de l'évaluation du GIR et du PATHOS, source de déplacement de compétences, de mal-être au travail et de renouvellement important du personnel.

En SSIAD, si le rôle défini des différents acteurs est apparemment plus clair cependant, certaines activités relevant des médecins traitants sont conduites par les IDEC. Il est à préciser qu'il n'y pas de médecin coordonnateur en SSIAD ce qui implique de déterminer des modalités de collaboration et de coordination entre IDEC et médecins, différentes de l'EHPAD. Ces conditions nécessiteront de traduire ces particularités dans la projection globale de la fonction d'IDEC.

- **Enjeux :**

Il est proposé une structuration du métier d'Infirmière coordinatrice aussi bien en EHPAD qu'au sein des SSIAD s'inspirant du modèle de la fonction de médecin coordonnateur, renouvelé par le décret du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en EHPAD.

- **Plan d'action :**

- Consultation des fédérations professionnelles sur le sujet (1<sup>er</sup> semestre 2022) ;
- Proposition d'un décret portant structuration du métier d'IDEC en EHPAD (2<sup>eme</sup> semestre 2022)

- **Pilote :**

DGCS

## Mesure 11 : Reconnaître le besoin de prise en charge et de compétence en gériatrie des infirmières

- **Contexte :**

Le suivi des résidents des EHPAD et dans les autres établissements médico-sociaux de même que les soins renforcés au domicile par les EHPAD plateforme nécessite de plus en plus des soins infirmiers reposant sur des compétences renforcées en gériatrie et en gériatrie.

De plus, les infirmiers devraient pouvoir en appui des médecins traitants et des médecins coordonnateurs avec des délégations plus larges (IPA). Or, les compétences des IPA en soins en soins chroniques stabilisées sont encadrées en terme de pathologie, sont destinées avant tout à la médecine de ville où elles vont peu et ne sont que rarement employées dans le secteur médico-social.

Leurs compétences pourraient être mieux développées dans le domaine de la gériatrie et de la gériatrie de manière globale et leur recrutement favorisé au sein des établissements médico-sociaux pour les personnes âgées.

- **Enjeux :**

Développer des compétences en gériatrie des IPA du domaine « pathologies chroniques stabilisées » afin de favoriser la possibilité d'assurer le suivi médical en établissement médico-social (et en particulier en EHPAD), en collaboration avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur.

L'IPA mutualisée sur plusieurs EHPAD aurait la capacité de suivre les résidents de manière globale.

- **Plan d'action :**

Dans les suites du rapport IGAS « *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* » rendu public le 5 janvier 2022, renforcement des compétences des IPA en pathologies chroniques stabilisées en direction des personnes âgées polypathologiques notamment en matière d'évaluations gériatriques standardisée.

- **Pilote :**

DGOS

## Mesure 12 : Généraliser les astreintes infirmière de nuit à l'ensemble des EHPAD

- **Contexte :**

L'expérimentation du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) a mis en avant l'impact décisif d'une présence soignante la nuit en terme d'amélioration de l'accompagnement nocturne des résidents et de réduction des infirmières de nuit qui couvrait 40% des EHPAD en fin 2020.

Le plan pluriannuel de mise en place des astreintes infirmières de nuit dans les EHPAD a été initié en 2018 et poursuivi en 2019 en s'inscrivant dans un volet de la LFSS pour 2019 spécifique à la prise en compte des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Une troisième et dernière tranche de 16 M€ a été allouée en 2020 dans le cadre des financements complémentaires.

La crise sanitaire a montré que ces astreintes sont nécessaires pour permettre une meilleure prise en charge des résidents la nuit.

Les ARS disposent des financements pérennes à hauteur de 36 M€ auxquels s'ajoutent 7,8 M€ en 2021 alloués au titre de la mesure 28 du Ségur de la santé. Ils ont vocation à pérenniser les dispositifs expérimentaux existants et à mettre en place de nouveaux dispositifs.

