

**MISSION « FLASH »****L'EHPAD DE DEMAIN : QUELS MODÈLES ?**

La publication du livre de Victor Castanet, *Les Fossoyeurs*, a mis en lumière des dysfonctionnements majeurs dans certains établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe privé Orpea. Toutefois, les constats étaient connus. Le rapport de Mmes Iborra et Fiat avait notamment fait l'unanimité lors de sa présentation à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en 2018.

Le modèle actuel connaît en effet une crise considérable depuis plusieurs années. Les 6 500 EHPAD français, qui accueillent plus de 600 000 résidents, ne correspondent plus à la population qui y vit désormais. Les personnes y entrent en effet de plus en plus âgées et dépendantes. La situation ne va pas s'améliorer d'elle-même : 2,5 millions de personnes seront atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2050 et la génération du « baby-boom » atteindra 85 ans en 2030, début de « L'Alpe d'Huez » démographique. La crise des EHPAD s'illustre aussi par le fait qu'ils n'attirent plus ni les résidents, ni les personnels, ni les familles. Le choix de l'EHPAD est totalement subi et il y a donc urgence à réfléchir dès maintenant à l'EHPAD de demain.

La présente mission « flash » a donc pour objectif de faire le point sur les propositions et de les hiérarchiser. Des actions doivent être immédiatement entreprises, mais il importe également de définir les grands axes qui devront structurer les modèles de l'EHPAD de demain. Avant tout, les rapporteuses veulent souligner la nécessité de ne pas appréhender l'EHPAD de manière isolée, mais en complémentarité avec les autres acteurs du grand âge et du soin, qu'il importe de renforcer dans leur ensemble (hôpital, médecine de ville, unité de soins de longue durée). Il est également important de ne pas dessiner un modèle unique d'EHPAD : il faut une certaine souplesse afin de s'adapter aux réalités des territoires.

Les rapporteuses ont procédé à une dizaine d'auditions d'organisations syndicales représentatives, de directeurs d'EHPAD et d'associations engagées sur la question. Elles ont rencontré l'Association des départements de France (ADF) et entendu des acteurs institutionnels, à l'instar des agences régionales de santé (ARS), de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS). En complément, elles se sont appuyées sur une dizaine de contributions écrites précises et riches, qui ont utilement contribué à leurs réflexions.



**Véronique Hammerer**  
Députée de Gironde  
(La République en  
Marche)



**Caroline Fiat**  
Députée de  
Meurthe-et-Moselle  
(La France insoumise)



**Isabelle Valentin**  
Député de Haute-Loire  
(Les Républicains)

## I. À COURT TERME : PLUS DE PERSONNELS, DE FINANCEMENTS, DE CONTRÔLES ET DE TEMPS

### *A. Plus de personnels, mieux rémunérés et mieux valorisés*

L'EHPAD de demain est d'abord celui où les résidents sont bien traités et peuvent bien vieillir. À l'heure actuelle, faute de ressources humaines suffisantes, **les personnels peuvent être maltraitants à leur corps défendant.**

En 2018, le taux d'encadrement médian était de 63,4 ETP pour 100 résidents<sup>1</sup>, avec de fortes variations. Les aides-soignantes, les aides médico-psychologiques et les accompagnants éducatifs et sociaux représentent 41,5 % des personnels et les infirmiers 11 %.

Pour l'EHPAD de demain, un **ratio de personnels par résident** s'impose et doit concerner l'encadrement « au chevet » du résident, c'est-à-dire les aides-soignants et infirmiers. Cela existe en Allemagne, dans des cantons suisses et des États américains<sup>2</sup>.

Cette recommandation a été faite à de nombreuses reprises, variant de 0,6 ETP « au chevet » soit 0,93 ETP par résident<sup>3</sup> à 0,75<sup>4</sup>.

À titre d'illustration, l'EHPAD idéal n'est pas celui où chaque résident dispose de dix protections mais plutôt celui où le personnel a le temps d'accompagner chaque résident aux toilettes autant que nécessaire.

**Proposition n° 1. Définir un ratio minimum obligatoire de personnels soignants « au chevet » par établissement.**

Dans l'EHPAD de demain, après les avancées du Ségur de la santé, il faut

continuer à **revaloriser les métiers du soin** qui structurent les EHPAD, notamment les aides-soignants, dont le rôle doit être renforcé. Leur formation en IFAS<sup>5</sup> doit devenir gratuite. Les formations au concept d'« **humanité** » (méthodologie Gineste-Marescotti) devraient également être généralisées. Il faut par ailleurs **recruter des personnels** qui manquent cruellement dans les EHPAD, tels que des **aides médico-psychologiques, des orthophonistes et des ergothérapeutes**. La complémentarité de ces professions est indispensable pour assurer la qualité du soin et de la vie des résidents. La **formation des directeurs d'EHPAD** doit aussi être élargie.

