



**QUELLE PRISE EN CHARGE DES
PERSONNES AGEES POUR DEMAIN ?**



10 Propositions

Mai 2015

Ce rapport a été rédigé par :

- Marion BEAUVAIS
- Raphaëlle BOHU
- Charlotte CARDIN
- Paul CHALVIN
- Quentin DEMANET
- Marion LELOUTRE
- Dinh Phong NGUYEN
- Vincent VAUCHEL

Le groupe de travail a été coordonné et animé par Quentin DEMANET.

Le pôle Santé de Cartes sur table est animé par Erwann PAUL.

SUIVRE CARTES SUR TABLE

Site internet : <http://www.cartes-sur-table.fr>

Id. twitter : @CSThinktank

Facebook : <http://facebook.com/pages/Cartes-sur-table/300422563323462>

SYNTHESE

*« Ne pas honorer la vieillesse,
c'est démolir la maison où l'on doit coucher le soir »
Alphonse Karr*

En 2025, 28% de la population française sera âgée de plus de 60 ans et près de 15% de la population aura dépassé le cap des 75 ans en 2050. Le vieillissement de la population constitue un enjeu crucial pour notre système de santé. La prise en charge des personnes âgées se révèle aujourd'hui inefficace, insuffisante et trop tardive. Ces facteurs créent des inégalités sociales et territoriales de plus en plus criantes. Rénover la prise en charge des personnes âgées doit être une priorité politique affirmée.

Un seul principe doit guider l'action : la prise en charge doit, enfin, se faire autour du patient et du maintien de son autonomie. Le renforcement des politiques de prévention, des structures d'aval et de la place des aidants est non seulement indispensable mais inévitable. Il faut encourager une continuité dans le parcours de soin pour mettre fin à tous les à-coups dans la prise en charge et pour dépasser tous les cloisonnements (des activités médicales entre la ville et l'hôpital, par exemple) dépassés et les oppositions stériles. La mise en place par exemple d'un bilan transversal gériatrique en début de parcours et le renforcement de l'offre d'hospitalisation en aval facilitent la prise en charge globale sur le temps long.

Au-delà de la fluidité du parcours, c'est une véritable culture gériatrique qui doit être insufflée à chaque étape de l'accompagnement du patient dans les différentes structures. Elle ne peut faire l'économie tant d'un renforcement important de l'offre d'hébergement que de la recherche de nouvelles sources de financement pour faire face aux inégalités d'accès et aux déboursés conséquents pour les patients, encore trop souvent présents aujourd'hui. La refonte des modalités de financement peut y contribuer tout comme les contrats viagers.

Remettre la personne âgée au cœur de son parcours de santé et de vie, c'est n'omettre aucun aspect de sa prise en charge. Trop souvent les conditions de vie à domicile et en institution sont restées un sujet tabou. A l'avenir, il convient d'affirmer un droit à une vie affective et sexuelle pour les personnes âgées en institution et de mettre l'accent sur la formation nécessaire des personnels.

Une réponse générale d'amélioration de la prise en charge doit donc être pensée et proposée. Ce rapport préconise des solutions innovantes et nécessaires pour adapter l'accueil des seniors aux enjeux de demain, mais surtout pose les bases d'une réforme en profondeur du système existant.

PRINCIPALES PROPOSITIONS

➔ RENFORCER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN AMONT DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Proposition 1 - Mettre l'accent sur la prise en charge des personnes âgées en amont de la perte d'autonomie par un repérage précoce des sujets âgés fragiles à l'hôpital et une prévention effective des situations à risques en dehors de l'hôpital.

Proposition 2 - Améliorer la fluidité du parcours par une généralisation du bilan transversal en début de parcours – puis à chaque visite du patient âgé – et un renforcement de l'offre d'hospitalisation et d'aval.

➔ RENOVER LES RELATIONS VILLE-HOPITAL, LA COORDINATION ENTRE LES ACTEURS ET LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

Proposition 3 - Renforcer les réseaux villes-hôpitaux par la mise en place de partenariats obligatoires entre les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et les hôpitaux de leur territoire de santé et le développement de l'hospitalisation à domicile.

Proposition 4 - Faciliter l'accès à l'information et mettre en place une communication à destination des aidants et des personnes âgées.

Proposition 5 - Systématiser les modes de prise en charge transversaux et mobiles permettant de diminuer l'hospitalisation évitable et de faire du développement des équipes mobiles de gériatrie une priorité.

➔ DEVELOPPER DES OUTILS INNOVANTS DE FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Proposition 6 - Refondre les modalités actuelles de financement et de tarification des établissements d'hébergement pour les personnes âgées afin d'améliorer l'encadrement du coût des structures et leur coordination.

Proposition 7 - Développer des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes 100% habilités à l'aide sociale, qui permettent un véritable contrôle du prix de journée et une diminution du reste à charge pour les résidents.