- **Enjeux :**

Dans le cadre de la LFSS 2022, le financement d'une astreinte infirmière de nuit par EHPAD bénéficiera d'un abondement supplémentaire jusqu'à sa généralisation en 2023.

- **Plan d'action :**

- Faire un état des lieux des pratiques actuelles et des éventuels freins au déploiement dans les EHPAD
- Enjeu de construction de l'ONDAM 2023 ;

- **Pilote :**

DGCS

## Mesure 13 : Faciliter les interventions des chirurgiens-dentistes libéraux en EHPAD

- **Contexte :**

Depuis plusieurs années, des actions ont été engagées afin de permettre un accès aux soins bucco-dentaires facilité pour les résidents d'EHPAD : création de réseaux de santé, formation du personnel, création de la spécialité de médecin bucco-dentaire, utilisation du MEOPA en cabinet de ville, nomination de référents handicap au sein des conseils départementaux de l'Ordre pour une meilleure orientation du patient ...

Néanmoins, cela reste insuffisant et les besoins des résidents augmentent de manière croissante sur ce sujet. Ainsi, il semble opportun de mettre en place d'un contrat-type encadrant cet exercice spécifique soit fixé par arrêté à l'image de ce qu'il existe déjà chez les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes ([arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrat-types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les EHPAD](#)).

- **Plan d'action :**

- Réalisation d'un projet de contrat-type
- Décret simple

- **Pilote :**

DGCS

**Axe 5 : Assurer de  
meilleures modalités  
d'intervention des  
ressources sanitaires et  
des ressources en santé  
mentale/psychiatrique au  
sein des EHPAD**

## Mesure 14 : Déployer les modalités d'intervention des ressources sanitaires en EHPAD en capitalisant sur les retours d'expérience de la crise sanitaire.

- **Contexte :**

La crise du COVID-19 a fait la démonstration à grande échelle du caractère incontournable et indispensable d'un lien fort et fluide entre la médecine de ville, l'hôpital et le médico-social et le social autour de la personne âgée. Là où le médecin coordonnateur de l'EHPAD a su tisser des liens structurés avec une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou un dispositif d'appui à la coordination, là où une hotline gériatrique a été proposée aux EHPAD par l'hôpital, là où une équipe mobile de gériatrie de territoire s'est projetée vers les lieux de vie des personnes âgées, là où une hospitalisation a pu être réalisée en concertation sans hébergement par l'HAD ou à l'hôpital en évitant les urgences lorsque cela n'était pas nécessaire, la prévention de l'épidémie comme la prise en charge a reposé sur un collectif, et les ruptures dues aux hospitalisations évitées.

Le Ségur de la santé a prévu dans son pilier 4 de fédérer les acteurs sur les territoires de la médecine de ville, de l'hôpital et du médico-social en tirant les conséquences de cette crise Covid. Il pérennise certains dispositifs et amplifie ces collaborations dans la traduction concrète de l'instruction DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 sur les coopérations renforcées entre les EHPAD et les établissements de santé dans le champ du MCO.

Le déploiement des EHPAD centres de ressources territoriaux reposera également sur une coopération forte avec le secteur sanitaire des établissements de santé (de proximité notamment) et de la médecine de ville et les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe.

- **Enjeux :**

Déployer de manière opérationnelle les appuis sanitaires aux EHPAD.  
Structurer ces appuis et assurer leur lisibilité.

- **Plan d'action :**

- Définir le cadre d'orientation des appuis ex-« astreintes » personnes âgées et soins palliatifs et redéployer les financements (mesure Ségur de la santé et Plan soins palliatifs 2021-2024)  
Calendrier : Publication du cadre d'orientation en février 2022 et délégation 2022, puis en 2023 et 2024 pour les appuis soins palliatifs et suivi de leur construction.
- Poursuivre en 2022 le renforcement des équipes mobiles de gériatrie (EMG) en direction des EHPAD:  
Calendrier : sur la base de l'instruction DGOS/DGCS/233 du 19 novembre 2021 sur le déploiement des EMG sur les lieux de vie des personnes âgées, financement FIR 2022 et instauration en 2022 d'un suivi national de leur activité.