*Proposition n° 2. Recruter plus d'orthophonistes, d'ergothérapeutes et d'aides médico-psychologiques, élargir la formation des directeurs d'EHPAD et rendre gratuite la formation des aides-soignants.*

### *B. Renforcer les financements et créer une politique de prévention*

L'EHPAD de demain ne pourra émerger qu'après une réforme profonde des financements et de la gouvernance. Sur le plan quantitatif tout d'abord, des moyens supplémentaires doivent être octroyés à nos EHPAD, tant pour renforcer l'encadrement en personnel, moderniser nos équipements, que pour réduire le reste à charge des résidents. L'EHPAD de demain doit être un EHPAD accessible aux concitoyens qui ont les revenus les moins élevés. S'il faut se féliciter des crédits supplémentaires que la dernière loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) consacre aux EHPAD, **un véritable**

<sup>1</sup> CNSA, « Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018 », mai 2020.

<sup>2</sup> Conseil d'analyse économique, « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? », Les notes du CAE, n° 35, octobre 2016.

<sup>3</sup> Rapport d'information de Mmes Fiat et Iborra sur les EHPAD, Assemblée nationale, 2018 (n° 769).

<sup>4</sup> Dominique Libault, « Concertation : grand âge et autonomie », mars 2019.

<sup>5</sup> Institut de formation d'aides-soignants

**changement de modèle nécessiterait de mobiliser au moins 1 point de PIB supplémentaire<sup>6</sup>.**

Le renforcement des financements doit permettre, notamment, de mettre en œuvre une **véritable politique de prévention** de la perte d'autonomie, dont nous manquons clairement aujourd'hui. Dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD, que tous les acteurs appellent de leurs vœux, davantage de crédits devront être octroyés à la prévention, éventuellement à travers la **création d'une dotation dédiée**.

*Proposition n° 3. Mobiliser 1 point de PIB supplémentaire pour le financement des EHPAD. Flécher une partie de ces financements vers la prévention.*

### **C. Renforcer les contrôles**

Les contrôles doivent permettre de protéger les résidents autant que les personnels, qui souffrent eux aussi des dysfonctionnements des EHPAD.

**Il faut d'abord clarifier la finalité de ces contrôles.** Les indicateurs sur la base desquels ils sont menés doivent évaluer avant tout le respect de la bienveillance et de la bientraitance, et non de normes sans lien avec la qualité de vie des résidents. Les actions de contrôle doivent être efficaces et suivies d'effets sans monopoliser le temps du personnel des EHPAD.

**En ce qui concerne l'opérateur des contrôles, deux solutions sont possibles.** La première consiste à **confier à un interlocuteur public unique** indépendant la responsabilité des contrôles. Cette mission d'évaluation externe pourrait revenir à la Cour des comptes. La seconde solution reposerait, comme aujourd'hui, sur des contrôles réalisés par les

départements et les agences régionales de santé (ARS). Elle viserait néanmoins à **clarifier les compétences de ces deux autorités** et à créer les conditions d'un dialogue fructueux et d'une mutualisation efficace, indispensables à l'avènement de contrôles utiles.

Dans tous les cas, ces derniers doivent être effectués par des institutions disposant de suffisamment de moyens humains formés, notamment, aux montages financiers complexes. Ces contrôles devraient également permettre la participation active de soignants (infirmiers et aides-soignants notamment).

Lorsqu'ils sont menés sur place, les contrôles doivent l'être de manière inopinée. **Il n'est plus concevable que les contrôles sur place soient annoncés à l'avance.** Des contrôles au niveau des groupes, et non des seuls établissements, sont également nécessaires.

Enfin, les résidents et les familles doivent pouvoir se sentir libres de prendre la parole, notamment dans les conseils de la vie sociale (CVS). Des associations agréées d'usagers pourraient également intégrer ces conseils. Ceux qui dénoncent les graves dysfonctionnements de certains EHPAD, notamment **les représentants des familles, doivent être protégés en tant que lanceurs d'alerte.**

*Proposition n° 4. Clarifier la finalité et la responsabilité des contrôles. Mutualiser la gouvernance et les contrôles entre ARS et départements. Faire des contrôles inopinés la règle. Mieux protéger les représentants des familles lanceurs d'alerte.*

## II. À MOYEN ET LONG TERMES : CHANGER DE MODÈLE, CHANGER DE REGARD

Afin d'éviter que des scandales comme celui d'Orpea se reproduisent à l'avenir, une liste

<sup>6</sup> Rapport d'information de Mmes Fiat et Iborra.

de critères minimaux que devront remplir les EHPAD de demain gagnerait à être établie, à la suite d'un débat public. Plus aucun EHPAD ne pourra sortir de terre s'il ne respecte pas l'ensemble de ces critères.