Proposition 8 - Mobiliser le patrimoine des personnes pour financer le développement indispensable d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, à travers la hausse des droits de successions d'une part – qui doit être suffisamment importante pour faire évoluer les comportements –, en régulant le marché de l'assurance dépendance d'autre part, et en développant aussi de nouveaux contrats viagers.

➔ AMELIORER LA VIE RELATIONNELLE DES PERSONNES AGEES EN INSTITUTION

Proposition 9 - Replacer la personne âgée au cœur de son parcours de vie en lui reconnaissant le droit à vivre sa vie relationnelle et à protéger son intimité en institution.

Proposition 10 - Promouvoir un juste respect de ces droits par le développement au sein des institutions de la formation des personnels et de l'information des familles et des résidents.

INTRODUCTION

A l'horizon 2050, la proportion des personnes de plus de 75 ans au sein de la population française augmentera fortement pour représenter plus de 15% des Français soit près de 11 millions de personnes (contre 9% actuellement, soit 6 millions de personnes¹). Selon les projections de l'INSEE², 28% de la population serait ainsi âgée de 60 ans et plus en 2025. **Ce vieillissement de la population est porteur d'évolutions majeures. Il constitue ainsi un enjeu essentiel pour notre système de santé.**

Or, les personnes âgées³ nécessitent une prise en charge spécifique du fait de leurs pathologies multiples, chroniques et complexes. Au 1^{er} janvier 2012, en France métropolitaine, 1,17 millions de personnes âgées sont dépendantes⁴ au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit 7,8% des 60 ans ou plus, tandis qu'à l'horizon 2060, ce nombre devrait atteindre 2,3 millions de personnes⁵. **La prise en charge gériatrique, entendue de manière globale comme le diagnostic, le traitement des pathologies aiguës et chroniques mais aussi la prévention des complications, la conservation de l'autonomie et le devenir social du patient âgé⁶ va donc être au cœur des enjeux de notre système de soins.**

Ce besoin est accentué par un nombre de médecins spécialisés en gériatrie qui demeure insuffisant. En 2011, les effectifs des enseignants hospitalo-universitaires de gériatrie étaient au nombre de 57 professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH)⁷, 4 maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) et 48 chefs de clinique-assistants des universités, soit un total de 109 enseignants dans cette spécialité. Si les effectifs progressent, ils restent en-deçà des objectifs du Plan « Solidarité Grand Âge »⁸ qui fixait une ambition de 64 PU-PH à l'horizon 2010. Ces chiffres sont d'autant plus inquiétants que l'évolution actuelle de la démographie médicale va conduire à une réduction importante du nombre de médecins ainsi qu'au renforcement des inégalités territoriales. L'enjeu de sensibilisation de l'ensemble du corps médical et des professions paramédicales à la prise en charge du sujet âgé apparaît dans ce contexte particulièrement prégnant.

Ces préoccupations appellent une réponse générale d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. **Elle se révèle aujourd'hui insuffisante, inégale, trop tardive, et souffre partout d'un manque de coordination véritable entre les différents acteurs.**

¹ Rapport public annuel, Cour des comptes, « La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents », 2012.

² Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques.

³ On retiendra, pour le reste du rapport, la définition de personnes âgées donnée par l'INSEE qui correspond à une personne âgée de plus de 75 ans.

⁴ Selon la loi de 1997, qui crée la Prestation Spécifique Dépendance, la dépendance est « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière ». Par ailleurs, ces personnes sont davantage malades. En 2008, l'âge moyen des personnes en Affection de Longue Durée est de 62,8 ans alors qu'il est de 35,4 ans pour le reste de la population.

⁵ INSEE, TEF Edition 2014.

⁶ Rapport HAS, « Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées », 2009.

⁷ Ce chiffre n'était que de 40 en 2006.

⁸ Le plan « solidarité grand âge » créé en 2006 prévoyait pour 2010 64 PU-PH. En formation continue, 1 686 médecins généralistes ont obtenu une capacité de gérontologie au titre de l'année universitaire 2009-2010, destinée à leur permettre de prendre en charge les personnes âgées dans de meilleures conditions. Un chiffre qu'il faut mettre en perspective avec les 53 000 omnipraticiens recensés en 2009.

Insuffisante et inégale, car elle ne bénéficie pas à l'ensemble des personnes âgées et est marquée par des disparités importantes selon les territoires et les âges. Les files d'attente en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en témoignent, tout comme le manque de places en structures gériatriques hospitalières dédiées (Soins de suites et de réadaptation – SSR – et Unités de soins de longues durées – USLD).