- [Déploiement et suivi de la progression des évaluations anticipées de l'HAD en EHPAD et renforcement de la coopération renforcée HAD-EHPAD](#) dans le cadre de la mise en œuvre de la feuille de route (FDR) HAD 2021-2026.

Le dispositif d'évaluation anticipée financé à hauteur de 2,2M€ en 2021 est pérennisé en 2022 avec un recueil automatisé. Il poursuit deux objectifs :

- o Evaluer et anticiper les besoins d'hospitalisation en HAD des résidents d'EHPAD pour éviter les pertes de chance et réduire les passages aux urgences et les hospitalisations avec hébergement évitables.
  - o Anticiper l'intervention de l'HAD dans les EHPAD et permettre une intervention à tout moment y compris le soir et le week-end grâce à la préadmission des patients et au recueil anticipé de l'accord du médecin traitant.
- [Renforcement de l'accès aux soins palliatifs](#) : au travers des astreintes et équipes mobiles soins palliatifs, en association avec l'HAD et de cellules d'animation régionale sur les soins palliatifs dans le cadre du plan soins palliatifs 2021-2024:
  - [Appui dans le domaine des maladies neurodégénératives \(MND\) dans le cadre de la feuille de route sur les MND - 2021-2022.](#)
  - Révision du cahier des charges des consultations mémoire et des CMRR en appui des acteurs médico-sociaux afin de favoriser l'accès à un diagnostic, une expertise, des conseils ou des formations en matière de repérage, prise en charge des résidents avec des troubles liés à la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.  
Calendrier : publication du cahier des charges T1 2022
  - Evaluation par l'IGAS des unités cognitivo-comportementale (UCC) et des centres experts Parkinson intégrant leur relation avec les EHPAD et les ESMS.
  - Elaboration d'une convention cadre sur les appuis sanitaires en y incluant les équipes mobiles d'hygiène et les équipes opérationnelles d'hygiène.
  - Organiser la coopération du secteur sanitaire avec les EHPAD centres de ressources territorial

- **Pilote :**

DGOS en lien avec la DGCS

## Mesure 15 : Formaliser et encadrer les modalités d'intervention des ressources en santé mentale/psychiatrie au sein des EHPAD

- **Contexte :**

En France, plus de 20% des plus de 65 ans présentent au moins un trouble psychique<sup>3</sup> et près de la moitié des dépressions des personnes âgées ne sont pas diagnostiquées.<sup>4</sup>

1/3 des suicides concernent les plus de 65 ans.<sup>5</sup>

Le ratio tentative de suicide/suicides est beaucoup plus faible chez les sujets âgés (4/1) que chez les adolescents (200/1) ou qu'en population générale (20/1).<sup>6</sup>

Les résidents des EHPAD sont touchés par des troubles psychiques liés à des troubles anxieux ou dépressifs, qui peuvent être accompagnés d'un risque suicidaire. Cette situation peut être complexe d'autant qu'elle est souvent intriquée avec troubles neurocognitifs, avec des prescriptions inadéquates.

L'accès aux soins spécialisés de psychiatrie n'est pas actuellement suffisant.

Enfin, l'admission en EHPAD de personnes âgées avec troubles psychiques préexistants déjà suivis par l'offre de psychiatrie est plus fréquente, nécessitant la poursuite de ce suivi et un appui de l'offre de psychiatrie de la personne âgée notamment dès lors que cette admission s'effectue en dehors d'unités spécifiques en EHPAD.

- **Enjeux :**

Etendre ces coopérations renforcées au domaine de la psychiatrie afin de répondre aux besoins des résidents des EHPAD (troubles dépressifs avec un risque suicidaire et anxieux, personnes avec des troubles psychotiques, bipolaires, etc, résidents avec les troubles neurologiques avec des symptômes psycho-comportementaux et les maladies neurodégénératives).

Faire collaborer psychiatrie, gériatrie et neurologie dans le domaine de la prise en charge des résidents des EHPAD.