#### *A. Faire de l'EHPAD un lieu de vie*

L'EHPAD de demain est avant tout **un lieu de vie où l'on soigne et non un lieu de soins où l'on vit**. Des petites structures, à taille humaine, doivent être privilégiées, car elles favorisent l'accompagnement individualisé de chaque résident et l'exercice de sa pleine citoyenneté.

Ainsi, **la chambre du résident doit redevenir son domicile**, garant de son intimité, avec tous les droits qui y sont attachés. Chaque résident doit pouvoir choisir qui y entre, ce qui peut se matérialiser par l'installation d'une sonnette par exemple. Il doit pouvoir aménager ce lieu, suffisamment spacieux, pratique et confortable, selon son goût et ses besoins. Ce « **droit au beau** »<sup>7</sup> et au pratique doit également être pris en compte dans l'aménagement de l'EHPAD : outre l'ergonomie, l'architecture doit intégrer une exigence d'esthétisme pragmatique, permettant au résident de se sentir « chez lui ». Dans cet objectif, il est indispensable d'associer des spécialistes de la santé et des ergothérapeutes à la conception architecturale des EHPAD. Le cahier des charges sur la qualité de vie des résidents, datant de 1999, doit être révisé pour intégrer ces exigences, qui s'imposeront ainsi à tout nouvel EHPAD.

Ce « droit au beau » s'accompagne d'un « **droit au bon** », notamment dans la conception des repas, véritables plaisirs du quotidien pour les résidents.

Ceux-ci doivent également avoir, par principe, le droit d'aller et venir librement, dans l'EHPAD comme en dehors.

L'emplacement de l'EHPAD et sa desserte par les réseaux de transport en commun doivent permettre un accès aux commerces et services. L'EHPAD doit être ouvert sur son territoire et accueillir des projets à destination de l'ensemble de la population. Certains EHPAD hébergent ainsi déjà des salles communales ou de spectacles, voire des tiers-lieux telle une microbrasserie.

Ces évolutions nécessitent une réelle révolution culturelle dans la manière d'appréhender le grand âge. Elles pourraient utilement s'incarner dans un **changement de nom des EHPAD**.

*Proposition n° 5. Ne plus construire d'EHPAD qui ne soit pas un véritable lieu de vie, apprécié selon quatre critères : la taille, la situation géographique, le projet d'ouverture et l'architecture.*

*Renommer les EHPAD en « Maisons collectives pour seniors », comme le propose le rapport de Mmes Fiat et Iborra.*

#### *B. Un lieu dans lequel l'accès aux soins et à l'accompagnement est assuré*

Dans l'EHPAD de demain, la question n'est pas tant celle d'une plus grande médicalisation que celle d'un meilleur accès aux soins et à l'accompagnement, lequel nécessite une plus grande ouverture des EHPAD sur l'extérieur. Au-delà de la terminologie – les termes d'EHPAD « plateforme » ou « hors les murs » sont désormais bien connus – des évolutions concrètes sont nécessaires. **L'EHPAD de demain doit d'abord permettre de renforcer les liens avec les acteurs de la santé sur son territoire**. Davantage de places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation doivent être prévues en EHPAD. L'EHPAD de demain devrait également avoir pour modèle les

<sup>7</sup> Rapport d'information de Mmes Fiat et Iborra.

MARPA-écoles<sup>8</sup>, dans le but de favoriser un véritable « vivre ensemble ».

**L'EHPAD de demain doit également assurer un continuum avec les autres acteurs du grand âge.** Il ne doit plus être un pis-aller, un lieu « où l'on n'entre que pour mourir », une fois que le maintien à domicile n'est plus possible. Les allers-retours entre structures d'accueil doivent être facilités et l'EHPAD de demain doit offrir un vaste bouquet de services accessibles tant aux personnes âgées vivant en établissement qu'à celles demeurant à domicile (accueil de nuit, accès à des professionnels soignants, accès aux soins par télémedecine, ateliers collectifs pour prévenir la perte d'autonomie et lutter contre l'isolement, soutien aux aidants, restauration, blanchisserie, etc.). Il faut aller plus loin que l'article 47 de la LFSS pour 2022, qui permet aux EHPAD de devenir des centres de ressources territoriaux, en obligeant chaque EHPAD à **signer des conventions avec les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social**, en prévoyant des financements suffisants, voire en réfléchissant à un nouveau système d'autorisation pour que les partenariats se concrétisent plus facilement sur le terrain.

Si l'EHPAD de demain doit garantir l'accès aux soins, il doit avant tout éviter toute « surmédicalisation » et **privilégier les approches thérapeutiques non médicamenteuses** lorsque cela est possible.

*Proposition n° 6. Ne plus agréer d'EHPAD qui n'ait pas signé de convention avec les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social de son territoire et qui n'offre pas un bouquet de services*

<sup>8</sup> Maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie, promues par la Mutualité sociale agricole.