Trop tardive, parce que la prise en charge n'intervient qu'au moment de la confirmation de l'état de dépendance de la personne âgée. Ce constat d'échec de la prévention, qui voit son efficacité décroître avec l'âge du patient, génère des coûts très élevés pour la collectivité⁹. Enfin, la prise en charge des personnes âgées souffre d'un criant manque de coordination à un double niveau : entre les structures de soins hospitalières, celles de ville et le soutien à domicile, et à l'intérieur même des hôpitaux. En effet, les polyopathologies des personnes âgées et leurs spécificités nécessitent une prise en charge globale sur le temps long¹⁰. Ceci impose une approche transversale et une nouvelle coopération entre les différents acteurs mobilisés autour du parcours de la personne âgée. De la médecine de premier recours au décloisonnement de l'hôpital en passant par le secteur médico-social, tous doivent se sentir concernés et être mobilisés pour améliorer l'accueil et la prise en charge des séniors. Ainsi, à l'intérieur des hôpitaux, cette exigence de transversalité requiert une coordination entre les services de soins et les unités d'aval.

Face à ces nécessités de structuration et de modernisation, le pôle santé de *Cartes sur table* formule 10 propositions pour l'avenir de la prise en charge des personnes âgées. Elles se veulent autant de pistes de solutions innovantes et nécessaires pour adapter l'accueil du séniors aux enjeux de demain et renforcer son autonomie. Ces 10 propositions traiteront successivement des quatre champs d'amélioration de la prise en charge :

1) Renforcer la prise en charge des personnes âgées en amont de la perte d'autonomie

2) Rénover les relations ville-hôpital, la coordination entre les acteurs et le parcours de prise en charge des personnes âgées

3) Développer des outils innovants de financement des EHPAD

4) Améliorer la vie relationnelle des personnes âgées en institution

⁹ Le Pr Bruno Vellas, chef du service de gériatrie au CHU de Toulouse et Président de l'Association internationale de gériatrie, souligne ainsi qu'il s'agit d'agir avant l'apparition d'une dépendance lourde pour les activités de la vie quotidienne, c'est-à-dire au stade de fragilité physique qui précède la dépendance.

¹⁰ Rapport Cartes sur Table, [Le patient, acteur de son parcours de santé – Propositions pour réformer le système de santé français](#), juillet 2014.

RENFORCER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN AMONT DE LA PERTE D'AUTONOMIE

La prise en charge des personnes âgées se fait, aujourd'hui, selon des modalités très diverses. Si une première distinction peut s'établir selon le lieu de prise en charge (hôpital, institution de type EHPAD, ville, domicile), des différences importantes existent aussi au sein même des structures. **Dans ce contexte, il convient de ne pas de parler d'une prise en charge unique des personnes âgées, mais plutôt de prises en charge multiples et distinctes en fonction par exemple de l'âge des personnes âgées, de leur localisation géographique, de leurs besoins spécifiques et de leurs pathologies éventuelles, ainsi que de leur structure d'accueil.**

Cette diversité des prises en charge peut être illustrée à titre d'exemple par la prise en charge gériatrique réalisée au sein d'un même Groupe hospitalier composé d'établissements différents. Au sein de plusieurs sites hospitaliers d'un même groupement, la culture gériatrique peut être très diverse. Les dénominations des établissements du Groupe cherchent à traduire ces différences entre des établissements dits spécialisés dans les « besoins du grand âge », par exemple, et ceux « permettant la prise en charge des pathologies à tous les âges de la vie ». Il reste que ces deux types d'établissements accueillent tous les deux des individus de grand âge. Dans le premier établissement, spécialisé en gériatrie, la personne âgée reçoit systématiquement un bilan médico-chirurgical complet gériatrique avant son hospitalisation tandis que dans le second, la prise en charge plus pathologique ne permet pas toujours de traiter de manière transversale la multiplicité des pathologies des patients. Il existe des inégalités dans la prise en charge gériatrique entre établissements de même nature mais de culture clinique différente.

Dans le contexte de vieillissement de la population française déjà à l'œuvre, les dépenses de santé et le recours aux soins hospitaliers connaissent un accroissement considérable¹¹. L'analyse des conditions de recours à l'hôpital montre ainsi une surreprésentation des individus de 80 ans et plus, surtout pour ceux entrés par les services d'urgences¹². Surreprésentation qui s'explique notamment par le constat d'une difficulté des secteurs sanitaire et social à prendre en charge de façon adaptée les personnes âgées fragiles.

Afin de remédier à cette situation, **Cartes sur table propose de développer la culture gériatrique au sein des établissements publics de santé et de renforcer la prise en charge des personnes âgées en amont de la perte d'autonomie.** L'enjeu est de parvenir à repérer les sujets âgés fragiles en pratique clinique. Il s'avère en effet que ces derniers basculent souvent dans la dépendance après un séjour hospitalier, d'autant plus si celui-ci a été précédé d'un passage dans les services d'admission d'urgence¹³. Afin d'éviter la perte d'autonomie, notamment physique, chez ces patients âgés, la prise en charge et la prévention doivent avoir lieu pendant leur séjour hospitalier mais également à distance de l'hôpital, au retour à domicile.