- **Plan d'action :**

- Renforcer les interventions des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée en direction des EHPAD  
Action : Définir le cadre de ce renforcement afin de déléguer en 2022 les financements
- Inscrire dans les projets de décret et le projet d'instruction sur l'autorisation de l'activité de soins de psychiatrie, la participation au parcours de la personne âgée en lien avec l'accès à des compétences spécialisées et la coopération avec le secteur médico-social.
- Calendrier : Travaux sur les autorisations de l'activité de soins de psychiatrie

---

<sup>3</sup> J.Y. Giordana et al. La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques. Encéphale. 2010.

<sup>4</sup> ANESM, Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. 2014

<sup>5</sup> CépiDc-INSERM, Base des causes médicales de décès. <http://cepidc-data.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>

<sup>6</sup> Collège national des universitaires de psychiatrie, Référentiel de psychiatrie et addictologie. 2016.

- Inscrire dans les prochains axes de formations DPC pluriannuels 2023-2025 une déclinaison sur les personnes âgées de la formation sur le repérage et l'orientation précoces des troubles anxiodépressifs et la juste prise en charge.

- **Pilote** :

DGOS en lien avec la DGCS et à travailler avec la commission nationale de la psychiatrie (dont la sous-commission de la psychiatrie de la personne âgée)

## **GRAND ÂGE : LE GOUVERNEMENT ENGAGÉ EN FAVEUR DU BIEN VIEILLIR À DOMICILE ET EN ÉTABLISSEMENT**

Le 8 mars 2022, Olivier Véran et Brigitte Bourguignon ont présenté les nouvelles mesures de renforcement des contrôles, de l'évaluation et de la transparence concernant le secteur des EHPAD. En complément des actions fortes en faveur des contrôles et de la transparence, plusieurs actions seront structurantes pour améliorer la qualité d'accompagnement des résidents :

### **1. Renforcement de la formation des professionnels**

Tous les professionnels d'EHPAD seront mieux formés à la bientraitance, ainsi qu'au repérage et au signalement des situations de maltraitance.

Un programme de formation-action contre la maltraitance et pour la bientraitance sera intégré dans la formation continue annuelle des 400 000 professionnels d'EHPAD.

### **2. Renforcer la transparence des établissements envers les résidents et les familles**

Le site [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) permet déjà à toute personne de consulter le tarif, la capacité, le type d'hébergement ou encore certaines prestations de chaque établissement.

Désormais, sur chaque fiche d'établissement, dix indicateurs clés seront publiés chaque année sur ce même site. Toute personne pourra ainsi consulter :

1. le taux d'encadrement ;
2. le taux de rotation des personnels ;
3. le taux d'absentéisme ;
4. la date de la dernière évaluation de la qualité de l'établissement (à consulter en version simplifiée sur le site également) ;
5. le plateau technique (présence d'une salle de stimulation sensorielle, balnéothérapie, etc.) ;
6. le profil des chambres (doubles/simples) ;
7. le budget quotidien pour les repas par personne ;
8. le nombre de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) ;
9. la présence d'une infirmière de nuit et d'un médecin coordonnateur dans l'EHPAD ;
10. le partenariat avec un réseau de santé (gériatrique, de soins palliatifs, etc.).

En outre, un questionnaire sera élaboré selon une méthodologie scientifique, rigoureuse et transparente, établie par la Haute Autorité de santé (HAS). Ce recueil de la satisfaction des résidents et de leurs proches devra comporter une partie de questions communes à tous les EHPAD, ainsi qu'une partie propre à chaque établissement, selon ses spécificités (ex : profils spécifiques de résidents, modes d'accompagnement proposés, etc.).

La HAS a été missionnée pour élaborer ce questionnaire avant mai 2022. Les résultats de ce questionnaire de satisfaction seront obligatoirement affichés dans l'espace d'accueil de l'établissement et devront faire l'objet d'une discussion tous les ans dans le cadre du conseil de vie sociale (CVS).