<sup>9</sup> CNSA, « Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018 », mai 2020.

*largement accessibles, tant aux personnes âgées vivant en établissement qu'à celles demeurant à domicile.*

### *C. Quel statut pour l'EHPAD de demain ?*

En 2018, la France comptait 1 727 EHPAD privés commerciaux (130 000 places), 2 147 privés non lucratifs (164 000 places) et 2 609 publics (253 000 places).

Le scandale Orpea a montré comment le modèle lucratif pouvait entraîner des dérives, par volonté d'optimisation économique. Il est d'ailleurs intéressant de noter<sup>9</sup> que **les EHPAD publics affichent un taux d'encadrement<sup>10</sup> significativement supérieur** à ceux constatés pour les autres statuts<sup>11</sup>. Le secteur privé lucratif se singularise par un niveau médian bas<sup>12</sup>.

**Les entreprises privées à but lucratif n'ont pas les mêmes obligations** en termes de rendu de comptes que les autres, en raison de la préservation du secret des affaires. Cela doit être revu pour aligner les obligations.

*Proposition n° 7. Renforcer la transparence des règles de rendu des comptes pour les EHPAD privés à but lucratif.*

Trois solutions alternatives de plus long terme ont été évoquées pour l'EHPAD de demain. La première consisterait à **interdire le statut des EHPAD privés à but lucratif**, ce qui pose la question de la transformation des établissements existant aujourd'hui sous ce statut et de la baisse de la capacité d'investissement dans les futurs EHPAD.

Une deuxième solution serait d'**imposer le statut de société à mission** aux groupes privés gérant des EHPAD. Sous réserve de

<sup>10</sup> Rapport entre les effectifs de personnels en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places dans l'établissement.

<sup>11</sup> 72,1 ETP pour 100 places.

<sup>12</sup> 52,3 ETP pour 100 places.



sa constitutionnalité, cette mesure, bien qu'elle ne constitue pas une solution miracle, permettrait une vérification par un organisme tiers indépendant de l'exécution des objectifs sociaux et environnementaux que la société se donne pour mission de poursuivre dans le cadre de son activité<sup>13</sup>.

Enfin, une troisième voie consisterait à **séparer la gestion immobilière**, qui pourrait être assurée par des acteurs privés, **de l'accompagnement du grand âge**, dont la responsabilité relèverait uniquement du secteur public ou privé non lucratif. Cette option pose néanmoins la question d'une possible spéculation immobilière.

*Proposition n° 8. Réfléchir à la réforme du statut des EHPAD, avec trois voies : l'interdiction des EHPAD privés lucratifs, l'obligation de les transformer en sociétés à mission ou la séparation entre la gestion immobilière et les activités d'accompagnement du grand âge.*

---

<sup>13</sup> Articles L. 210-10 et R. 210-21 du code de commerce.

## **ANNEXE 1 : PROPOSITIONS POUR L'EHPAD DE DEMAIN**

### **À COURT TERME : PLUS DE PERSONNELS, PLUS DE FINANCEMENTS, PLUS DE CONTRÔLES, PLUS DE TEMPS**

1/ Définir un ratio minimum obligatoire de personnels soignants « au chevet » par établissement.

2/ Recruter plus d'orthophonistes, d'ergothérapeutes et d'aides médico-psychologiques, élargir la formation des directeurs d'EHPAD et rendre gratuite la formation des aides-soignants.

3/ Mobiliser 1 point de PIB supplémentaire pour le financement des EHPAD. Flécher une partie de ces financements vers la prévention.

4/ Clarifier la finalité et la responsabilité des contrôles. Créer une véritable mutualisation de la gouvernance et des contrôles entre ARS et départements. Faire des contrôles inopinés la règle. Mieux protéger les représentants des familles lanceurs d'alerte.

### **À MOYEN ET LONG TERMES : CHANGER DE MODÈLE, CHANGER DE REGARD**

5/ Ne plus construire d'EHPAD qui ne soit pas un véritable lieu de vie, apprécié selon quatre critères : la taille, la situation géographique, le projet d'ouverture et l'architecture.

6/ Ne plus agréer d'EHPAD qui n'ait pas signé de convention avec les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social de son territoire et qui n'offre pas un bouquet de services largement accessibles, tant aux personnes âgées vivant en établissement qu'à celles demeurant à domicile.

7/ Renforcer la transparence des règles de rendu des comptes pour les EHPAD privés à but lucratif.

8/ Réfléchir à la réforme du statut des EHPAD, avec trois voies : l'interdiction des EHPAD privés lucratifs, l'obligation de les transformer en sociétés à mission ou la séparation entre la gestion immobilière (qui peut être assurée par un acteur privé) et les activités d'accompagnement du grand âge.