¹¹ Entre 45 et 95 ans, le recours à l'hôpital croît de façon régulière et continue. La multiplicité des pathologies, de plus en plus fréquentes et graves, n'explique qu'en partie cette forte consommation de soins puisque que le manque de coordination entre les structures conduit souvent à faire des urgences hospitalières le point d'entrée d'une prise en charge.

¹² Ils représentent en moyenne 41% des séjours, contre 24% pour les 20-80 ans (INSEE).

¹³ *Journal of Nutrition*, « Health and Aging », 2013.

L'accent pourrait ainsi être mis sur des mesures de prévention du risque de dépendance au moyen d'exercices physiques, d'activités sociales, cognitives, de « gérontechnologies », d'éducation nutritionnelle, etc., autant de méthodes qui ne sont pas médicamenteuses mais qui imposent de renforcer les relations entre tous les acteurs du soin : médecin traitant, services sociaux, aidants, hôpitaux et EHPAD.

Des filières de repérage et d'orientation des personnes âgées à l'hôpital depuis les urgences pourraient aussi être valorisées notamment en rendant obligatoire l'obtention d'un DU de gériatrie pour les urgentistes.

L'allongement de la vie doit être considéré par la société comme une chance et l'opportunité de renforcer une culture de prise en charge de la personne âgée. La mise en place récente de la Mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés (Monalisa) correspond déjà à cette volonté de repérage et d'orientation qu'il nous faut encourager.

Proposition 1 - Mettre l'accent sur la prise en charge des personnes âgées en amont de la perte d'autonomie par un repérage précoce des sujets âgés fragiles à l'hôpital et une prévention effective des situations à risques en dehors de l'hôpital.

Pour les patients nécessitant une hospitalisation, **Cartes sur table propose de renforcer la fluidité des parcours par une meilleure coordination des acteurs et de poursuivre l'augmentation de l'offre à destination des personnes âgées.** L'IGAS¹⁴ a, en effet, montré que des organisations coordonnées permettent de réduire la durée moyenne de séjour et les entrées en hospitalisation par les urgences voire les transferts entre services de l'hôpital¹⁵. Il est, par conséquent, nécessaire dans la prise en charge de la personne âgée de généraliser le bilan transversal réalisé en début de parcours pour permettre une orientation plus efficace et limiter le syndrome du glissement¹⁶. La systématisation, à chaque visite du patient âgé après 65 ans, d'un bilan dépendance ajouté à son dossier patient (et visible avec sa carte vitale) pourrait ensuite améliorer la lisibilité de son parcours.

Il devient indispensable de créer une véritable coordination de la prise en charge en aval de l'hospitalisation. Il s'agit d'un « chaînon manquant »¹⁷ dans la prise en charge des personnes âgées qui s'illustre par l'inexistence d'un guichet unique en charge de la coordination. **Des expérimentations pour favoriser l'émergence de celui-ci, adapté aux contextes locaux, paraissent utiles et nécessaires.** Dans le cadre de la refonte des responsabilités dans la planification hospitalière et médico-sociale, ce rôle de cristallisation pourrait être confié aux Agences régionales de santé (ARS).

¹⁴ Inspection Générale des Affaires Sociales.

¹⁵ Rapport IGAS, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, mai 2011.

¹⁶ Le syndrome de glissement est une décompensation rapide de l'état général de la personne âgée faisant suite à une affection aiguë qui est en voie de guérison et qui paraît guérie.

¹⁷ Rapport Orange Healthcare, *Viellissement de la population et usage des technologies numériques*, juillet 2013.

Il convient aussi de poursuivre le développement des lits de médecine gériatrique et de SSR à orientation gériatrique. Dans ce cadre, le redéploiement de lits de certaines spécialités médicales (notamment de médecine interne) vers des lits de gériatrie pourrait contribuer à l'effort. Ces redéploiements permettent d'agir efficacement dans le contexte financier tendu que connaissent les Etablissements publics de santé et de faire évoluer l'hôpital public en fonction de la demande. Un travail de coordination avec l'aval doit enfin être mis en place pour permettre une augmentation significative du nombre de places disponibles en EHPAD.

Proposition 2 - Améliorer la fluidité du parcours par une généralisation du bilan transversal en début de parcours – puis à chaque visite du patient âgé – et un renforcement de l'offre d'hospitalisation et d'aval.