### **3. Engager tous les établissements dans une démarche « qualité », avec une évaluation externe plus complète et plus transparente**

Prévu par la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), **un référentiel national d'évaluation des ESSMS a été publié en mars 2022**, à l'issue de concertations approfondies menées par la HAS avec l'ensemble des acteurs du secteur. La durée entre deux évaluations est portée en 2022 à cinq ans contre sept ans auparavant pour renforcer la démarche qualité au sein des établissements. Cette démarche d'évaluation externe vise également à l'appropriation, par les établissements, d'un niveau d'exigence à faire progresser, grâce à une démarche d'évaluation interne renforcée. Le but est que les collectifs de travail en EHPAD puissent développer une démarche de progrès en continu.

Ce référentiel national, commun à tous les EHPAD, quel que soit leur statut, servira de base d'évaluation pour les organismes évaluateurs externes, à partir de septembre 2022, le temps pour le secteur de se l'approprier. Les établissements seront par ailleurs incités à se faire évaluer dès 2022 par des organismes évaluateurs accrédités par le Comité français d'accréditation (Cofrac), afin de renforcer l'indépendance du processus. Cette accréditation deviendra ensuite une obligation prévue par la loi dans le cadre de la prochaine législature. Un bilan du déploiement de cette réforme de l'évaluation sera réalisé fin 2024. En fonction de ce bilan et en concertation avec les acteurs, un passage à une évaluation tous les quatre ans sera envisagé en 2027, afin de renforcer encore la démarche qualité des établissements, comme cela été décidé pour les hôpitaux.

Les rapports d'évaluations externes des établissements seront également publiés sur [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr), dans un format synthétique compréhensible.

### **4. Faciliter la médiation et renforcer le rôle des familles et des soignants dans le fonctionnement des EHPAD en renforçant les conseils de vie sociale (CVS)**

Plusieurs freins au fonctionnement des CVS ont été identifiés :

- un manque de candidats pour les élus et suppléants représentants des personnes accompagnées en raison de la perte d'autonomie, des troubles cognitifs, des décès, impliquant un fort turn-over ;
- un manque d'investissement des familles avec parfois un sentiment d'illégitimité à être représentant, l'éloignement géographique et l'indisponibilité ; un manque de moyens et de temps dédiés à la mobilisation et à la préparation de l'activité du CVS.

Les CVS sont pourtant indispensables dans le bon fonctionnement des EHPAD, car ils doivent jouer un rôle clé dans plusieurs décisions influant la vie collective de l'établissement. Ils peuvent par exemple discuter de la question de la restauration ou des animations. Leur représentativité doit permettre à chaque partie prenante de se sentir écoutée et consultée. Le Gouvernement a décidé d'en élargir la composition et de renforcer leurs missions dans la gouvernance de chaque EHPAD.

**Pour y parvenir, les dispositifs de la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale seront révisés pour :**

- Simplifier le fonctionnement des CVS ;
- Alléger les procédures de désignation des membres ;
- Élargir sa composition à des élus locaux et en particulier les élus départementaux, à des membres de l'équipe médico-soignante, dont le médecin coordonnateur ;
- Élargir son intervention à la question des droits des résidents ;
- Le consulter obligatoirement sur les résultats obtenus en matière de qualité (publication des dix indicateurs clés, rapport d'évaluation et mise en œuvre du plan d'action associé) ;
- Ouvrir la possibilité de faire appel à la Défenseure des droits et à un médiateur ;
- Faciliter la médiation, pour prévenir les conflits entre familles, résidents et établissement.

Afin de mieux prévenir les conflits qui peuvent survenir entre établissements, résidents et familles, et de trouver des solutions aux difficultés identifiées par eux ou les professionnels, le Gouvernement a décidé de faciliter le recours à la médiation.

La mission du dispositif national de médiation pour les personnels des hôpitaux et des ESSMS, qui anime un réseau de médiateurs formés et spécialisés dans l'univers du soin, sera quant à elle étendue aux différends non résolus par le CVS au niveau de chaque établissement.