RENOVER LES RELATIONS VILLE-HOPITAL, LA COORDINATION ENTRE LES ACTEURS ET LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

Le cloisonnement des activités médicales entre la ville (les professionnels libéraux, essentiellement) et l'hôpital reste aujourd'hui une difficulté majeure dans la prise en charge des personnes âgées. L'articulation entre les différents acteurs des secteurs sanitaire et médico-social est pourtant indispensable. Qui plus est, elle constitue des sources de croissance importante pour le secteur de la « Silver économie »¹⁸ et de la prise en charge globale des services à la personne âgée. Les personnes soignées naviguent souvent d'un secteur à un autre sans qu'il y ait de suivi véritable de leur évolution, ce qui crée des incohérences et un surcoût collectif. **Les réseaux ville-hôpital doivent donc mieux fonctionner pour permettre aux patients une continuité dans leur parcours de soins.** L'Hospitalisation à domicile (HAD) autorisée depuis 2007 pour les résidents en EHPAD pourrait dans ce cadre être renforcée. Elle est encore peu pratiquée (4,15% des patients de l'HAD sont des résidents d'EHPAD¹⁹) alors qu'elle constitue pourtant une alternative à l'hospitalisation et permet ainsi d'éviter le transfert du résident dans un établissement de santé. Surtout, elle correspond à une demande forte des personnes âgées d'être prises en charge à domicile. Une difficulté majeure, à laquelle il faut mettre fin, demeure : l'impossibilité de cumuler une prise en charge hospitalière avec une prise en charge médico-sociale. Pour se faire, *Cartes sur tables* propose dans la lignée de son [précédent rapport](#) de renforcer la place de l'aidant et de lui offrir un statut spécifique²⁰ lui permettant de devenir un levier d'appui à la mise en place d'une hospitalisation à domicile.

Proposition 3 - Renforcer les réseaux ville-hôpital par la mise en place de partenariats obligatoires entre les EHPAD et les hôpitaux de leur territoire de santé et le développement de l'hospitalisation à domicile.

La prise en charge du patient doit être pensée dans un environnement social. Il est trop réducteur de penser au patient âgé comme un isolat, une personne seule. C'est pour cela qu'un regard particulier doit être porté sur l'information et l'apport des aidants et accompagnants. Il s'agit de ne pas relayer l'aidant à un second rôle mais de s'appuyer au maximum sur l'environnement et les acteurs les plus proches de la personne âgée prise en charge.

¹⁸ La Silver économie décrit l'économie au service des âgés dont l'enjeu est de permettre et d'encourager les innovations qui vont accompagner notre avancée en âge et faire reculer la perte d'autonomie. La Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (DARES) estime que la Silver économie peut entraîner en France 300 000 créations d'emplois nettes d'ici 2020.

¹⁹ Rapport de Pascal Jacob, en mission auprès de Mme Norra Berra, secrétaire d'Etat en charge de la Santé, *Pour la personne handicapée : l'hospitalisation au domicile social ou médico-social*, février 2012.

²⁰ Rapport Cartes sur Table, [Le patient, acteur de son parcours de santé – Propositions pour réformer le système de santé français](#), juillet 2014.

Proposition 4 - Faciliter l'accès à l'information et mettre en place une communication à destination des aidants et des personnes âgées.

Plus globalement, **le bon fonctionnement de la filière gériatrique au sein des territoires de santé nécessite une cohérence globale du dispositif. Ce dernier doit être centré autour du patient.** L'enjeu est de parvenir à mobiliser les compétences des différents acteurs concernés pour satisfaire au mieux les besoins et souhaits des patients. Une attention particulière doit être portée au développement des équipes mobiles de gériatrie (à l'intérieur ou à l'extérieur des hôpitaux) particulièrement prisées par les personnes âgées. Sur le modèle des équipes mobiles de la douleur et des soins palliatifs, appréciées aussi bien par les patients que par les soignants, des équipes mobiles de gériatrie externes peuvent être développées. Elles sont aujourd'hui trop peu nombreuses, alors qu'elles permettent pourtant de replacer le patient au cœur du système et de prendre en compte les spécificités de la personne âgée. Les équipes mobiles ne remplacent pas les professionnels libéraux sur le terrain mais offrent un contrôle des bonnes pratiques, apportent les actions correctives, orientent le patient et forment les professionnels. Elles participent alors à la politique indispensable de décloisonnement, à une meilleure gestion du parcours du patient et à une réduction des hospitalisations évitables.

Les équipes mobiles de gériatrie externes peuvent aisément se compléter d'équipes mobiles de gériatrie internes au sein des établissements de santé qui exercent en soutien, dans des unités de chirurgie par exemple, et facilitent la prise en charge de patients âgés dont le besoin de santé ne se limite pas à l'acte technique.

L'accroissement du nombre d'équipes mobiles doit devenir une des priorités des démarches d'amélioration de la qualité des établissements publics de santé ainsi que des démarches d'accréditations des ARS.

Proposition 5 - La prise en charge de chaque patient âgé étant spécifique, il convient de systématiser les modes de prise en charge transversaux et mobiles, permettant de diminuer l'hospitalisation évitable. Il faut faire du développement des équipes mobiles de gériatrie une priorité.

DEVELOPPER DES OUTILS INNOVANTS DE FINANCEMENT DES EHPAD

La France compte aujourd’hui environ 7 000 établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour 500 000 places, auxquelles on peut ajouter 30 000 lits d’unités de soins de longues durées (USLD). Cela constitue une offre globale de 100 lits médicalisés pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus²¹. Si le développement de l’offre est continu depuis les années 1990, les enjeux se sont multipliés : médicalisation croissante, amélioration de la qualité, prise en charge des personnes atteintes de démence, limitation du reste à charge des familles²², restructuration de l’offre existante pour réaliser des gains d’efficacité et caractère stratégique du secteur de la dépendance pour l’économie²³. **Surtout, les personnes âgées arrivent plus tard en EHPAD, elles sont donc plus vieilles et plus dépendantes.**

Dans le même temps, la séparation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social a entraîné une redistribution des compétences entre l’Etat via les ARS (aux compétences essentiellement centrées sur le domaine sanitaire) et le conseil départemental (domaine social). Ce partage tant pour ce qui touche à la planification qu’au financement n’est pas efficient. Si l’on prend l’exemple de la restructuration des tailles des EHPAD, on s’aperçoit ainsi souvent qu’elle demeure inférieure à la taille optimale qui doit être supérieure à 70 places. Les incitations aux regroupements demeurent trop limitées. Le fonctionnement des conseils départementaux n’est pas optimal pour encourager cette refonte de la carte de la prise en charge de l’autonomie. Pour intensifier la restructuration de l’offre en EHPAD, **Cartes sur Table propose de refondre les compétences sanitaire et sociale. Cela implique de réfléchir à la réorganisation des responsabilités entre ARS et conseil départemental dans le financement et la tarification des EHPAD.**

Aujourd’hui la couverture du risque dépendance est insuffisante pour répondre à la demande d’une prise en charge de qualité, adaptée aux publics concernés et accessible financièrement. Si le [projet de loi d’adaptation de la société au vieillissement](#), en cours d’examen au Sénat, améliore l’accessibilité financière aux dispositifs d’aide à domicile, il contient peu de mesures concernant la prise en charge en établissement. Or, de nombreuses personnes âgées dépendantes hébergées en EHPAD subissent un « reste à charge » très important que les montants de l’APA en établissement, établis en fonction des revenus et du groupe iso-ressources (GIR) du bénéficiaire, ne permettent pas de couvrir²⁴. Les aides versées par la collectivité ne permettent pas à tous les citoyens de couvrir leur frais d’hébergement. Des inégalités dans l’accès aux structures médico-sociales apparaissent. Souvent, les familles (les descendants) doivent intervenir financièrement pour faciliter la prise en charge des aînés. Si la solidarité familiale est inscrite dans le code civil, de telles disparités doivent être limitées par l’action publique.

²¹ Rapport IGAS, *L’impact des modes d’organisation sur la prise en charge du grand âge*, mai 2011

²² En moyenne, toujours de 1 500€ par mois en établissement selon le Rapport sur la dépendance de 2011.

²³ Le secteur privé à but lucratif représentant 21% du total des lits d’EHPAD, les groupes d’EHPAD commerciaux participent de l’émergence d’une « Silver Economie ».

²⁴ Pour les personnes âgées ne disposant pas de ressources suffisantes, l’aide sociale à l’hébergement (ASH) permet de limiter le reste à charge à hauteur de 1% du minimum vieillesse dans la limite d’un reste à vivre de 85€ (2010). Cette aide est toutefois limitée aux personnes disposant de revenus très modestes et fait l’objet d’un recours sur succession ; elle concernait, en 2013, 16,4% des personnes âgées dépendantes hébergées en établissement (chiffres INSEE).

A ce jour, l'organisation de l'offre en établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD, petites unités de vie, unité de soins de longue durée) relève de deux entités distinctes : l'ARS et les conseils départementaux. Ces derniers en assurent la tutelle et financent une partie du coût des établissements à partir d'une clé de répartition complexe²⁵. La part qui n'est pas prise en charge par les co-financeurs publics reste à la charge du résident. Cette procédure de fixation des tarifs entraîne de fortes disparités de prix entre structures et entre départements qui ne sont pas toujours justifiées par des différences de prestations. Il existe de fortes inégalités territoriales dans l'accès aux structures d'accueil des personnes âgées.

A titre d'illustration, en 2012, pour le seul département de la Gironde, le tarif d'hébergement variait de 4 073€ à 116 000€ la place²⁶. Un meilleur encadrement du coût des EHPAD paraît donc nécessaire afin de limiter le reste à charge pour l'usager mais également pour les co-financeurs publics. *Cartes sur table* propose à ce titre deux actions. Une refonte, d'une part, de la tarification des établissements pour personnes âgées. Le développement, d'autre part, d'EHPAD 100% habilités à l'aide sociale qui permettrait une réduction du reste à charge pour les résidents. Ces EHPAD associatifs n'auraient pas vocation à faire des profits à la différence des EHPAD lucratifs. Surtout, ils verraient leurs prix de journée contrôlés, ce qui diminuerait alors grandement le reste à charge pour les résidents et réduirait les inégalités

Proposition 6 - Refondre les modalités actuelles de financement et de tarification des EHPAD afin d'améliorer l'encadrement du coût des structures et leur coordination.

Proposition 7 - Développer des EHPAD 100% habilités à l'aide sociale, qui permettent un véritable contrôle du prix de journée et une diminution du reste à charge pour les résidents.

Cartes sur table prend acte aussi du besoin de financement rapide et de la nature des inégalités de ressources chez les personnes âgées pour plaider pour une meilleure organisation du financement privé via une mobilisation accrue du patrimoine. C'est sur le patrimoine que se condensent actuellement les inégalités de ressources²⁷. Même si d'autres modes de prise en charge que l'EHPAD peuvent être recherchés, l'insuffisance actuelle de structures accessibles sur le territoire ne peut être passée sous silence. Trois voies pour développer les EHPAD pourraient être utilisées.

D'une part, il s'agirait d'actionner le levier des droits de succession qui permet d'agir, soit directement par la taxation, soit indirectement par l'incitation à la liquidation que constitue l'impôt si la hausse est suffisamment importante.

²⁵ Il s'agit de la tarification ternaire. Les dépenses de l'établissement sont divisées en trois : la partie « soins » est financée par l'ARS, la partie « dépendance » est financée par le département via l'APA en établissement, la partie « hébergement » recouvre les dépenses des bénéficiaires de l'ASH financée par le département.

²⁶ Référé de la Cour des comptes du 11 septembre 2014 relatif au financement des établissements pour personnes âgées dépendantes et adultes handicapés.

²⁷ Les inégalités de patrimoine sont beaucoup plus marquées que celles des revenus. Les 10% de ménages les mieux dotés en patrimoine possèdent 205 fois plus de patrimoine que les ménages les plus modestes. À titre de comparaison, le revenu disponible des 10% de ces ménages est 4,2 fois moins élevé que celui des 10% les plus aisés en 2009.

D'autre part, une régulation du marché de l'assurance dépendance pourrait être envisagée via la labellisation des contrats, avec le versement obligatoire d'une rente viagère par l'assureur qui viendrait compléter la couverture publique lorsque cette dernière est insuffisante.

Enfin, le développement du viager pourrait être encouragé. Les contrats viagers gagés sur un bien immobilier sont aujourd'hui plutôt impopulaires : les personnes souhaitent souvent transmettre à leurs héritiers et il existe une peur d'un décès prématuré appréhendé comme une « double peine ». Une évolution de l'offre par la mise en place d'un soutien actif de l'Etat, à l'image du fonds viager lancé par la Caisse des Dépôts en 2014, pourrait permettre la formation d'un nouveau produit d'épargne mieux valorisé²⁸.

Proposition 8 - Mobiliser le patrimoine des personnes pour financer le développement indispensable d'EHPAD, à travers la hausse des droits de successions d'une part – qui doit être suffisamment importante pour faire évoluer les comportements –, en régulant le marché de l'assurance dépendance d'autre part et en développant aussi de nouveaux contrats viagers.

²⁸ Ce qu'André Masson nomme « viager intermédié partiel » dans « Le viager : une épargne pour vieux pauvres ? » in *Risques. Les cahiers de l'assurance*, n°92, 12-2012.

AMELIORER LA VIE RELATIONNELLE DES PERSONNES AGEES EN INSTITUTION

S'interroger sur l'évolution souhaitable de la prise en charge des personnes âgées impose de questionner aussi leurs conditions de vie à domicile et en institution. Sur cette question vaste, le pôle santé de *Cartes sur table* a fait le choix de se concentrer sur la vie relationnelle des personnes âgées en institution. Cette thématique est encore trop peu traitée et médiatisée. Ce choix se justifie tant au regard du tabou que cette question suscite au sein des institutions²⁹ que du fait que cette thématique est complexe, étant à l'intersection de multiples dimensions : morale, médicale, religieuse mais également sociale³⁰.

Pourtant, il apparaît évident que la vie affective et sexuelle est un droit fondamental pour toute personne quel que soit son âge, et concerne donc aussi les personnes âgées en institution. Ce droit est, d'ailleurs, affirmé à de multiples reprises dans le corpus législatif et réglementaire, tant international que national, ainsi que dans les chartes relatives aux personnes en institution³¹. **Malgré cette affirmation d'un droit à une vie affective et sexuelle pour toute personne, la prise en charge des personnes âgées en institution reste encore trop clinico-centrée.** Le soin prend, de cette manière, trop souvent le pas sur la vie personnelle des individus et leur bien-être. En institution gériatrique, il semblerait que l'on assiste fréquemment à une inadéquation entre les désirs des individus et les contraintes du milieu, menant au risque d'une « maltraitance³² institutionnalisée ». Dans ce contexte, de la même manière que l'information au patient a été développée, **Cartes sur table défend l'idée d'un droit à vivre sa vie relationnelle et à protéger son intimité en institution.** Cette reconnaissance participe de la recherche d'une plus grande humanisation de la prise en charge et de l'accompagnement du patient afin de le replacer au cœur du système de santé.

Proposition 9 - Replacer la personne âgée au cœur de son parcours de vie en lui reconnaissant, sur le modèle du droit à l'information au patient, un droit formalisé à vivre sa vie relationnelle et à protéger son intimité en institution.

Cette formalisation pourrait se traduire dans le projet de vie du résident, ainsi que dans le projet d'établissement. Le respect de la vie intime et sexuelle pourrait aussi constituer un critère spécifique des grilles d'évaluation interne et externe des établissements permettant aux institutions de s'emparer systématiquement de cette thématique.

²⁹ Souvent, ce sujet n'est pas abordé au sein des institutions, alors même que 8% des résidents des établissements pour personnes âgées seraient sexuellement actifs selon une étude récente citée par M. Fevre et N. Riguidel dans *Amours de vieillesse*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2014, p.11.

³⁰ I. Fojcik, « La sexualité de nos aînés : persistance des tabous et croyances », *Ethique et santé*, vol. 2 n°3, septembre 2005.

³¹ Charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L.311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles ; article IV de la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, affichée dans chaque EHPAD.

³² La maltraitance désigne l'ensemble des mauvais traitements infligés à une personne que l'on traite avec brutalité, rigueur. Ces victimes sont souvent dépendantes et sans défenses.

Respecter la vie intime et sexuelle des personnes âgées ne signifie pas pour autant ne pas s'en mêler. En effet, l'intervention des soignants est nécessaire pour mettre fin à certaines pratiques. Dans le cas de personnes âgées ni toujours consentantes ou ni aptes d'un point de vue cognitif, l'inaction des soignants serait particulièrement dommageable. Dans de telles situations, c'est en l'absence de réaction que l'institution gériatrique se rendrait coupable de maltraitance. La juste attitude à adopter est complexe à appréhender pour les professionnels et les familles, et ce d'autant plus qu'ils souffrent généralement d'un manque de connaissance à ce sujet. Ce manque d'information est aussi vrai pour les personnes âgées elles-mêmes, qui, percevant souvent la sexualité comme une question taboue, sont peu au fait de leurs droits et des comportements à adopter face aux infections et maladies sexuellement transmissibles³³.

Proposition 10 - Promouvoir un juste respect de ces droits par le développement au sein des institutions de la formation des personnels et de l'information des familles et des résidents.

³³ Il s'agit d'une véritable problématique de santé publique : en France, en 2012, selon l'Institut de Veille Sanitaire, 18% des nouveaux cas de séropositivité concernaient des personnes âgées de plus de 50 ans (contre 13% en 2003).

CONCLUSION

Le chantier de l'adaptation de la société au vieillissement est un chantier immense et le [projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement de la population](#) est une formidable opportunité de faire évoluer notre prise en charge des personnes âgées. C'est un devoir pour une société que de réfléchir à l'accueil et l'accompagnement des plus âgés. Le projet de loi insiste dans ce sens sur la prévention de la maltraitance et souhaite faciliter au quotidien les parcours de santé en renforçant la mission de coordination des ARS pour les parcours complexes.

Le pôle santé de *Cartes sur table* souhaite aller encore plus loin et propose de se focaliser sur la bonne prise en charge des personnes âgées par le système sanitaire et médico-social. Il souhaite dans la continuité de ses travaux précédents replacer la personne âgée au cœur de son parcours de santé et de vie. Il défend l'idée d'une prise en charge à l'avenir davantage tournée vers la demande des personnes âgées. Elle se doit d'être fluide, mobile et surtout transversale.

Le vieillissement n'est pas un fardeau mais une opportunité économique majeure pour la France, qui gagnerait à se positionner comme leader de l'économie du vieillissement. Le développement de cette filière par le gouvernement va dans le bon sens et doit être poursuivi. Cela impose de relever pour les établissements publics de santé le défi d'acquérir une véritable culture gériatrique. Cela suppose pour les pouvoirs publics d'accompagner ces démarches et de développer les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes.