# Unités de Soins de Longue Durée

# Et

# EHPAD

## (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

# RAPPORT de MISSION

## 25 recommandations

pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie

***C'est parce que l'EHPAD est un lieu de soin, qu'il reste un lieu de vie***

Pr Claude JEANDEL
Pr Olivier GUERIN

**JUIN 2021**

# Sommaire

## LES 25 RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

1 - Retour sur la réforme organisationnelle des unités de soins de longue durée (USLD) ..... 10
2 - Situation de l'offre en 2011 à l'issue de la partition ..... 11
3 - Une différenciation entre USLD et EHPAD loin d'être acquise
(en référence au rapport IGAS 2016) ..... 11
3.1. Une spécialisation incomplète des USLD à l'issue des coupes réalisées en 2011 ..... 11
3.2. En 2016, une spécialisation des USLD ne semblant pas significativement plus marquée qu'en 2011 ..... 12
3.3. Un taux de personnes de moins de soixante ans statistiquement marginal ..... 12
3.4. Une population accueillie en EHPAD ou en USLD, qui paraît obéir à une dynamique d'aggravation générale au plan médical. ..... 13
4 - Données actualisées issues de l'enquête réalisée dans le cadre de la « mission en cours »
*(Claude JEANDEL en collaboration avec la CNSA)* ..... 13
4.1. Population étudiée ..... 13
4.2. Représentativité de l'échantillon ..... 14
4.3. Statut juridique des établissements source de l'enquête ..... 14
4.4. Répartition par tranches d'âge en fonction du type d'hébergement (EHPAD ou USLD) ..... 15
4.5. Répartition par GIR en fonction du type d'hébergement (EHPAD ou USLD) ..... 15
4.6. Proportions des résidents/patients SMTI en EHPAD et USLD ..... 16
4.7. Profils de soins ..... 16
4.8. Répartition des profils de soins en fonction du GIR en EHPAD et en USLD ..... 17
4.9. Fréquence et répartition des états pathologiques ..... 17
4.9.1. Etats pathologiques par ordre de fréquence décroissant (% de chacun des 50 états en EHPAD et USLD) ..... 17
4.9.2. Etats pathologiques par domaines pathologiques (% de chacun des 50 états en EHPAD et USLD) ..... 19
4.10. Variables explicatives du GIR et des profils de soin ..... 21
4.11. Regroupements de profils de soin ..... 22
4.11.1. Classification en 5 classes de 401 031 résidents sur les 10 profils de soins (hors S1 et S0) ..... 22
4.11.2. Synthèse des classes ..... 23
4.11.3. Moyennes du nombre de profils de soins par classe ..... 24
4.11.4. Répartition du nombre de profils de soins (en nombre et %) par classe (plusieurs profils de soins par résidents) ..... 25
4.11.5. Répartition des GIR (en nombre et %) par classe ..... 25
4.11.6. Age moyen des résidents et dispersion par classe ..... 26
4.11.7. Répartition des Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI) (en nombre et %) par classe et total ..... 26
4.11.8. Répartition des résidents par catégorie EHPAD et USLD (en nombre et %) par classe ..... 26
4.11.9. Classification en 5 classes de 401 031 résidents sur les 10 profils de soins (hors S1 et S0) : répartition selon la classe d'âge ..... 26
**5 - Les RECOMMANDATIONS ..... 27**
Préalables.
**5.1. RECOMMANDATION N° 1 - La requalification des USLD en unités de soins prolongés complexes (USPC) à vocation strictement sanitaire ..... 28**
5.1.1. La requalification des USLD en unités de soins prolongés complexes (USPC) à vocation strictement sanitaire : Justification et argumentation ..... 28
5.1.2. Définition des Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC) ..... 29

5.1.2.1. Le critère « profil pathologique » ..... 29
5.1.2.2. Les critères de différenciation des USPC ..... 30
5.1.2.3. Le critère de « charge en soins et ressources nécessaires » ..... 30
5.1.2.4. Le critère de « non indication » ..... 30
5.1.3. Indications, profils de soins des patients éligibles en USPC ..... 30
5.1.4. Provenance des patients et place des USPC dans le parcours ..... 32
5.1.5. Eligibilité des patients aux USPC ..... 33
5.1.6. Positionnement des USPC dans l'offre sanitaire ..... 33
5.1.7. Evaluation de besoins capacitaires, estimation de la volumétrie de l'offre en USPC..... 33
5.1.8. Modalités de fonctionnement ..... 34
5.1.9. Simulations financières ..... 34
**5.2. RECOMMANDATION N°2 - Promouvoir une sectorisation raisonnée et raisonnable au sein des EHPAD ..... 34**
5.2.1. Argumentation. Ce que nous savons et ce que nous apprend l'étude ..... 35
5.2.1.1 Une transition démographique et épidémiologique annonciatrice de résidents aux profils de soins et de dépendance aggravés ..... 35
5.2.1.2. Une morbidité très largement dominée par les affections neuro-évolutives et psychiatriques à l'origine de troubles neurocognitifs et/ou psychologiques et du comportement prévalents ..... 36
5.2.1.3. Des troubles de la cohérence chez 80 % des résidents contrastant avec un taux de 28 % de résidents sous protection juridique des majeurs ..... 36
5.2.1.4. Une altération des fonctions psychiques et/ou cognitives qui impacte sur les facultés de prise de décision et rend souvent aléatoire l'obtention d'un consentement éclairé .... 36
5.2.1.5. Des modes de recours à l'EHPAD en pleine mutation ..... 36
5.2.1.6. Ce que nous apprend l'étude ..... 37
5.2.1.7. Deux grandes catégories de résidents pouvant relever d'une prise en soin différenciée . ..... 39
5.2.1.8. Une sectorisation pouvant conduire à considérer 2 types d'unités de taille adaptée .. 39
5.2.1.9. Ce que nous a appris la crise sanitaire de la Covid 19 ..... 40
5.2.1.10. Avantages et limites d'une sectorisation ..... 40
5.2.1.11. Ce que nous apprend l'enquête auprès des organismes et personnes interrogés ..... 40
5.2.1.12. Un calibrage des unités, gage d'une individualisation de l'accompagnement et de la prise en soins ..... 41
**5.3. RECOMMANDATION N°3 – Doter dans les meilleurs délais l'ensemble des EHPAD d'unités de vie protégées ou unités de soins spécialisées Alzheimer ..... 42**
**5.4. RECOMMANDATION N°4 – Doter dans les meilleurs délais l'ensemble des EHPAD de Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) ..... 43**
**5.5. RECOMMANDATION N°5 – Poursuivre le déploiement des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) au sein des EHPAD afin d'assurer un maillage territorial et de rendre ces unités accessibles à plusieurs EHPAD du même bassin ..... 45**
**5.6. RECOMMANDATION N°6 – Poursuivre le déploiement d'établissements d'hébergement « spécialisés dédiés à certaines typologies de besoins » mais sous certaines conditions ..... 48**
**5.7. RECOMMANDATION N°7 - Renforcer la dimension médico-soignante et adapter les EHPAD afin qu'ils puissent intégrer des profils de soins médicaux. Doter les EHPAD des catégories professionnelles du soin indispensables et des seuils minimaux en terme de ratios en personnel ..... 50**
**5.8. RECOMMANDATION N°8 - Reconnaitre par décret la fonction d'infirmière coordinatrice sur la base d'un référentiel métier national et faire évoluer le métier vers celui de cadre de santé ..... 53**
**5.9. RECOMMANDATION N°9 - Reconnaitre la spécificité des infirmières en pratique avancée (IPA) en gérontologie et mutualiser cette fonction au sein d'un groupe de plusieurs EHPAD ..... 55**
**5.10. RECOMMANDATION N°10 - Doter les EHPAD d'une permanence IDE 24 h/24 h incluant une astreinte de nuit ..... 55**

**5.11. RECOMMANDATIONS N°11 – Préfigurer un nouveau modèle d'organisation médicale en EHPAD et consolider le modèle actuel en l'adaptant aux spécificités et ressources médicales du territoire ..... 56**

RECOMMANDATION 11 a - Reconnaitre la fonction de médecin coordonnateur en instaurant un véritable statut du médecin d'EHPAD le positionnant au sein du trinôme Directeur, Médecin, IDEC. Cette reconnaissance doit lui permettre de disposer de l'autonomie nécessaire afin de pouvoir assurer l'ensemble des missions inscrites dans le décret ..... 62

RECOMMANDATION 11 b - Majorer le temps de présence des médecins coordonnateurs pour leur fonction de coordination ..... 62

RECOMMANDATION 11 c - Promouvoir et reconnaitre le métier de médecin coordonnateur en permettant aux médecins coordonnateurs à exercice exclusif d'obtenir s'ils le souhaitent leur qualification ordinale en gériatrie. A terme cette qualification devra être conditionnée par la validation du Diplôme Inter-Universitaire de médecin coordonnateur délivré par les UFR de médecine à compter de 2021-2022 ..... 62

RECOMMANDATION 11 d - Permettre aux médecins coordonnateurs d'assurer la fonction d'encadrant pédagogique et promouvoir les stages en EHPAD des DES de médecine générale et des DES de gériatrie ..... 62

RECOMMANDATION 11 e – Formaliser les relations entre le médecin traitant et l'EHPAD par la signature d'une charte de bonne pratique par le praticien concerné, soit sous la forme d'un contrat de travail (médecin salarié), soit sous la forme d'une simple charte pour les médecins libéraux ... 62

RECOMMANDATION 11 f - Élargir le nombre de visites longues annuelles facturables en EHPAD de 3 actuellement à 6, sans restriction d'indications (donc non limitées aux affections neuro-dégénératives ou soins palliatifs) afin de programmer 4 à 6 visites longues par an ..... 63

RECOMMANDATION 11 g - Assurer une astreinte de nuit par la mutualisation de la fonction médicale sur plusieurs EHPAD, cette astreinte pouvant impliquer médecins traitants, et médecins coordonnateurs ..... 63

RECOMMANDATION 11 h – Mettre en œuvre des « Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles », (RCP), et l'acte de nomenclature correspondant pour les libéraux ..... 63

RECOMMANDATION 11 i – Formaliser l'obligation de contractualisation des autres professionnels libéraux intervenant en EHPAD (quelle que soit l'option tarifaire) ..... 63

RECOMMANDATION 11 j : Procéder à l'évaluation objective de l'impact de ces mesures sur la base d'indicateurs de processus et de résultats et de confier cette évaluation à un organisme indépendant ..... 63

**5.12. RECOMMANDATION N°12 - Doter les EHPAD des équipements médicaux et de rééducation/réadaptation/réhabilitation minimum nécessaires sur la base d'une liste nationale réglementaire ..... 63**

**5.13. RECOMMANDATION N°13 - Sécuriser le circuit du médicament et réduire le risque médicamenteux par l'optimisation des prescriptions et la conciliation médicamenteuse. Mettre à disposition de l'EHPAD l'ensemble des molécules médicamenteuses recommandées et réglementées ..... 64**

**5.14. RECOMMANDATION N°14 – Promouvoir et prioriser en EHPAD les interventions non médicamenteuses assorties d'un niveau de preuves suffisant et validées par un centre national de preuves ..... 65**

**5.15. RECOMMANDATION N°15 - Formaliser les modalités d'intervention des ressources sanitaires (dispositifs d'appui) du territoire au sein de l'EHPAD par le biais d'un véhicule juridique approprié. Capitaliser sur les retours d'expériences portées par les astreintes et plateformes gériatriques au cours de la crise sanitaire ..... 67**

RECOMMANDATION 15a : Renforcer le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) en EHPAD ..... 68

RECOMMANDATION 15b : Promouvoir les formations et échanges de pratiques basés sur la gestion des situations d'urgences pour un juste et optimal recours aux structures d'urgences ..... 68

RECOMMANDATION 15c : Capitaliser sur les plateformes Covid « Personnes Agées » et expérimenter les dispositifs pouvant en résulter telles que les Equipes Parcours Santé Personnes Agées » (EPS PA) ..... 68

RECOMMANDATION 15d : Renforcer les équipes mobiles de gériatrie afin de poursuivre leur déploiement en extra-hospitalier (et leur intervention au sein des EHPAD) ..... 68

RECOMMANDATION 15e : Formaliser d'autres partenariats ..... 68
RECOMMANDATION 15f : Poursuivre le déploiement des dispositifs d'hébergement temporaire en EHPAD ..... 68
RECOMMANDATION 15g : Formaliser ces différentes mesures dans la version révisée et actualisée de la circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique ..... 68
**5.16. RECOMMANDATION N°16 - Formaliser les modalités d'intervention des ressources en santé mentale/psychiatrie du territoire au sein de l'EHPAD par le biais d'un véhicule juridique approprié ..... 69**
**5.17. RECOMMANDATION N°17 - Généraliser le tarif soin global sans conditionner cette mesure à la présence d'une PUI et réviser le modèle de l'équation tarifaire aux ajustements de surcroit de charges en personnel** (Cf. recommandation 7) **..... 69**
**5.18. RECOMMANDATION N°18 - Procéder à la fusion du tarif soins et du tarif dépendance 71**
**5.19. RECOMMANDATION N°19 – Concevoir dans les meilleurs délais l'outil de mesure devant se substituer à AGGIR et à PATHOS afin d'asseoir le nouveau mode de financement des EHPAD sur les besoins des résidents et non sur les ressources ..... 72**
RECOMMANDATION 19a : Installer un comité d'experts devant définir l'outil, si possible unique, devant réunir les qualités suivantes ..... 73
RECOMMANDATION 19b : Dans l'attente de la future procédure, planifier les coupes AGGIR et PATHOS sur un rythme annuel dans chaque établissement ..... 73
RECOMMANDATION 19c : Promouvoir la prévention de l'aggravation de la perte d'indépendance en procédant à des dotations dédiées de type MIG avec contractualisation ..... 73
RECOMMANDATION 19d : Une fois ce nouvel outil validé, substituer par voie législative les références aux procédures actuelles par la nouvelle procédure ..... 73
**5.20. RECOMMANDATION N°20 – Concrétiser au plus vite les adaptations architecturales nécessaires des EHPAD face à la prévalence élevée des troubles neurocognitifs et comportementaux ..... 74**
RECOMMANDATION 20a : Généraliser la réglementation de type J pour l'ensemble des établissements pour personnes âgées dépendantes ..... 76
RECOMMANDATION 20b : Adapter la réglementation applicable au type J afin de permettre la maintien ou l'installation de réseaux de fluides dans les murs ..... 76
RECOMMANDATION 20c : Renforcer la diffusion de la fiche repère ANESM ..... 76
RECOMMANDATION 20d : Présence de ferme-portes dans les chambres : ce point est particulièrement problématique et devrait faire l'objet d'une révision ..... 77
**5.21. RECOMMANDATION N°21 – Inscrire dans les CPOM l'obligation pour les résidences autonomie d'avoir formaliser une convention avec au moins un EHPAD de son bassin et vérifier l'effectivité de cette mesure à l'aide des indicateurs appropriés ..... 77**
**5.22. RECOMMANDATION N°22 – Explorer et expérimenter le concept de l'EHPAD « plateforme/centre de ressources de bassin de vie » <u>sous certaines conditions</u> ..... 77**
**5.23. RECOMMANDATION N°23 – Inciter au regroupement des EHPAD d'un bassin ou territoire ..... 80**
**5.24. RECOMMANDATION N°24 – Renforcer la démarche de qualité et de gestion des risques ..... 81**
RECOMMANDATION 24a. Inciter les EHPAD à procéder à la déclaration exhaustive des EIG liés aux soins ..... 81
RECOMMANDATION 24b. Généraliser l'instauration de Comités de retour d'expériences en santé (CREX) en EHPAD ..... 82
RECOMMANDATION 24c : Promouvoir la mise en place d'une fonction de référent qualité mutualisé entre plusieurs établissements en terme d'appui méthodologique (Cf. recommandation 23) ..... 82
RECOMMANDATION 24d. Politique du médicament : Appliquer les mesures énoncées dans le rapport Verger en 2013 ..... 82
**5.25. RECOMMANDATION N°25 – Accélérer le déploiement du numérique au sein des EHPAD et s'appuyer sur ce dernier pour renforcer la qualité de la prise en soins ..... 82**

ANNEXES ..... 84
Annexe A - Présentation de l'étude ..... 85
Annexe B - Questionnaire de l'enquête ..... 112
Annexe C - Activités des IDE/IDEC/IPAG en EHPAD ..... 119
Annexe D - Arrêté du 30 mai 2008 ..... 125

LETTRES DE MISSION ..... 128

LISTE DES PERSONNES et ORGANISMES AUDITES ..... 131

## Les 25 RECOMMANDATIONS EMISES PAR LA MISSION (Pr JEANDEL / Pr GUERIN)

**RECOMMANDATION N° 1 - La requalification des USLD en unités de soins prolongés complexes (USPC) à vocation strictement sanitaire.**

**RECOMMANDATION N°2 - Promouvoir une sectorisation raisonnée et raisonnable au sein des EHPAD.**

**RECOMMANDATION N°3 – Doter dans les meilleurs délais l'ensemble des EHPAD d'unités de vie protégées ou unités de soins spécialisées Alzheimer.**

**RECOMMANDATION N°4 – Doter dans les meilleurs délais l'ensemble des EHPAD de Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA).**

**RECOMMANDATION N°5 – Poursuivre le déploiement des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) au sein des EHPAD afin d'assurer un maillage territorial et de rendre ces unités accessibles à plusieurs EHPAD du même bassin.**

**RECOMMANDATION N°6 – Poursuivre le déploiement d'établissements d'hébergement « spécialisés dédiés à certaines typologies de besoins » mais sous certaines conditions.**

**RECOMMANDATION N°7 - Renforcer la dimension médico-soignante et adapter les EHPAD afin qu'ils puissent intégrer des profils de soins médicaux. Doter les EHPAD des catégories professionnelles du soin indispensables et des seuils minimaux en terme de ratios en personnel.**

**RECOMMANDATION N°8 - Reconnaitre par décret la fonction d'infirmière coordinatrice sur la base d'un référentiel métier national et faire évoluer le métier vers celui de cadre de santé.**

**RECOMMANDATION N°9 - Reconnaitre la spécificité des infirmières en pratique avancée (IPA) en gérontologie et mutualiser cette fonction au sein d'un groupe de plusieurs EHPAD.**

**RECOMMANDATION N°10 - Doter les EHPAD d'une permanence IDE 24 h/24 h incluant une astreinte de nuit.**

**RECOMMANDATIONS N°11 – Préfigurer un nouveau modèle d'organisation médicale en EHPAD et consolider le modèle actuel en l'adaptant aux spécificités et ressources médicales du territoire.**

RECOMMANDATION 11 a - Reconnaitre la fonction de médecin coordonnateur en instaurant un véritable statut du médecin d'EHPAD le positionnant au sein du trinôme Directeur, Médecin, IDEC. Cette reconnaissance doit lui permettre de disposer de l'autonomie nécessaire afin de pouvoir assurer l'ensemble des missions inscrites dans le décret.

RECOMMANDATION 11 b - Majorer le temps de présence des médecins coordonnateurs pour leur fonction de coordination.

RECOMMANDATION 11 c - Promouvoir et reconnaitre le métier de médecin coordonnateur en permettant aux médecins coordonnateurs à exercice exclusif d'obtenir s'ils le souhaitent leur qualification ordinale en gériatrie. A terme cette qualification devra être conditionnée par la validation du Diplôme Inter-Universitaire de médecin coordonnateur délivré par les UFR de médecine à compter de 2021-2022.

RECOMMANDATION 11 d - Permettre aux médecins coordonnateurs d'assurer la fonction d'encadrant pédagogique et promouvoir les stages en EHPAD des DES de médecine générale et des DES de gériatrie.

RECOMMANDATION 11 e – Formaliser les relations entre le médecin traitant et l'EHPAD par la signature d'une charte de bonne pratique par le praticien concerné, soit sous la forme d'un contrat de travail (médecin salarié), soit sous la forme d'une simple charte pour les médecins libéraux.

RECOMMANDATION 11 f - Élargir le nombre de visites longues annuelles facturables en EHPAD de 3 actuellement à 6, sans restriction d'indications (donc non limitées aux affections neuro-dégénératives ou soins palliatifs) afin de programmer 4 à 6 visites longues par an.

RECOMMANDATION 11 g - Assurer une astreinte de nuit par la mutualisation de la fonction médicale sur plusieurs EHPAD, cette astreinte pouvant impliquer médecins traitants et médecins coordonnateurs.

RECOMMANDATION 11 h – Mettre en œuvre des « Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles », (RCP), et l'acte de nomenclature correspondant pour les libéraux.

RECOMMANDATION 11 i – Formaliser l'obligation de contractualisation des autres professionnels libéraux intervenant en EHPAD (quelle que soit l'option tarifaire).

RECOMMANDATION 11 j : Procéder à l'évaluation objective de l'impact de ces mesures sur la base d'indicateurs de processus et de résultats et de confier cette évaluation à un organisme indépendant.

**RECOMMANDATION N°12 - Doter les EHPAD des équipements médicaux et de rééducation/réadaptation/réhabilitation/réautonomisation minimum nécessaires sur la base d'une liste nationale réglementaire.**

**RECOMMANDATION N°13 - Sécuriser le circuit du médicament et réduire le risque médicamenteux par l'optimisation des prescriptions et la conciliation médicamenteuse. Mettre à disposition de l'EHPAD l'ensemble des molécules médicamenteuses recommandées et réglementées.**

**RECOMMANDATION N°14 – Promouvoir et prioriser en EHPAD les interventions non médicamenteuses assorties d'un niveau de preuves suffisant et validées par un centre national de preuves.**

**RECOMMANDATION N°15 - Formaliser les modalités d'intervention des ressources sanitaires (dispositifs d'appui) du territoire au sein de l'EHPAD par le biais d'un véhicule juridique approprié. Capitaliser sur les retours d'expériences portées par les astreintes et plateformes gériatriques au cours de la crise sanitaire.**

RECOMMANDATION 15a : Renforcer le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) en EHPAD.

RECOMMANDATION 15b : Promouvoir les formations et échanges de pratiques basés sur la gestion des situations d'urgences pour un juste et optimal recours aux structures d'urgences.

RECOMMANDATION 15c : Capitaliser sur les plateformes Covid « Personnes Agées » et expérimenter les dispositifs pouvant en résulter telles que les Equipes Parcours Santé Personnes Agées » (EPS PA).

RECOMMANDATION 15d : Renforcer les équipes mobiles de gériatrie afin de poursuivre leur déploiement en extra-hospitalier (et leur intervention au sein des EHPAD).

RECOMMANDATION 15e Formaliser d'autres partenariats.

RECOMMANDATION 15f : Poursuivre le déploiement des dispositifs d'hébergement temporaire en EHPAD.

RECOMMANDATION 15g : Formaliser ces différentes mesures dans la version révisée et actualisée de la circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

**RECOMMANDATION N°16 - Formaliser les modalités d'intervention des ressources en santé mentale/psychiatrie du territoire au sein de l'EHPAD par le biais d'un véhicule juridique approprié.**

La mission recommande de formaliser cette mesure dans la version révisée et actualisée de la circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique.

**RECOMMANDATION N°17 - Généraliser le tarif soin global sans conditionner cette mesure à la présence d'une PUI et réviser le modèle de l'équation tarifaire aux ajustements de surcroit de charges en personnel** (Cf. recommandation 7).

**RECOMMANDATION N°18 - Procéder à la fusion du tarif soins et du tarif dépendance.**

**RECOMMANDATION N°19 – Concevoir dans les meilleurs délais l'outil de mesure devant se substituer à AGGIR et à PATHOS afin d'asseoir le nouveau mode de financement des EHPAD sur les besoins des résidents et non sur les ressources.**

RECOMMANDATION 19a : Installer un comité d'experts devant définir l'outil, si possible unique, devant réunir les qualités suivantes :

RECOMMANDATION 19b : Dans l'attente de la future procédure, planifier les coupes AGGIR et PATHOS sur un rythme annuel dans chaque établissement.

RECOMMANDATION 19c : Promouvoir la prévention de l'aggravation de la perte d'indépendance en procédant à des dotations dédiées de type MIG avec contractualisation.

RECOMMANDATION 19d : Une fois ce nouvel outil validé, substituer par voie législative les références aux procédures actuelles par la nouvelle procédure.

**RECOMMANDATION N°20 – Concrétiser au plus vite les adaptations architecturales nécessaires des EHPAD face à la prévalence élevée des troubles neurocognitifs et comportementaux.**

RECOMMANDATION 20a : Généraliser la réglementation de type J pour l'ensemble des établissements pour personnes âgées dépendantes.

RECOMMANDATION 20b : Adapter la réglementation applicable au type J afin de permettre la maintien ou l'installation de réseaux de fluides médicaux dans les murs.

RECOMMANDATION 20c : Renforcer la diffusion de la fiche repère ANESM.

RECOMMANDATION 20d : Présence de ferme-portes dans les chambres : ce point est particulièrement problématique et devrait faire l'objet d'une révision.

**RECOMMANDATION N°21 – Inscrire dans les CPOM l'obligation pour les résidences autonomie d'avoir formaliser une convention avec au moins un EHPAD de son bassin et vérifier l'effectivité de cette mesure à l'aide des indicateurs appropriés.**

**RECOMMANDATION N°22 – Explorer et expérimenter le concept de l'EHPAD « plateforme/centre de ressources de bassin de vie » sous certaines conditions.**

**RECOMMANDATION N°23 – Inciter au regroupement des EHPAD d'un bassin ou territoire.**

**RECOMMANDATION N°24 – Renforcer la démarche de qualité et de gestion des risques.**

RECOMMANDATION 24a. Inciter les EHPAD à procéder à la déclaration exhaustive des EIG liés aux soins.

RECOMMANDATION 24b. Généraliser l'instauration de Comités de retour d'expériences en santé (CREX) en EHPAD.

RECOMMANDATION 24c : Promouvoir la mise en place d'une fonction de référent qualité mutualisé entre plusieurs établissements en terme d'appui méthodologique (Cf. recommandation 23).

RECOMMANDATION 24d. Politique du médicament : Appliquer les mesures énoncées dans le rapport Verger en 2013.

**RECOMMANDATION N°25 – Accélérer le déploiement du numérique au sein des EHPAD et s'appuyer sur ce dernier pour renforcer la qualité de la prise en soins.**

# 1. Retour sur la réforme organisationnelle des unités de soins de longue durée (USLD).

En application de la circulaire du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée (1), la réforme organisationnelle des USLD a conduit, entre 2007 et 2010 à une diminution significative de leur nombre de places dans le cadre d'une partition, sur la base d'un référentiel, ayant abouti à la conversion de 41 000 de ces lits en places supplémentaires pour les EHPAD, réduisant le nombre total de lits des USLD à 32 000.

La nouvelle définition des USLD *(extrait de la circulaire N°DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée)*.

La nouvelle définition des USLD retenue pour la mise en œuvre du processus prévu à l'article 46 de la LFSS 2006 est la suivante : « Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie ».

Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

La prise en charge gériatrique de ces personnes requiert à la fois un projet de soins et un projet de vie (mission d'accueil et de soins).

La définition de la population concernée ne comporte pas de critères d'âge, ce qui conduira à définir ultérieurement des modalités adaptées aux moins de 60 ans.

Définition du référentiel élaboré afin d'évaluer la part des USLD devant être maintenue dans le champ sanitaire.

Il comporte des données d'ordre médical et des informations relatives à l'organisation de la structure USLD. Il comprend quatre grandes rubriques :

- des données d'identification des USLD, qui n'ont pas un caractère discriminant pour l'évaluation de la population requérant des soins de longue durée mais qui pourront aider les autorités chargées du partage à tenir compte d'un certain nombre de contraintes ou de problématiques spécifiques. Ainsi, si les adultes de moins de 60 ans doivent être pris en compte dans la réalisation de l'étude transversale, il est important de les recenser pour affiner au plan régional la définition de réponses adaptées. Les données afférentes aux capacités des USLD et à leur organisation en unités de vie ont pour objet d'éclairer les conditions pratiques du partage.
- des pré requis sur la continuité des soins et la surveillance, définis de manière volontairement souple pour ne pas empêcher le maintien de capacités de SLD dans de petits établissements de proximité.
- des indicateurs de profil des soins requis, issus du logiciel PATHOS développé par l'assurance maladie.
- un indicateur de fréquence des épisodes de décompensation des patients.

L'indicateur central permettant de définir le socle sanitaire du partage des capacités est le taux de patients des actuelles USLD qui requièrent des soins médicaux et techniques importants (SMTI).

Les patients relevant des soins médicaux et techniques importants représentent pour l'essentiel :

- Les patients relevant de soins importants et multiples avec surveillance médicale quotidienne. Pronostic vital en jeu dans l'immédiat (profil T1)
- Les patients présentant un état clinique relevant de soins médico-techniques d'équilibration et de surveillance rapprochée imposant une surveillance médicale pluri-hebdomadaire et une permanence infirmière 24 h sur 24 (profil T2).
- Les patients relevant de soins de prise en charge psychiatrique de crise, mais aussi de rechutes fréquentes (profils P1).

---

*(1) Circulaire N°DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée.*

- Les patients relevant d'une rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle (profil R1) excepté pour les pathologies 5, 19, 20, 41 (phlébite, bronchopneumopathie, Insuffisance respiratoire, incontinence).
- Les patients relevant de plaies, soins locaux complexes et longs (opérés récents, plaies importantes, dermatose), mobilisant l'infirmière au moins 20 minutes tous les deux jours excepté pour les pathologies 23, 25, 26, 37, 49 (syndromes infectieux généraux ou locaux, infections urinaires basses, thyroïde et autre pathologie).
- Les patients relevant d'investigations pour un état non diagnostiqué pour les pathologies 9, 13, 21, 22, 26, 45 : malaise, syndrome confusionnel aigu, embolie pulmonaire, syndrome infectieux général, autres lésions cutanées et syndrome inflammatoire.
- Afin de ne pas cloisonner la prise en charge des personnes en fin de vie, les profils M2 correspondant aux patients en état crépusculaire ont été rattachés aux patients requérant des soins médicaux et techniques importants.

A contrario, le nombre de profils S1 (surveillance épisodique programmée des affections chroniques) et le nombre de profils S0 (aucun soin médical ou technique) permettent de déterminer a minima la part des capacités qu'il conviendrait de transférer dans secteur médico-social.

## 2. Situation de l'offre en 2011 à l'issue de la partition.

A l'issue de la partition, le nombre d'**EHPAD** a augmenté entre fin 2007 et fin 2011 passant de 6 850 EHPAD pour 515 000 places à 7 752 pour 592 970 places, soit 902 établissements supplémentaires.

À l'inverse, le nombre d'Unités de soins de longue durée (**USLD**) est passé de 903 structures (68 142 places) à 608 (34 187 places) (2).

Ainsi, le nombre de places en **EHPAD** s'établissait à 95 lits pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus fin 2007 et à 101 places pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus fin 2011.

## 3. Une différenciation entre USLD et EHPAD loin d'être acquise *(en référence au rapport IGAS 2016).*

Dans son rapport la mission IGAS (3) portant sur les unités de soins de longue durée énonce en 2016 plusieurs constats (extraits) :

### 3.1 Une spécialisation incomplète des USLD à l'issue des coupes réalisées en 2011.

La dernière étude nationale, *post*-partition, portant à la fois sur les USLD et sur une partie des EHPAD date de 2011. Elle visait à évaluer l'effectivité de la spécialisation des structures par la collecte des données sur les « GMP » et les « PMP » des populations accueillies en USLD et en EHPAD. Elle a également permis de réaliser une évaluation plus spécifique portant sur le nombre et les caractéristiques de la population jeune prise en charge en USLD, alors que la réforme de 2005 abolissait en théorie toute référence à un critère d'âge minimum.

En ce qui concerne les USLD, la coupe effectuée en 2011 (4) a permis de collecter des informations sur 484 structures (533 entités géographiques) représentant un panel représentatif de 29 102 personnes.

*(2) Les données de l'enquête EHPA 2007 réalisée par la DREES.*
*(3) Unités de soins de longue durée. Rapport IGAS. Antoine Delattre et Stéphane Paul. Mars 2016.*
*(4) DGOS, présentation des coupes « PATHOS » 2011.*

Les résultats de cette coupe ne comportent toutefois pas les données relatives aux régions Auvergne (données partielles), Champagne-Ardenne, Corse, Guadeloupe, Guyane et Martinique. Les résultats de la coupe nationale concernant les USLD peuvent être comparés à ceux des coupes effectuées annuellement sur une partie des EHPAD, dans le cadre, principalement, du renouvellement des conventions tripartites. Le « bilan de l'étude nationale » pour 2011 produit par la CNSA permet ainsi de comparer l'état de la population prise en charge en USLD en 2011 à une population de 28 036 résidents accueillis en EHPAD et évalués la même année.

Les résultats de la coupe de 2011 tendraient à montrer que la spécialisation escomptée entre EHPAD et USLD n'est que partiellement advenue : le taux de « personnes SMTI » au sein des USLD s'établissait à 52 % en 2011, ce qui peut paraître insuffisant eu égard aux objectifs de la réforme de 2005 (5).

Ce dernier constat doit toutefois être nuancé. En effet, à 52 %, le taux est sensiblement supérieur à celui constaté en EHPAD où il est de 12 % en moyenne. Par ailleurs, l'écart entre USLD et EHPAD est important en termes de dépendance (84 % de personnes relevant des GIR 1 et 2 en USLD contre 56 % en EHPAD) comme en niveau de soins requis, significativement supérieur en USLD au regard de l'échelle « PATHOS » (« PMP » de 389 contre « PMP » de 184 pour les EHPAD).

### 3.2 En 2016, une spécialisation des USLD ne semblant pas significativement plus marquée qu'en 2011.

La mission n'a pas pu bénéficier de données nationales en nombre suffisant pour effectuer une étude robuste sur l'évolution de la population accueillie en USLD ces dernières années, tout particulièrement en ce qui concerne les niveaux de « PMP » et « GMP », ainsi que les taux de « SMTI ». **Les dernières données exhaustives concernant les USLD datent de 2011**.

En plus des trois régions enquêtées, la mission a conçu un questionnaire à destination des ARS afin de tenter de collecter des informations plus récentes, tant sur les indicateurs médico-financiers caractérisant la population prise en charge (PMP, GMP, …), que sur les profils spécifiques des personnes de moins de 60 ans. 10 ARS ont pu répondre à ce questionnaire, ce qui, en comptant les trois régions dans lesquelles la mission s'est déplacée, devait permettre de s'appuyer sur les données de 13 régions.

Toutefois, la mission a constaté que **les données disponibles au niveau régional étaient quasiment aussi lacunaires qu'au niveau national**. Ainsi, à l'exception d'une région, aucune n'a validé de « coupes PATHOS » pour les USLD depuis 2011. Dans la région dans laquelle des coupes « PATHOS » ont été effectuées plus récemment, elles l'ont été concomitamment à celles effectuées sur l'éventuel EHPAD adossé à l'établissement dont relève l'USLD évaluée.

Il n'est donc pas possible de conclure de manière rigoureuse quant au fait de savoir si la spécialisation des structures, mesurée notamment à travers le taux de SMTI, s'est accentuée depuis 2011. Au regard des informations éparses, qualitatives (déclarations des personnels soignants) ou quantitatives (« coupes PATHOS » effectuées en interne par les structures sans qu'elles soient validées par l'ARS), il n'est pas impossible que les USLD accueillent des patients légèrement plus lourds qu'en 2011, tant au niveau de la perte d'autonomie que des soins requis. Dans tous les cas, **la progression de la spécialisation des structures d'USLD, si elle existe, n'apparaît toutefois pas de manière flagrante et incontestable.**

### 3.3 Un taux de personnes de moins de soixante ans statistiquement marginal.

Les résultats de la coupe de 2011 permettent d'établir un certain nombre de constats, notamment en ce qui concerne leur nombre, le motif de leur séjour ou les soins techniques qu'ils requièrent. **Seulement 3 % de la population étudiée avait moins de 60 ans au moment de la coupe**. En 2016, la mission a pu constater localement que la population de moins de 60 ans accueillie en USLD restait très marginale (généralement pas plus d'une ou deux personnes par structure).

---

*(5) DGOS, présentation des coupes « PATHOS » 2011.*

Il n'a pas été observé de progression significative de la proportion de cette population parmi l'ensemble des personnes prises en charge en long séjour.

### 3.4 Une population accueillie en EHPAD ou en USLD, qui paraît obéir à une dynamique d'aggravation générale au plan médical.

Les personnes prises en charge dans ces structures semblent en effet de plus en plus lourdes en matière de perte d'autonomie et de soins requis, de même que, de manière corrélée, on assiste à la progression de l'âge d'entrée et de l'âge moyen des personnes prises en charge (6).

Dans ces conditions, il paraît plus difficile encore de discerner ce qui relève d'un processus de spécialisation entre EHPAD et USLD d'une part (augmentation des GMP et PMP de l'une ou l'autre de ces catégories de structure) et ce qui est imputable à la dynamique propre aux caractéristiques de la population étudiée d'autre part.

A ce titre, les données annuelles de la CNSA (7) concernant le résultat des « coupes » effectuées chaque année dans une partie des EHPAD permet de mettre en évidence une tendance, celle de l'alourdissement très graduel de la population prise en charge dans ces structures. Sur 7 ans, l'analyse des caractéristiques de la population des EHPAD échantillonnés annuellement permet de montrer une augmentation du GMP de 48 points (708 points en 2014 contre 660 en 2008) et une augmentation du PMP de 44 points (202 points en 2014 contre 158 en 2008).

A l'issue de ces constats la mission énonce parmi ces 10 recommandations, la recommandation n°9 : Procéder en 2017 à une nouvelle « coupe PATHOS » dans les USLD comme dans les EHPAD pour constituer un temps 0 de l'information et mesurer les éventuelles disparités régionales et infra-régionales. Améliorer les connaissances relatives aux populations prises en charge et aux modalités de fonctionnement des établissements, dans le cadre des USLD actuelles comme dans celui des structures qui seraient créées conformément aux scénarios proposés.

## 4. Données actualisées issues de l'enquête réalisée dans le cadre de la « mission en cours » *(Pr C. JEANDEL en collaboration avec la CNSA)* (se référer à l'*annexe A* du rapport pour accéder à l'ensemble des résultats de l'étude).

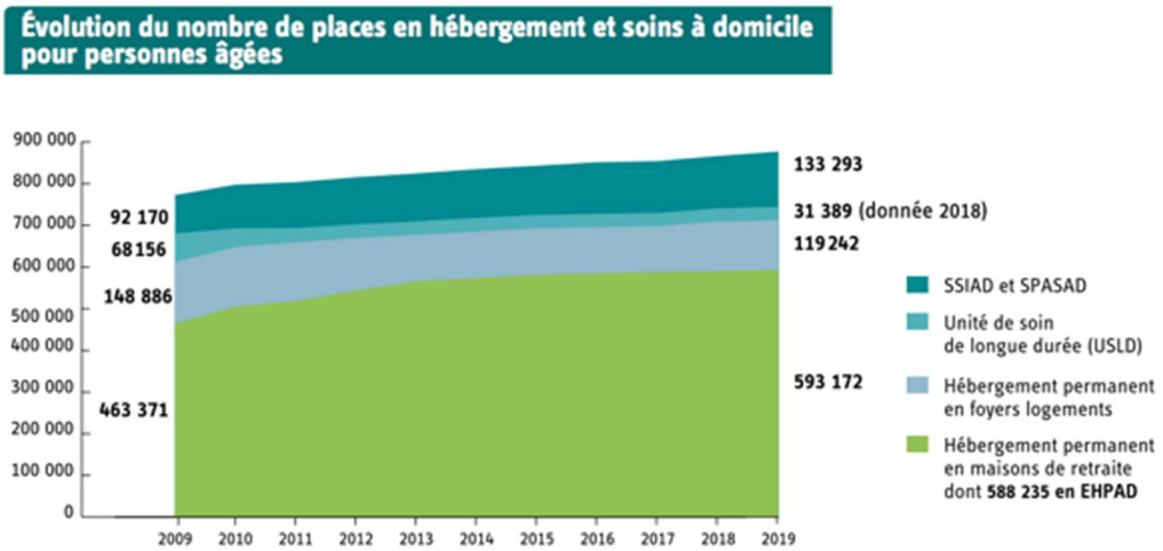
### 4.1 Population étudiée.

- 488 867 résidents d'EHPAD ayant fait l'objet d'une évaluation GIR et PATHOS sur les 5 années (2015 à 2019 incluses). Cet échantillon inclus 6500 établissements situés au sein de 11 régions (anciennes régions administratives) (Cf. tableaux en annexe).
- 8619 patients d'USLD ayant fait l'objet d'une évaluation GIR et PATHOS sur les 5 années (2015 à 2019 incluses). Cet échantillon inclus 169 établissements situés au sein de 11 régions (anciennes régions administratives) (Cf. tableaux en annexe).

Remarque : La dernière coupe PATHOS nationale remonte à 2011, malgré la préconisation de réaliser une coupe en 2017 formulée dans le rapport de l'IGAS 2016.

*(6) Données CNSA*
*(7) CNSA, « bilan études nationales » de 2008 à 2014.*

### 4.2 Représentativité de l'échantillon.




*Source 2009-2018 : DREES, Panorama statistique Jeunesse Sports Cohésion sociale*
*Source 2019 (hors USLD) : Finess, 31/12/2019*

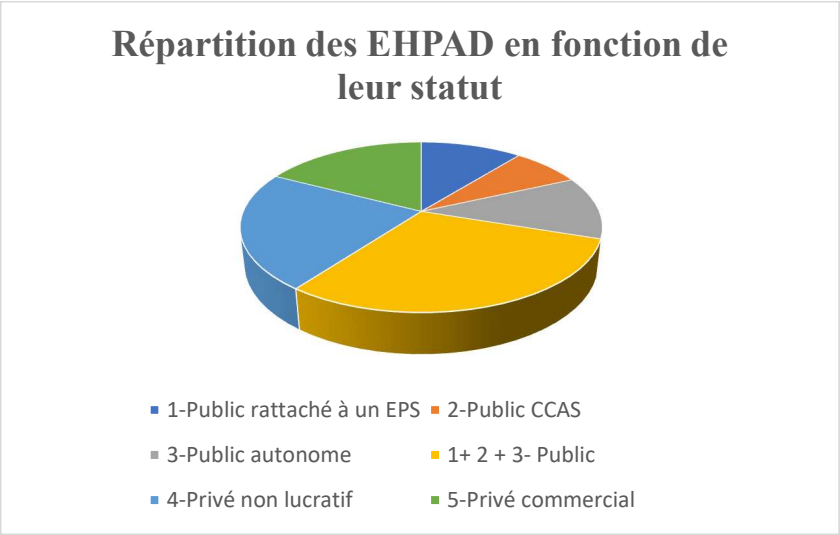
Si l'on se réfère aux données Finess du 31/12/2019, le nombre de places en EHPAD était de 599 991 en 2019 (7519 EHPAD), dont 588 235 de places (587 566 installées) en hébergement permanent. Le nombre de places en USLD était de 31 389 en 2018.

L'échantillon étudié porte respectivement sur 83,1 % et 27,4 % des places d'EHPAD et d'USLD.

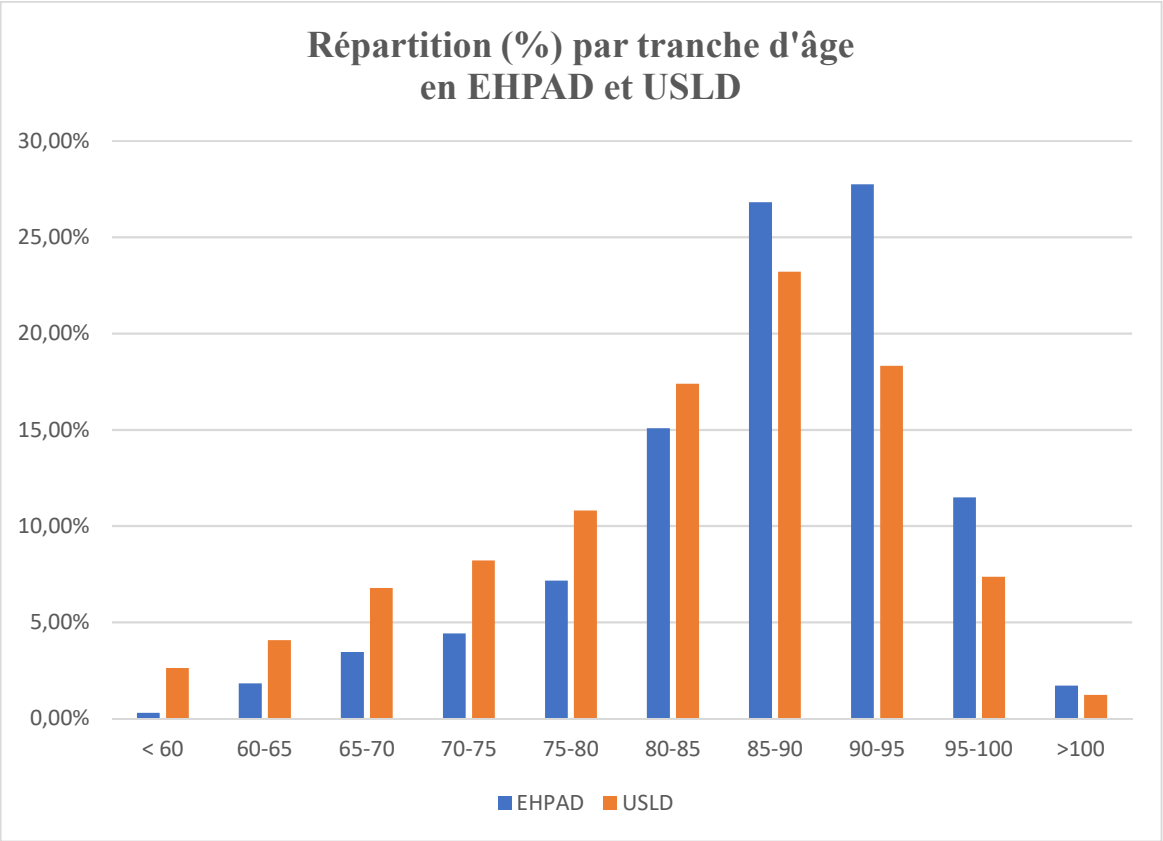
### 4.3 Statut juridique des établissements source de l'enquête.

L'enquête a porté 169 USLD (146 publics rattachés à un EPS, 22 privés non lucratifs et 1 privé commercial) et sur 6500 EHPAD.

Le statut juridique des EHPAD était pour 43 % d'entre eux public, pour 32 % privé non lucratif et pour 24,8 % privé commercial.



### 4.4 Répartition par tranches d'âge en fonction du type d'hébergement (EHPAD ou USLD).




Les personnes âgées de moins de 60 ans représentent 2,62 % des effectifs en USLD (soit 885 rapporté au nombre de places actuelles) et 0,30 % en EHPAD (soit 1762 rapporté au nombre de places actuelles autorisées).

**Les analyses suivantes s'appuient sur les outils AGGIR et PATHOS dont les limites sont précisées à la recommandation 19.**

### 4.5 Répartition par GIR en fonction du type d'hébergement (EHPAD ou USLD)

| GIR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EHPAD | 99057 | 190826 | 82218 | 86259 | 18606 | 11901 | 488867 |
| | 20,20% | 39% | 16,80% | 17,60% | 3,80% | 2,40% | |
| USLD | 3242 | 3870 | 815 | 568 | 73 | 51 | 8619 |
| | 37,60% | 44,90% | 9,40% | 6,60% | 0,80% | 0,60% | |

- 82,5 % des patients d'USLD sont classés en GIR 1 ou 2 versus 59,2 % des résidents d'EHPAD.
- 34,4 % des résidents d'EHPAD sont classés GIR 3 ou 4 versus 16 % des patients d'USLD.

Cependant en chiffres absolus rapportés au nombre de places actuelles, le nombre de résidents d'EHPAD en GIR 1et 2 s'établit à 347 839 versus 25 895 en USLD.

**Remarque** : Les EHPAD totalisent 77 % de résidents GIR 1 à 3 et de 59,2 % de résident GIR 1 et 2, pourcentages bien supérieurs aux seuils mentionnés dans le décret du 27 mai 2016 (n° 2016-696), article 6, JO du 29 mai 2016 qui précise que : *« Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) se caractériseront à l'avenir par l'accueil de **plus de 15 %** de résidents classés dans les groupes iso-ressources **(GIR) 1 à 3** ; de **plus de 10 %** de résidents classés dans les **GIR 1 à 2** ».*

### 4.6 Proportions des résidents/patients SMTI en EHPAD et USLD

Le nombre de résidents et de patients relevant de SMTI étaient respectivement

- De 67 846 pour les EHPAD = 14 %
- Et de 3497 pour les USLD = 40,5 % (vs 52 % en 2011)

Cependant en chiffres absolus rapportés au nombre de places actuelles, le nombre de résidents d'EHPAD SMTI s'établit à 82 259 versus 12 712 en USLD.

### 4.7 Profils de soins

Pour rappel 12 profils de soins sont identifiés.

- T1 Soins importants et multiples avec surveillance médicale quotidienne. Pronostic vital en jeu dans l'immédiat
- T2 Équilibration et surveillance rapprochée. Surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière 24 h sur 24 requise le plus souvent
- P1 Soins de prise en charge psychiatrique de crise, mais aussi de rechutes fréquentes
- P2 Soins de prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapique
- R1 Rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle
- R2 Rééducation fonctionnelle d'entretien, discontinue ou allégée chez un patient ne pouvant supporter une rééducation intensive, parfois collective après évaluation individuelle
- CH Plaies, soins locaux complexes et longs (opérés récents, plaies importantes, dermatose), mobilisant l'infirmière au moins 20 minutes tous les deux jours
- DG Investigations pour un état non diagnostiqué
- M1 Etat terminal soins psychothérapiques et/ou techniques lourds
- M2 Etat terminal d'accompagnement sans soins techniques lourds conduisant au décès à plus ou moins longue échéance
- S1 Surveillance épisodique programmée au long cours des affections chroniques stabilisées et de leurs traitements
- S0 Absence de toute surveillance ou de traitement (pathologie séquellaire, traitement inutile ou inefficace…)

La fréquence (en chiffre absolu et pourcentage) des 12 profils de soins PATHOS et leur répartition entre EHPAD et USLD s'établit de la façon suivante :

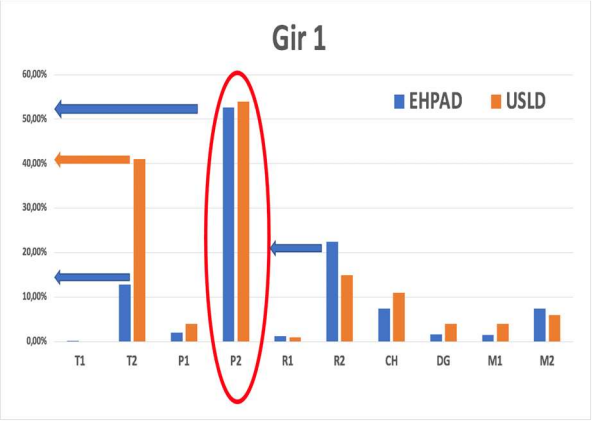
Les profils de soins les plus fréquents sont par ordre décroissant :

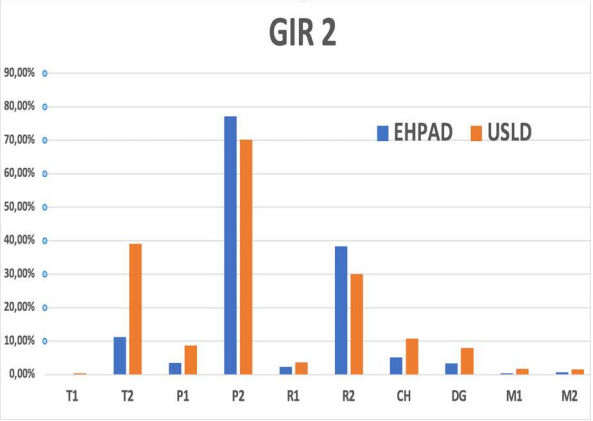
- Pour les EHPAD : S1, S0, P2, R2 et T2
- Pour les USLD : S1, S0, P2, T2 et R2

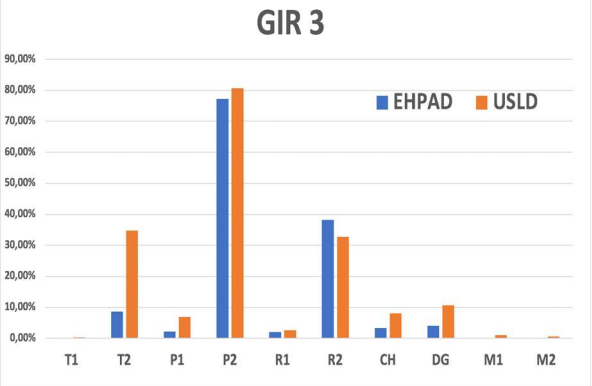
Certains profils s'avèrent plus fréquents en USLD : R2, T2, P1, DG et CH. Cependant en chiffres absolus rapportés au nombre de places actuelles,

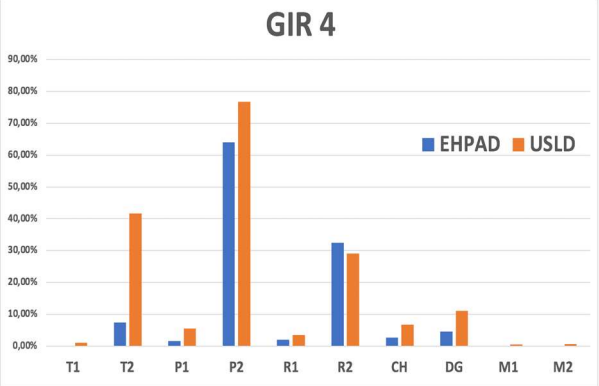
- Le nombre de résidents T2 est respectivement de **55 818** en EHPAD et de **10 044** en USLD.
- Le nombre de résidents R2 est respectivement de **18 802** en EHPAD et de **7 407** en USLD.
- Le nombre de résidents P2 est respectivement de **351 364** en EHPAD et de **17 263** en USLD.
- Le nombre de résidents CH est respectivement de **27 028** en EHPAD et de **3 138** en USLD.
- Le nombre de résidents DG est respectivement de **19 389** en EHPAD et de **2 071** en USLD.

## 4.8 Répartition des profils de soins en fonction du GIR en EHPAD et en USLD.




## 4.9 Fréquence et répartition des états pathologiques.

### 4.9.1 Etats pathologiques **par ordre de fréquence décroissant** (% de chacun des 50 états en EHPAD et USLD).

| **Etat pathologique** | EHPAD (%) | USLD (%) |
|---|---|---|
| 18 - Syndrome démentiel | 65,90 | 72,3 |
| 3 - Hypertension artérielle | 61,50 | 58,1 |
| 14 - Troubles chroniques du comportement | 55,00 | 57,1 |
| 33 - Syndromes abdominaux | 51,50 | 68,8 |
| 32 - Syndromes digestifs hauts | 39,90 | 52,9 |
| 15 - États dépressifs | 39,00 | 38 |
| 47 - État grabataire, troubles de la marche | 38,20 | 56,4 |
| 35 - Dénutrition | 36,70 | 60,1 |
| 41 - Incontinence | 36,30 | 54,9 |
| 16 - États anxieux | 35,00 | 35,6 |
| 4 - Troubles du rythme | 28,40 | 31,2 |
| 30 - Pathologies osseuses d'autres localisations | 28,20 | 28,6 |
| 29 - Pathologies vertébro-discales | 25,10 | 21,5 |
| 5 - Phlébites, lymphœdème, insuffisance veineuse | 22,80 | 15,4 |

| | | |
|---|---|---|
| 1 - Insuffisance cardiaque | 22,00 | 24,6 |
| 46 - Pathologies oculaires évolutives | 22,00 | 20,3 |
| 31 - Polyarthrite, pathologies articulaires d'autres localisations | 18,60 | 17,2 |
| 10 - Accidents vasculaires cérébraux | 17,70 | 27,7 |
| 42 - Anémies | 16,00 | 23,1 |
| 37 - Dysthyroïdie | 15,90 | 16,3 |
| 9 - Malaises, vertiges, perte de connaissance brève, chutes | 15,70 | 15,5 |
| 36 - Diabète | 15,50 | 20,3 |
| 2 - Coronaropathie | 15,00 | 17,2 |
| 40 - Insuffisance rénale | 14,50 | 23,9 |
| 27 - Pathologie de la hanche | 14,40 | 14,4 |
| 26 - Autres lésions cutanées graves | 14,10 | 27,2 |
| 25 - Escarres, ulcères et autres plaies | 13,50 | 18,6 |
| 43 - États cancéreux | 12,60 | 15,6 |
| 19 - Broncho-pleuro-pneumopathies | 12,00 | 20,4 |
| 17 - Psychoses, délires, hallucinations | 11,70 | 18,1 |
| 12 - Syndrome parkinsonien | 8,50 | 11,7 |
| 49 - Autres pathologies | 8,20 | 13 |
| 11 - Épilepsie, comitialité focale ou généralisée | 7,30 | 15,9 |
| 20 - Insuffisances respiratoires | 6,80 | 12,2 |
| 38 - Troubles de l'hydratation | 6,80 | 31,4 |
| 39 - Rétention urinaire | 6,80 | 12,6 |
| 28 - Pathologie de l'épaule | 6,00 | 7,1 |
| 24 - Infections urinaires basses | 4,70 | 8,4 |
| 8 - Hypotension orthostatique | 4,60 | 7,6 |
| 34 - Pathologie hépatique, biliaire, pancréatique | 4,60 | 7 |
| 6 - Embolies et thromboses artérielles, gangrène, amputation | 4,00 | 4,6 |
| 23 - Syndromes infectieux locaux | 3,70 | 6,3 |
| 48 - État terminal à plus ou moins longue échéance | 2,30 | 5,4 |
| 44 - Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique | 2,00 | 2,7 |
| 21 - Embolies pulmonaires | 1,50 | 2,1 |
| 7 - Artériopathies chroniques | 1,00 | 13 |
| 22 - Syndromes infectieux généraux bactériens ou viraux | 1,00 | 3,5 |
| 45 - Syndrome inflammatoire ou fièvre inexpliqués | 0,50 | 0,7 |
| 13 - Syndrome confusionnel aigu | 0,10 | 0,3 |
| 50 - Aucune pathologie pertinente à retenir | 0,10 | 0,1 |

### 4.9.2 Etats pathologiques **par domaines pathologiques** (% de chacun des 50 états en EHPAD et USLD).

#### 4.9.2.1 Affections cardio-vasculaires.

| **Etats pathologiques** | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 1 - Insuffisance cardiaque | **22 %** | **24.6 %** |
| 2 - Coronaropathie | **15 %** | **17.2 %** |
| 3 - Hypertension artérielle | **61.5 %** | **58.1 %** |
| 4 - Troubles du rythme | **28.4 %** | **31.2 %** |
| 5 - Phlébites, lymphœdème, insuffisance veineuse | **22.8 %** | **15.4 %** |
| 6 - Embolies et thromboses artérielles, gangrène, amputation | **4 %** | **4.6 %** |
| 7 - Artériopathies chroniques | **10 %** | **13 %** |
| 8 - Hypotension orthostatique | **4.6 %** | **7.6 %** |

#### 4.9.2.2 Affections neuropsychiatriques.

| **Etats pathologiques** | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 9 - Malaises, vertiges, perte de connaissance brève, chutes | **15.7 %** | **15.5 %** |
| 10 - Accidents vasculaires cérébraux | **17.7 %** | **27.7 %** |
| 11 - Épilepsie, comitialité focale ou généralisée | **7.3 %** | **15.9 %** |
| 12 - Syndrome parkinsonien | **8.5 %** | **11.7 %** |
| 13 - Syndrome confusionnel aigu | **0.1 %** | **0 .3%** |
| 14 - Troubles chroniques du comportement | **55 %** | **57.1 %** |
| 15 - États dépressifs | **39 %** | **38 %** |
| 16 - États anxieux | **35 %** | **35.6 %** |
| 17 - Psychoses, délires, hallucinations | **11.7 %** | **18.1 %** |
| 18 - Syndrome démentiel | **65.9 %** | **72.3 %** |

#### 4.9.2.3 Affections broncho-pulmonaires.

| **Etats pathologiques** | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 19 - Broncho-pleuro-pneumopathies | **12 %** | **20.4 %** |
| 20 - Insuffisances respiratoires | **6.8 %** | **12.2 %** |
| 21 - Embolies pulmonaires | **1.5 %** | **2.1 %** |

#### 4.9.2.4 Affections dermatologiques.

| **Etats pathologiques** | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 25 - Escarres, ulcères et autres plaies | **13.5 %** | **18.6 %** |
| 26 - Autres lésions cutanées graves | **14.1 %** | **27.2 %** |

#### 4.9.2.5 Affections ostéo-articulaires.

| Etats pathologiques | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 27 - Pathologie de la hanche | **14.4 %** | **14.4 %** |
| 28 - Pathologie de l'épaule | **6 %** | **7.1 %** |
| 29 - Pathologie vertébro-discale | **25.1 %** | **21.5 %** |
| 30 - Pathologies osseuses d'autres localisations | **28.2 %** | **28.6 %** |
| 31 - Polyarthrite, pathologies articulaires d'autres localisations | **18.6 %** | **17.2 %** |

#### 4.9.2.6 Affections gastro-entérologiques.

| Etats pathologiques | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 32 - Syndromes digestifs hauts | **39.9 %** | **52.9 %** |
| 33 - Syndromes abdominaux | **51.5 %** | **68.8 %** |
| 34 - Pathologie hépatique, biliaire, pancréatique | **4.6 %** | **7 %** |
| 35 - Dénutrition | **36.7 %** | **60.1 %** |

#### 4.9.2.7 Affections endocriniennes.

| Etats pathologiques | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 36 - Diabète | **15.5 %** | **20.3 %** |
| 37 - Dysthyroïdie | **15.9 %** | **16.3 %** |
| 38 - Troubles de l'hydratation | **6.8 %** | **31.4 %** |

#### 4.9.2.8 Affections uro-néphrologiques.

| Etats pathologiques | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 39 - Rétention urinaire | **6.8 %** | **12.6 %** |
| 40 - Insuffisance rénale | **14.5 %** | **23.9 %** |
| 41 - Incontinence | **36.3 %** | **54.9 %** |

#### 4.9.2.9 Autres domaines pathologiques.

| Etats pathologiques | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 42 - Anémies | **16 %** | **23.1 %** |
| 43 - États cancéreux | **12.6 %** | **15.6 %** |
| 44 - Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique | **2 %** | **2.7 %** |
| 45 - Syndrome inflammatoire ou fièvre inexpliqués | **0.5 %** | **0.7 %** |
| 46 - Pathologies oculaires évolutives | **22 %** | **20.3 %** |
| 47 - État grabataire, troubles de la marche | **38.2 %** | **56.4 %** |
| 48 - État terminal à plus ou moins longue échéance | **2.3 %** | **5.4 %** |
| 49 - Autres pathologies | **8.2 %** | **13 %** |
| 50 - Aucune pathologie pertinente à retenir | **0.1 %** | **0.1 %** |

### 4.10 Variables explicatives du GIR et des profils de soin.

**Le recours à des analyses de régression** a permis d'établir par ordre hiérarchique les variables explicatives de l'appartenance à un GIR ou à un profil de soin.

- **Variables explicatives du GIR**

L'explication de la variable groupe GIR (1, 2, 3, 4, 5, 6) est étudiée avec comme le GIR 1 comme référence en fonction des 10 variables profils de soins (1=Oui, 0=Non) hors S1 et S0 avec comme référence 0 le fait de ne pas avoir le profil de soin (1 vs 0 ó probabilité d'avoir le profil de soins vs probabilité de ne pas avoir le profil de soin).

- **Variables explicatives des profils de soin**

L'explication des 10 profils de soins (S0 et S1 n'ayant pas été étudiés) a été étudiée à partir de 10 régressions logistiques des variables profils de soin avec comme référence 0 le fait de ne pas avoir le profil de soin (1 vs 0 probabilité d'avoir le profil de soins vs probabilité de ne pas avoir le profil de soin) en fonction :

1. De la variable GIR (1, 2, 3, 4, 5, 6) avec comme référence le GIR1
2. Des 48 variables « états pathologiques » avec comme référence 0 le fait de ne pas avoir l'état pathologique (1 vs 0 ó probabilité d'avoir l'état pathologique vs probabilité de ne pas l'état pathologique).

Deux états pathologiques ont été exclus car :

1. Le pathos « 8 -Hypotension orthostatique » est constitué uniquement de profils de soins S1 et S0.
2. Le Pathos « 50-Aucune pathologie pertinente à retenir » est absent de la base.

**Profil T2**
Pour toutes les analyse, la référence est le GIR 1.

Cette analyse montre :

- L'association entre le profil T2 et le GIR est maintenue dans l'analyse incluant les pathologies : la présence du profil T2 augmente la probabilité d'être en GIR 1, puis 2, 3, 4, 5, 6.
- Les plus fortes associations qui ressortent sont : la bronchopneumopathie, le syndrome digestif haut, la dénutrition, l'insuffisance respiratoire et cardiaque.

Les associations les moins fortes sont observées avec les pathologies psychiatriques.

Cette analyse révèle la présence de deux populations : d'une part les résidents présentant des problèmes médicaux (respiratoires, digestifs, nutritionnels, cardiaques), caractérisés par la présence d'un profil T2, d'autre part côté les résidents qui présentent un syndrome démentiel ou une pathologie psychiatrique, mais sans profil T2 associé.

**Profil P1**
Pour toutes les analyse, la référence est le GIR 1.

Le profil P1 ne s'applique qu'aux pathologies psychiatriques et au syndrome démentiel et syndrome confusionnel.

Cette analyse montre :

- Une association forte entre le profil P1 et le GIR 2, une association équivalente entre ce profil et les groupes GIR 1 et 3, et une association négative avec les autres groupes.
- Les pathologies les plus fortement associées sont les psychoses, les syndromes confusionnels, et les troubles du comportement.

**Profil P2**
Pour toutes les analyse, la référence est le GIR 1.

Le profil P2 est moins fréquemment associé au GIR2. Les répartitions dans les autres groupes se fait de façon équivalente.

Il n'y a pas de distribution particulière pour les pathologies psychiatriques.

## 4.11 Regroupements de profils de soin.

Un résident ou patient peut cumuler plusieurs profils de soins.
Afin de caractériser chacun des GIR en terme de profils de soins, une analyse en composante principale a été réalisée en regroupant l'ensemble des effectifs de résidents d'EHPAD et de patients d'USLD

### 4.11.1 Classification en 5 classes de 401 031 résidents sur les 10 profils de soins (hors S1 et S0).

Echantillon étudié **:** 401 031 résidents à partir des coupes pathos de 2015 à 2019 (hors profils de soins Surveillance programmée (S1) et Absence de soins (S0).

Méthode :

- Classification des nuées dynamiques : elle permet de construire par itération une partition en k classes c'est à dire en k-moyennes. Le problème est de diviser en k groupes, souvent appelés clusters (classes). On considère la distance d'un point à la moyenne des points de son cluster. La fonction à minimiser est la somme des carrés de ces distances.
- Avantage : elle permet la classification d'ensemble volumineux.
- Inconvénient : on impose au départ un nombre de classes.
- Nombre maximum de classes = 5 classes
- Variables actives (en nombre de profils de soins par résidents) : T1-Soins techniques importants, T2-Equilibration et surveillance, P1-Soins psychiatriques intensifs, P2-Soins psychiatriques continus, R1-Rééducation fonctionnelle lourde, R2-Rééducation fonctionnelle allégée, CH-Pansements d'opérés – plaies…, DG-Pathologie non diagnostiquée, M1-Accompagnement de fin de vie et M2-Etat crépusculaire.
- Un résident peut avoir plusieurs états pathologiques et donc plusieurs profils de soins.

Résultats de l'analyse de classification :

**La Classe 1 est composée de 3 565 résidents ayant une part importante de profils de soins d'équilibration et surveillance (nombre moyen de T2 = 2.09), et dans une moindre mesure de soins psychiatriques continus (nombre moyen de P2 = 0.55) et dans une moindre mesure de rééducation fonctionnelle allégée (nombre moyen de R2 = 0.28).**
**Les résidents de cette classe ont un niveau de dépendance très élevé : 1 580 sont classés en GIR 2 (soit 44.32%) et 1 111 sont classés en GIR 1 (soit 31.16%).**
**100% des résidents relèvent de Soins Médicaux Techniques Importants.**
**L'âge moyen des résidents appartenant à cette classe est de 85 ans et la médiane est de 87 ans.**

**La Classe 2 est composée de seulement 128 résidents ayant une part importante de profils de soins psychiatriques intensifs (nombre moyen de P1 = 2.12) et dans une moindre mesure de rééducation fonctionnelle allégée (nombre moyen de R2 = 0.18).**
**Les résidents de cette classe ont un niveau de dépendance très élevé : 71 sont classés en GIR 2 (soit 55.47%) et 21 sont classés en GIR 1 (16.41%).**
**100% des résidents relèvent de Soins Médicaux Techniques Importants.**
**L'âge moyen des résidents appartenant à cette classe est de 80 ans et la médiane est de 82 ans.**

**La Classe 3 est composée de 99 940 résidents ayant une part importante de profils de soins de rééducation fonctionnelle allégée (nombre moyen de R2 = 0.55) et dans une moindre mesure en équilibration et surveillance (nombre moyen de T2 = 0.21).**
**Les résidents de cette classe ont un niveau de dépendance plus varié : 36 917 sont classé en GIR 2 (soit 36.94%), 26 211 sont classés en GIR 1 (soit 26.23%), 17 122 sont classés en GIR 4 (soit 17.13%) et 14 738 sont classés en GIR 3 (soit 14.75%).**
**35 338 résidents (soit 35.4%) relèvent de Soins Médicaux Techniques Importants.**
**L'âge moyen des résidents appartenant à cette classe est de 87 ans et la médiane est de 88 ans.**

**La Classe 4 est composée de 101 906 résidents ayant une part importante de profils de soins psychiatriques continus (nombre moyen de P2 = 1.12) et de rééducation fonctionnelle allégée (nombre moyen de R2 = 1.05).**
**Les résidents de cette classe sont classés essentiellement en GIR 2 (soit 48.76%), GIR 3 (soit 20.09%) et GIR 4 (soit 15.48%).**
**9 052 résidents (soit 8.88%) relèvent de Soins Médicaux Techniques Importants.**
**L'âge moyen des résidents appartenant à cette classe est de 86 ans et la médiane est de 88 ans.**

**La Classe 5 est composée de 195 492 résidents ayant tous et quasi-uniquement le profil de soins psychiatriques continus (nombre moyen de P2=1.14).**
**Les résidents de cette classe ont des résidents classés essentiellement en GIR 2 (soit 41.98%), GIR 1 (soit 18.86%), GIR 3 (soit 17.38%) et GIR 4 (soit 16.50%).**
**21 073 des résidents (soit 10.78%) ont des Soins Médicaux Techniques Importants.**
**L'âge moyen des résidents appartenant à cette classe est de 86 ans et la médiane est de 87 ans.**

### 4.11.2 Synthèse des classes.

| Classe | Fréquence | Ecart type RMS | Distance max. de la valeur initiale à l'obs. | Cluster le + proche | Distance entre centroïdes des clusters |
|---|---|---|---|---|---|
| **Classe 1** | 3 565 | 0.3149 | 4.4879 | **Classe** 3 | 1.9876 |
| **Classe 2** | 128 | 0.4493 | 3.8199 | **Classe** 3 | 2.0668 |
| **Classe 3** | 99 940 | 0.2886 | 3.9591 | **Classe** 4 | 1.2470 |
| **Classe 4** | 101 906 | 0.1922 | 4.3122 | **Classe** 5 | 1.0507 |
| **Classe 5** | 195 492 | 0.1786 | 4.9357 | **Classe** 4 | 1.0507 |

### 4.11.3 Moyennes du nombre de profils de soins par classe.

| Profils de soins | Numéro de classe | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 |
| Nombre moyen de PS T1 - Soins techniques important | 0.00 | 0.24 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Nombre moyen de PS T2 - Equilibration et surveillance | 2.09 | 0.12 | 0.21 | 0.08 | 0.09 |
| Nombre moyen de PS P1 - Soins psychiatriques intensifs | 0.03 | 2.12 | 0.11 | 0.00 | 0.01 |
| Nombre moyen de PS P2 - Soins psychiatriques continus | 0.55 | 0.08 | 0.00 | 1.12 | 1.14 |
| Nombre moyen de PS CH - Pansements d'opérés – plaies... | 0.15 | 0.04 | 0.11 | 0.04 | 0.04 |
| Nombre moyen de PS DG - Pathologie non diagnostiquée | 0.05 | 0.05 | 0.08 | 0.03 | 0.03 |
| Nombre moyen de PS R1 - Rééducation fonctionnelle lourde | 0.05 | 0.13 | 0.04 | 0.01 | 0.02 |
| Nombre moyen de PS R2 - Rééducation fonctionnelle allégée | 0.28 | 0.18 | 0.55 | 1.05 | 0.00 |
| Nombre moyen de PS M1 - Accompagnement de fin de vie | 0.00 | 0.00 | 0.03 | 0.00 | 0.00 |
| Nombre moyen de PS M2 - Etat crépusculaire | 0.00 | 0.01 | 0.09 | 0.00 | 0.00 |


| Profils de soins | Numéro de classe | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 |
| Nombre moyen de PS T1 - Soins techniques important | 0.00 | 0.24 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Nombre moyen de PS T2 - Equilibration et surveillance | 2.09 | 0.12 | 0.21 | 0.08 | 0.09 |
| Nombre moyen de PS P1 - Soins psychiatriques intensifs | 0.03 | 2.12 | 0.11 | 0.00 | 0.01 |
| Nombre moyen de PS P2 - Soins psychiatriques continus | 0.55 | 0.08 | 0.00 | 1.12 | 1.14 |
| Nombre moyen de PS CH - Pansements d'opérés – plaies... | 0.15 | 0.04 | 0.11 | 0.04 | 0.04 |
| Nombre moyen de PS DG - Pathologie non diagnostiquée | 0.05 | 0.05 | 0.08 | 0.03 | 0.03 |
| Nombre moyen de PS R1 - Rééducation fonctionnelle lourde | 0.05 | 0.13 | 0.04 | 0.01 | 0.02 |
| Nombre moyen de PS R2 - Rééducation fonctionnelle allégée | 0.28 | 0.18 | 0.55 | 1.05 | 0.00 |
| Nombre moyen de PS M1 - Accompagnement de fin de vie | 0.00 | 0.00 | 0.03 | 0.00 | 0.00 |
| Nombre moyen de PS M2 - Etat crépusculaire | 0.00 | 0.01 | 0.09 | 0.00 | 0.00 |

### 4.11.4 Répartition du nombre de profils de soins (en nombre et %) par classe (plusieurs profils de soins par résidents).

| Profils de soins | | Numéro de classe | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 |
| Nombre de PS T1<br>Soins techniques important | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 12<br>0.17% | 20<br>9.09% | 184<br>0.15% | 20<br>0.01% | 84<br>0.04% |
| Nombre de PS T2<br>Equilibration et surveillance | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 3 565<br>49.25% | 14<br>6.36% | 20 549<br>17.11% | 7 875<br>3.60% | 17 001<br>7.31% |
| Nombre de PS P1<br>Soins psychiatriques intensifs | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 110<br>1.52% | 126<br>57.27% | 10 643<br>8.86% | 452<br>0.21% | 1 401<br>0.60% |
| Nombre de PS P2<br>Soins psychiatriques continus | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 1 719<br>23.75% | 10<br>4.55% | 0<br>0.00% | 100 016<br>45.71% | 195 492<br>84.10% |
| Nombre de PS CH<br>Pansements d'opérés – plaies... | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 527<br>7.28% | 5<br>2.27% | 11 057<br>9.21% | 4 299<br>1.96% | 7 618<br>3.28% |
| Nombre de PS DG<br>Pathologie non diagnostiquée | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 179<br>2.47% | 6<br>2.73% | 7 372<br>6.14% | 3087<br>1.41% | 6 111<br>2.63% |
| Nombre de PS R1<br>Rééducation fonctionnelle lourde | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 160<br>2.21% | 15<br>6.82% | 4 248<br>3.54% | 1 115<br>0.51% | 4 149<br>1.78% |
| Nombre de PS R2<br>Rééducation fonctionnelle allégée | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 952<br>13.15% | 23<br>10.45% | 54 832<br>45.65% | 101 906<br>46.57% | 45<br>0.02% |
| Nombre de PS M1<br>Accompagnement de fin de vie | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 4<br>0.06% | 0<br>0.00% | 2 527<br>2.10% | 10<br>0.00% | 89<br>0.04% |
| Nombre de PS M2<br>Etat crépusculaire | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 11<br>0.15% | 1<br>0.45% | 8 698<br>7.24% | 25<br>0.01% | 459<br>0.20% |
| **Total en nombre de profils de soins** | ***Fréquence***<br>***Pourcentage*** | **7 239**<br>**100.00%** | **220**<br>**100.00%** | **120 110**<br>**100.00%** | **218 805**<br>**100.00%** | **232 449**<br>**100.00%** |

### 4.11.5 Répartition des GIR (en nombre et %) par classe.

| Groupe GIR | | Numéro de classe | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 |
| GIR 1 | Fréquence<br>Pourcentage | 1 111<br>31.16% | 21<br>16.41% | 26 211<br>26.23% | 13 018<br>12.77% | 36 868<br>18.86% |
| GIR 2 | Fréquence<br>Pourcentage | 1 580<br>44.32% | 71<br>55.47% | 36 917<br>36.94% | 49 692<br>48.76% | 82 074<br>41.98% |
| GIR 3 | Fréquence<br>Pourcentage | 427<br>11.98% | 13<br>10.16% | 14 738<br>14.75% | 20 474<br>20.09% | 33 980<br>17.38% |
| GIR 4 | Fréquence<br>Pourcentage | 342<br>9.59% | 12<br>9.38% | 17 122<br>17.13% | 15 775<br>15.48% | 32 260<br>16.50% |
| GIR 5 | Fréquence<br>Pourcentage | 56<br>1.57% | 3<br>2.34% | 3 123<br>3.12% | 1 911<br>1.88% | 6 546<br>3.35% |
| GIR 6 | Fréquence<br>Pourcentage | 49<br>1.37% | 8<br>6.25% | 1 829<br>1.83% | 1 036<br>1.02% | 3 764<br>1.95% |
| **Total** | **Fréquence**<br>**Pourcentage** | **3 565**<br>**100%** | **128**<br>**100%** | **99 940**<br>**100%** | **101 906**<br>**100%** | **195 492**<br>**100%** |

### 4.11.6 Age moyen des résidents et dispersion par classe.

| Numéro de classe | Nombre de structures | Moyenne | Premier décile (D1) | Médiane | Neuvième décile (D9) |
|---|---|---|---|---|---|
| Classe 1 | 3 565 | **85** | 72 | **87** | 95 |
| Classe 2 | 128 | **80** | 63 | **82** | 96 |
| Classe 3 | 99 940 | **87** | 75 | **88** | 96 |
| Classe 4 | 102 000 | **86** | 75 | **88** | 95 |
| Classe 5 | 195 000 | **86** | 73 | **87** | 95 |

### 4.11.7 Répartition des Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI) (en nombre et %) par classe et total.

| Groupe GIR | | Numéro de classe | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 | |
| SMTI | Fréquence | 3 565 | 128 | 35 338 | 9 052 | 21 073 | **69 156** |
| | Pourcentage ligne | 5.16% | 0.19% | 51.10% | 13.09% | 30.47% | **100.00%** |
| | Pourcentage colonne | 100.00% | 100.00% | 35.36% | 8.88% | 10.78% | **17.24%** |
| ***Total des résidents*** | ***Fréquence*** | **3 565** | **128** | **99 940** | **101 906** | **195 492** | **401 031** |
| | ***Pourcentage*** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** |

### 4.11.8 Répartition des résidents par catégorie EHPAD et USLD (en nombre et %) par classe.

| Catégorie | | Numéro de classe | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 | |
| EHPAD | Fréquence | 3 003 | 114 | 97 557 | 100 748 | 192 184 | **393 606** |
| | Pourcentage en ligne | 0.76% | 0.03% | 24.79% | 25.60% | 48.83% | **100.00%** |
| | Pourcentage en colonne | 84.24% | 89.06% | 97.62% | 98.86% | 98.31% | **98.15%** |
| ESLD | Fréquence | 562 | 14 | 2 383 | 1 158 | 3 308 | **7 425** |
| | Pourcentage en ligne | 7.57% | 0.19% | 32.09% | 15.60% | 44.55% | **100.00%** |
| | Pourcentage en colonne | 15.76% | 10.94% | 2.38% | 1.14% | 1.69% | **1.85%** |

### 4.11.9 Classification en 5 classes de 401 031 résidents sur les 10 profils de soins (hors S1 et S0) : répartition selon la classe d'âge.

| Classe d'âge | | Numéro de classe | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 |
| 01-Moins de 60 ans | Fréquence | 34 | 7 | 333 | 325 | 747 |
| | Pourcentage en ligne | 2.4% | 0.5% | 23.0% | 22.5% | 51.7% |
| | Pourcentage en colonne | 1.0% | 5.5% | 0.3% | 0.3% | 0.4% |
| 02-Entre 60 et 70 ans | Fréquence | 249 | 21 | 4 705 | 5 103 | 12 849 |
| | Pourcentage en ligne | 1.1% | 0.1% | 20.5% | 22.3% | 56.0% |
| | Pourcentage en colonne | 7.0% | 16.4% | 4.7% | 5.0% | 6.6% |
| 03-Entre 70 et 80 ans | Fréquence | 530 | 26 | 10 918 | 12 533 | 25 204 |
| | Pourcentage en ligne | 1.1% | 0.1% | 22.2% | 25.5% | 51.2% |
| | Pourcentage en colonne | 14.9% | 20.3% | 10.9% | 12.3% | 12.9% |
| 04-Plus de 80 ans | Fréquence | 2 752 | 74 | 83 984 | 83 945 | 156 692 |
| | Pourcentage en ligne | 0.8% | 0.0% | 25.6% | 25.6% | 47.9% |
| | Pourcentage en colonne | 77.2% | 57.8% | 84.0% | 82.4% | 80.2% |
| **Total** | **Fréquence** | **3 565** | **128** | **99 940** | **101 906** | **195 492** |

# 5. Les RECOMMANDATIONS de la mission.

Les orientations et propositions émises dans ce rapport s'appuient à la fois sur les données issues de l'étude présentée ci-dessus et sur les avis émis par les organismes et personnes (liste précisée en fin de rapport) et ayant répondu au questionnaire joint en *ANNEXE B* de ce rapport, et comportant 10 rubriques :

1 - Evolution de la prise en soin : reconversion des USLD en soins prolongés complexes (USPC).
2 - Evolution de la prise en soin : adaptation/médicalisation des EHPAD.
3 - Evolution des ressources humaines non médicales en EHPAD.
4 - Evolution des ressources humaines médicales en EHPAD.
5 - Evolution des EHPAD au regard des appuis de l'offre sanitaire.
6 - Evolution des fonctions managériales au sein de l'EHPAD
7 - Evolution du modèle financier de l'EHPAD.
8 - Evolution de la réglementation type J et type U.
9 - Numérique en EHPAD.
10 - Qualité des soins en EHPAD.

**Préalables.**

Trois postulats, qui s'appliquent à la grande majorité des populations cibles et situations, doivent être préalablement posés avant toute considération :

1. Quelle que soit la situation, le principe du libre choix de la personne quant à son lieu de vie et de prise en soin constitue un préalable à toute prise de décision.

2. Le maintien ou le retour vers le milieu de vie domiciliaire doit rester l'objectif premier et toute autre alternative ne doit être envisagée que dès lors que la complexité de la situation devient incompatible sans prise de risque tandis que la mise en œuvre des ressources nécessaires est effective. Ceci implique la réévaluation régulière de l'adéquation de ces dernières aux besoins afin de toujours privilégier l'anticipation à la confrontation à une prise de décision dans un contexte de situation de crise. Si cette hypothèse doit être priorisée, elle est fortement conditionnée aux moyens pouvant être mobilisés, tant en terme de professionnels et de services, que de capacités des proches aidants à assurer un étayage domiciliaire ne les exposant pas à un fardeau trop important. Il faut souligner ici le rôle majeur que peut être amenée à assurer l'hospitalisation à domicile (HAD) dont le recours devra toujours être envisagé avant de s'orienter vers quelconque autre solution.

3. L'évolutivité et l'imprévisibilité des situations rencontrées rendent souvent aléatoire l'adéquation des réponses, tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif, aux profils de soins. Ces dernières sont en effet susceptibles de changements significatifs en raison - soit de l'aggravation souvent inéluctable des états pathologiques chroniques et de la perte d'autonomie fonctionnelle pouvant en résulter, - soit de l'interaction de ces derniers avec les affections aiguës intercurrentes qui en constituent le premier facteur de risque de décompensation sur des modes divers et notamment de troubles du comportement productifs. Par conséquent, si les indications de recours à un établissement, alternative au milieu domiciliaire, peuvent reposer sur des définitions assez précises et permettre la bonne orientation dans le parcours de santé, elles ne peuvent en aucun cas préjuger que l'adéquation à la structure demeurera pertinente sur la durée. Cette incertitude implique de réunir toutes les conditions afin d'éviter, autant que de possible, de devoir contraindre la personne à changer de lieu de vie. Cette clause est particulièrement importante dès lors que la personne est hébergée en résidence autonomie (RA) ou en résidence service (RS) ou en EHPAD. Si la première situation trouve une part de sa réponse dans l'intégration ou la proximité de la RA/RS à l'EHPAD, la seconde situation implique que l'EHPAD dispose des ressources (internes et externes) afin de pouvoir assurer les prises en soins au long cours, voire les situations d'instabilité dès lors qu'elles ne relèvent pas de l'hospitalisation. Inversement, en fonction de la stabilisation et/ou de la réversibilité de leur situation, les patients accueillis en USPC sont susceptibles d'être réorientés vers la structure la plus adaptée à leur état (EHPAD, FAM, MAS…) voire

vers le domicile si les conditions et l'intervention des acteurs du domicile (HAD, SSIAD…) le permettent.

Le 3 décembre dernier, Madame Agnès BUZYN, Ministre des solidarités et de la santé mentionnait dans son discours que ***« Réussir le virage domiciliaire ne veut pas dire que les EHPAD n'auront plus leur place mais que cela veut très certainement dire que les EHPAD accueilleront des personnes de moins en moins autonomes », encourageant à "regarder en face cette réalité, aux multiples implications***".

Les mesures visant à renforcer le soutien à domicile ne résisteront pas aux effets de la double transition démographique et épidémiologique devant se traduire dès 2025 par une augmentation très significative des personnes âgées de 80 ans et plus en situation de dépendance parce que victimes d'affections neuro-évolutives, effets auxquels se conjuguera certainement une moindre participation de l'aide informelle par les proches aidants. Ainsi, au même titre que le virage ambulatoire n'a pu pleinement s'appliquer dans le champ de l'hospitalisation aux personnes âgées polypathologiques et dépendantes, il faut s'attendre à ce que le virage domiciliaire ne puisse s'appliquer qu'à un nombre limité de personnes âgées dépendantes, laissant donc entrevoir la nécessité de maintenir voire de renforcer l'offre en établissements d'hébergement.

## A l'issue de ces travaux la mission émet **25 recommandations** :

- Une première recommandation relative aux unités de soins de longue durée.
- 24 recommandations relatives aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

**La mission insiste sur l'impérieuse nécessité de considérer ces 2 groupes de recommandations comme interdépendantes et ne pouvant s'appliquer séparément. Autrement dit, la recommandation 1 qui vise à opérer à une requalification des USLD ne peut s'envisager sans révision du modèle des EHPAD et sans leur renforcement dans la dimension médico-soignante telles que l'expriment les recommandations.**

### 5.1 RECOMMANDATION N° 1 - La requalification des USLD en unités de soins prolongés complexes (USPC) à vocation strictement sanitaire.

**Remarque** : Cette première recommandation implique le renforcement de la dimension médico-soignante et l'adaptation des EHPAD afin qu'ils puissent assurer dans les meilleures conditions la prise en soin et l'accompagnement des personnes âgées qu'ils accueillent *(au sens du décret du 27 mai 2016 (n° 2016-696), article 6, JO du 29 mai)*. Par conséquent cette première recommandation n'a de pertinence et d'applicabilité que dès lors qu'elle est associée aux autres recommandations émises dans ce rapport.

#### 5.1.1 La requalification des USLD en unités de soins prolongés complexes (USPC) à vocation strictement sanitaire : Justification et argumentation.

La spécialisation incomplète des USLD à l'issue des coupes réalisées en 2011, leur spécialisation en 2016 non significativement plus marquée qu'en 2011 et un taux de personnes de moins de soixante ans statistiquement marginal avaient déjà été mentionnés dans le rapport IGAS 2016 (Cf. supra) comme autant d'interrogations quant à leur positionnement au sein de l'offre de soins.

Ces constats sont confortés par les données de l'enquête qui révèlent que :

1 - Le niveau de dépendance GIR et les profils de soins différent peu entre résidents d'EHPAD et patients d'USLD : en chiffres absolus, rapportés à l'ensemble de l'offre en EHPAD et en USLD, le nombre des résidents en GIR 1 ou 2 et/ou relevant des profils de soins T2, R2, P2, CH ou DG est très significativement plus élevé en EHPAD qu'en USLD (dans rapport de 1 à 5 pour les T2).

2 - Le pourcentage de résidents et de patients relevant de SMTI étaient respectivement de 14 % en EHPAD et 40,5 % (vs 52 % en 2011) en USLD mais le nombre de résidents SMTI s'avère significativement

plus élevé en EHPAD en chiffres absolus rapportés au nombre de places actuelles : 82 259 en EHPAD versus 12 712 en USLD.

Par conséquent, cette très nette asymétrie des volumes de profils requérant une ressource médico-soignante, le caractère discontinu de certaines variables intégrées au modèle PATHOS et qui peuvent refléter dans un certain nombre de situations une mobilisation requise transitoire ou limitée dans la durée (telle que la variable T2), et enfin, le caractère aléatoire des ressources à mobiliser compte tenu de l'imprévisibilité des situations médicales, plaident pour un renforcement médico-soignant des EHPAD afin de limiter au plus le recours à l'offre hospitalière. Ainsi, et au regard des données de l'enquête, un certain nombre de patients actuellement hébergés en USLD pourraient être accueillis en EHPAD dès lors que ces derniers ont fait l'objet d'un renforcement de la fonction médico-soignante et des adaptations nécessaires.

A l'opposé, un certain nombre de situations ou profils de soins souvent orphelins de réponses adaptées s'avèrent actuellement inappropriés à une prise en soins adaptée au sein des USLD dans leur réglementation actuelle. Ces situations vont sans nul doute voir leur prévalence s'accroitre en raison de l'augmentation des espérances de vie s'appliquant également à elles. Ainsi, si certains adultes plus jeunes atteints de maladies évolutives et incurables, ou en situation de « long mourir », sont susceptibles de respecter les critères d'admission actuels en USLD (critère « SMTI »), ce type de structure pouvant constituer dans ce cas une solution adaptée au plan médical, les barrières à l'entrée, notamment financières, s'exercent plus fortement sur cette population, qui n'est pas forcément reconnue comme handicapée. Il s'agirait donc de créer une catégorie de structure qui ne présente pas les mêmes barrières à l'entrée que celles des USLD, afin d'assurer une prise en charge optimale pour cette population plus jeune.

### 5.1.2 Définition des Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC).

L'éligibilité à l'USPC pourrait reposer sur l'association de plusieurs critères :

- Un critère « profil pathologique »,
- Un critère « charge en soins »,
- Un critère de non indication « indication non ou n'étant plus justifiée au dispositif en cours ».

#### 5.1.2.1 Le critère « profil pathologique ».

Les USPC s'adresseraient à des patients adultes majoritairement atteints de polypathologies liées à des affections somatiques lourdes, chroniques et instables, associées à un état de dépendance physique et /ou psychique.
Les USPC s'adresseraient à des patients :

- atteints de maladies chroniques invalidantes,
- présentant un risque de défaillance des fonctions vitales (insuffisances d'organe, cardiaque, respiratoire, rénale…),
- une complexité médicale du fait de comorbidités associées,
- des conséquences sévères en terme de limitations d'activité et de dépendance humaine et technique,
- nécessitant donc une surveillance médicale constante et des soins continus à caractère technique,
- le recours à des dispositifs médicaux lourds [tq : appareillage classé « support de vie » correspondant à de la ventilation artificielle par canule de trachéotomie ou par masque (ventilation non invasive), nutrition entérale et parentérale…] (Cf. 5.1.2.3),
- une prise en charge à distance de la survenue des lésions initiales, dès lors que la situation clinique s'est stabilisée, n'est plus susceptible de s'améliorer et qu'un entretien en rééducation est nécessaire.

Par conséquent, ces critères englobent une population plus large que celle des personnes en Etats Végétatifs Chroniques (EVC) ou en Etats Pauci Relationnels (EPR) au sens du décret 2002 et qui s'adressent à des personnes *« atteintes de maladies chroniques invalidantes avec risque de défaillance des fonctions vitales, nécessitant une surveillance médicale constante et des soins continus à caractère technique ».* Ces soins particulièrement lourds ne peuvent être exercés que dans un cadre sanitaire.

Les situations relevant des USPC répondraient à cinq caractéristiques : la notion de long cours, la notion de complexité (intrication et instabilité des pathologies), la notion d'incapacités fonctionnelles aggravées, la notion pronostique d'irréversibilité supposée, la notion de lourdeur de soins.

Exceptée la barrière de l'âge, qui ne devait d'ailleurs pas constituer de facteur limitant à l'accès aux USLD, ces critères diffèrent assez peu de la définition des USLD retenue pour la mise en œuvre du processus prévu à l'article 46 de la LFSS 2006 : *« Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum* ».

#### 5.1.2.2 Les critères de différenciation des USPC.

**Les USPC constitueraient une nouvelle offre se distinguant bien de la définition actuelle des USLD et s'en différenciant par :**

- Un accès à des adultes sans critère d'âge,
- Des ressources permettant des prises en charge médicales plus lourdes et complexes qu'au sein des actuelles ULSD, mais également que celles pouvant être prodiguées en maisons d'accueil spécialisées…(Cf. 5.1.2.3),
- Une tarification strictement « sanitaire » n'impliquant pas de forfait hébergement.

#### 5.1.2.3 Le critère de « charge en soins et ressources nécessaires ».

Les USPC s'adresseraient à des patients nécessitant :

- un accompagnement soignant rapproché,
- une permanence médicale et IDE, 24 H/24 H,
- le recours possible à un plateau technique de proximité, ce qui implique un positionnement de l'USPC adossé ou intégré à un établissement de santé,
- des compétences techniques : gastrostomies, dialyse péritonéale, pansements complexes, trachéotomie…,
- et un ratio en personnel adapté.

#### 5.1.2.4 Le critère de « non indication ».

Les USPC s'adresseraient à des patients ne relevant pas ou plus :

- d'une unité de Soins de Suite et de Réadaptation,
- d'une unité de médecine aiguë,
- d'un FAM ou d'une MAS,
- d'un EHPAD,
- du domicile avec HAD (en raison d'une inadéquation entre charge en soins et mobilisation des réponses appropriées ou par défaut de l'étayage domiciliaire),
- d'une USLD (pendant la période de transition au cours de laquelle s'effectue la requalification des USLD en USPC ou en EHPAD).

### 5.1.3 Indications, profils de soins des patients éligibles en USPC.

4 types d'USPC pourraient être identifiées selon la pathologie dominante :

- Type 1 : patients adultes relevant d'indications MPR/neurologie.
- Type 2 : patients adultes relevant d'autres pathologies chroniques lourdes (cardiologie, pneumologie, oncologie...)
- Type 3 : patients adultes relevant de la géronto-psychiatrie.
- Type 4 : patients adultes en situation de handicap.

**L'éligibilité aux USPC des patients entrant dans l'un des cadres nosographiques précisés ci-dessous impliquent qu'ils satisfassent aux 2 critères « profil pathologique » et « charge en soins et ressources nécessaires » mentionnés ci-dessus.**

**Type 1 - a - Indications issues de la médecine physique et de réadaptation (MPR) ou plus largement des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).**

Actuellement se pose la question du devenir de patients neurologiques lourds, notamment suite à un accident vasculaire cérébral (AVC) ou à un traumatisme sévère : à raison de près de 150 000 nouveaux cas chaque année en France, **l'accident vasculaire cérébral** est en effet la première cause de handicap acquis, précédé en cela des deux autres principales causes : les **traumatismes crâniens et les traumatismes médullaires**. Leurs séquelles peuvent être majeures à la fois sur le plan moteur et cognitif et nécessiter des soins techniques rapprochés (trachéotomie ou gastrostomie…).

Une autre catégorie d'indications est représentée par les patients atteints de **sclérose latérale amyotrophique (SLA), de sclérose en plaques (SEP) au stade sévère ou encore d'autres maladies neuro-évolutives.**

Les patients adultes âgés de 55 à 75 ans victimes de ces affections sont aujourd'hui fréquemment hospitalisés de façon prolongée en « court » séjour avec des difficultés d'accès dans des structures de SSR à orientation neurologique qui sont elles-mêmes en difficulté pour accueillir ces patients dans les délais en raison de l'absence de lieux de vie médicalisés adaptés lorsqu'un retour à domicile n'est pas possible.

Comparativement aux patients âgés de plus de 75 ans (qui peuvent être éligibles aux unités de soins de longue durée), très peu de solutions, voire aucune, n'existent pour un accueil de longue durée des patients adultes plus jeunes en situation de handicap neurologique lourd qui devraient pourtant pouvoir bénéficier de soins adaptés (soins de nursing, rééducation) et d'un projet de vie adapté.

**Type 1 - b - Indications issues de la neurologie** (dont certaines communes au type 1 a).

- Les pathologies évolutives : SLA, Huntington, Parkinson et SEP à un stade avancé, pathologies neuromusculaires, maladies rares neurologiques cause de multi-handicaps acquis (leucodystrophies…), pathologies tumorales médullaires ou cérébrales.
- Les pathologies et déficiences stabilisées, mais à risque de décompensations et compliquées : AVC avec séquelles lourdes nécessitant des soins techniques importants, pathologies neurologiques lourdes acquises telles que les traumatismes crâniens graves, AVC du tronc cérébral (Locked-in Syndrom), blessés médullaires hauts (C1 à C4 ventilo-dépendants ou C5-C8 avec comorbidités), pathologies neurologiques inflammatoires ou infectieuses (encéphalite, myélite…).
- Les états pauci-relationnels.
- Les maladies neuro-évolutives complexes.

Dans ces indications, l'entrée en USPC devra se faire après passage en SSR (mention neurologie, pneumologie…) c'est-à-dire après la phase de rééducation intensive visant la meilleure récupération fonctionnelle possible.

**Type 2 : Indications relevant d'autres pathologies chroniques lourdes, de l'oncologie…**

- Patients cardiaques sévères que l'on peut stabiliser en 6 mois de surveillance médicale rapprochée et pour lesquels une sortie serait alors envisageable.
- Patients oncologiques ou relevant de soins palliatifs.
- Patients polypathologiques nécessitant des soins lourds.
- Patients présentant une pathologie initiale (hématologique, cancérologique, maladies rares, épilepsie sévère ou diabète instable…) nécessitant une surveillance spécifique et des traitements spécialisés coûteux (plasmaphérèse, alimentation parentérale, pompe à insuline, dialyse…) ne pouvant à ce jour être assumés par le secteur médico-social.
- Patients avec obésité morbide et compliquée qui nécessitent un environnement architectural adapté.

Dans ces indications, l'entrée en USPC devra se faire si possible après passage en SSR après la phase de rééducation visant la meilleure récupération fonctionnelle possible.

**Type 3 - Indications issues de la psychiatrie (troubles mentaux).**

Les patients avec certains troubles psychiatriques d'évolution chronique pourraient être accueillis dans ces unités quand leur symptomatologie est encore suffisamment active et invalidante pour compromettre leur admission dans le secteur médico-social.

Il s'agit en premier milieu des patients souffrant de :

- Schizophrénies, dont les formes résistantes.
- Troubles bipolaires, y compris les formes les plus instables sur le plan thymique.
- Troubles graves de la personnalité.

L'enjeu est qu'avec le vieillissement l'évolution du trouble puisse se faire selon deux modalités péjoratives (non exclusive l'une de l'autre) :

- Persistance de symptômes productifs et/ou dissociatifs et/ou déficitaires qui nécessitent une prise en charge médicale spécialisée et renforcée.
- Apparition d'altérations cognitives co-morbides qui, là encore, excluent le patient d'une structure médico-sociale en ce qu'elles requièrent une approche médicale spécialisée et renforcée.

Les unités de type USPC ainsi ciblées devront donc disposer de compétences psychiatriques renforcées. Il s'agit en particulier

- de pouvoir évaluer et réajuster les traitements psychotropes,
- de permettre l'accès à des soins innovants (médicamenteux, psychothérapeutiques ou en stimulation cérébrale),
- de réaliser des programmes de remédiation cognitive adaptée,
- de prendre en charge les comorbidités somatiques dont on sait la fréquence chez ces patients.

Une mention pourrait ainsi être envisagée pour de telles USPC disposant de compétences psychiatriques renforcées, ces dernières ne devant être confondues ni avec les MAS accueillant des résidents porteurs de pathologies psychiatriques, ni avec les UHR qui prennent en charge des patients âgés présentant des troubles du comportement dans le cadre d'une maladie neuro-évolutive.

**Type 4 - Indications issues du champ du handicap (résidents de FAM, de MAS ou d'autres unités...).**

- Personnes polyhandicapées, pour lesquelles des soins techniques associés aux fonctions vitales (alimentation, respiration…) ou des soins cutanés lourds, sont nécessaires, prépondérants et récurrents.
- Personnes en situation de handicap sévère présentant des comorbidités sévères rendant le maintien, le retour à domicile ou l'orientation en secteur médico-social impossibles et requérant une prise en charge spécifique, complexe et prolongée (Ex : patients ventilo-dépendants nécessitent une prise en charge lourde et très spécialisée).
- Pathologies neuro-dégénératives avec handicap psychomoteur et soins techniques lourds.
- Encéphalopathies de type Korsakoff.
- Pathologies avec troubles respiratoires sévères ou exigeant une surveillance H24.
- Ces résidents relèvent de soins ne pouvant être assurés en MAS ou en FAM.

### 5.1.4 Provenance des patients et place des USPC dans le parcours.

Positionnées au sein de l'offre sanitaire, les USPC permettraient d'assurer la prise en charge :

- des patients de MCO caractérisés de « bed blockers »,
- d'un certain nombre de patients issus :
  - de la réanimation,
  - des SSR (dont le SRPR),
  - des USLD actuelles.
- dans une moindre mesure, de résidents orientés par les MAS/FAM,

- de patients en provenance du domicile lorsque ces derniers nécessitent une prise en soins complexe, technique et au long court, notamment en cas de polypathologie entraînant une dégradation rapide de l'état de santé.
- éventuellement de résidents d'EHPAD : il s'agirait des résidents d'EHPAD pour lesquels les soins techniques deviennent prépondérants (SMTI) et/ou pour lesquels une ou plusieurs prises en charge spécialisées (en particulier psychiatrique) sont nécessaires et récurrentes.

### 5.1.5 Eligibilité des patients aux USPC.

L'orientation et l'admission des patients en USPC sera conditionnée par le strict respect des critères médicaux d'éligibilité à ces unités de soins. Les situations relevant des USPC devront répondre à cinq caractéristiques : la notion de long cours, la notion de complexité (intrication et instabilité des pathologies), la notion d'incapacités fonctionnelles aggravées, la notion pronostique d'irréversibilité supposée, la notion de lourdeur de soins.
Le respect de la conformité des profils de soins éligibles à ces unités pourra s'appuyer sur une commission d'admission médico-soignante.

**Cette commission sera également impliquée dans les décisions de sortie et d'orientation du patient dès lors que son profil de soin ne relève plus de l'USPC.**

### 5.1.6 Positionnement des USPC dans l'offre sanitaire.

Résultant de la requalification des USLD, les USPC seront rattachées à l'établissement sanitaire qui en assurait la gestion dès lors qu'il répond aux critères d'autorisation.

La taille de l'USPC devra permettre une organisation en unités de soins de 20 à 30 lits afin qu'elles puissent assurer leur mission de soin tout en demeurant des unités de vie réunissant les conditions de mise en œuvre d'un projet de vie individuel.

### 5.1.7 Evaluation de besoins capacitaires, estimation de la volumétrie de l'offre en USPC.

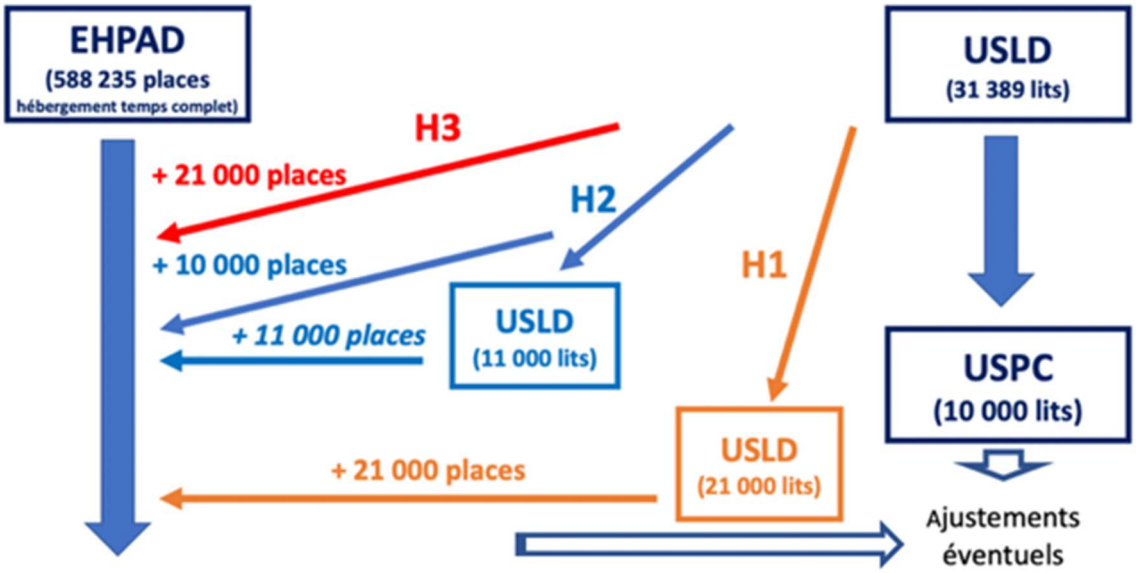
S'adressant à des personnes dont les besoins de soins techniques sont très élevés, un rattachement plein et entier des USPC au secteur sanitaire s'imposerait.
En conséquence, il n'y a pas lieu d'envisager que la prise en charge par l'assurance maladie puisse être inférieure à ce qu'elle est en MAS ou en SSR. Les unités de soins prolongés complexes ne seraient donc pas concernées par la tarification ternaire et, sous réserve du forfait journalier, le reste-à-charge disparaîtrait.
Il conviendrait dans cette optique de déterminer le nombre des personnes qui seraient aujourd'hui éligibles à ces unités afin d'évaluer le dimensionnement de l'offre à mettre en place et le coût envisageable de la mesure. Il est vraisemblable que le nombre actuel d'USLD dépasserait les capacités nécessaires.

Au regard des profils de soins éligibles précédemment mentionnés et afin de constituer une offre suffisante et identifiable sur le territoire une des approches pourrait être de procéder à la requalification de 10 000 lits d'USLD, soit une offre d'une centaine de lits d'USPC par département.

**L'estimation plus précise des capacités devra faire l'objet d'une analyse territoriale des besoins confiée aux ARS.**

Cette requalification pourrait s'accompagner d'une redistribution des USLD selon trois hypothèses (H1, H2, H3) telles que figurant dans les schéma ci-dessous. La première de ces hypothèses (H1) conduirait dans un premier temps par le maintien d'environ 21 000 lits d'USLD, la seconde (H2) par le maintien d'environ 11 000 lits d'USLD et la transformation de 10 000 places d'EHPAD et la troisième hypothèse (H3) par la transformation d'emblée de 21 000 lits d'USLD en places d'EHPAD. Dans l'option d'une requalification séquentielle (H1et H2), la transformation différée des lits d'USLD résiduels en places d'EHPAD (+ 21 000 places pour H1 et + 11 000 places d'EHPAD pour H2) permettrait de procéder aux ajustements nécessaires à une adaptation des capacités d'USPC sur du pluri-annuel.

Les hypothèses 1 et 2 auraient l'avantage de pouvoir répartir ces requalifications dans le temps en tenant compte des spécificités de chaque territoire.




Dans l'hypothèse H2, la répartition des places d'USLD entre celles rejoignant le secteur des EHPAD et celles maintenues transitoirement avant de rejoindre ce dernier s'appuierait essentiellement sur les spécificités de l'offre territoriale et sur les indicateurs globaux caractérisant les profils de soins (PMP) et de dépendance (GMP) des établissements.

**Dans tous les cas, aussi bien cette répartition que la planification de cette redistribution seront confiées et décidées par les ARS après analyse de ces indicateurs et après estimations des besoins capacitaires en USPC.**

#### 5.1.8 Modalités de fonctionnement.

Les unités de soins prolongés complexes de 20 à 30 lits devront s'appuyer sur un fonctionnement le plus intégré possible aux unités de soins dont seront issus les patients éligibles à ces dernières et tenant compte des 4 principales typologies d'USCP mentionnées ci-dessus. Idéalement, il conviendra de réunir les conditions nécessaires à une mutualisation de certaines ressources médicales et soignantes afin d'assurer une continuité et complémentarité des soins la plus efficiente et d'atténuer les effets auxquels pourrait exposer un trop fort cloisonnement de ces unités en terme de charge en soins.

#### 5.1.9. Simulations financières.

Ne faisant pas partie intégrante de la mission, elles font l'objet d'une instruction séparée.

### 5.2 RECOMMANDATION N°2 - Promouvoir une sectorisation raisonnée et raisonnable au sein des EHPAD.

**Il ne peut y avoir de projet de vie personnalisé sans un projet de soin reposant sur un diagnostic clinique précis des maladies et sur l'évaluation de leurs conséquences en terme d'autonomie fonctionnelle.**

L'adaptation des EHPAD à l'évolution des profils de soins : faut-il aller plus loin dans la sectorisation ?

**Depuis plusieurs années, les EHPAD ont évolué en direction d'une plus grande sectorisation mais aussi spécialisation de certains profils de personnes âgées relevant d'une prise en charge particulière : les unités de vie protégées, les malades Alzheimer avec des troubles du comportement (PASA, UHR), mais aussi maintenant et à l'avenir les personnes handicapées vieillissantes.**

### 5.2.1 Argumentation. Ce que nous savons et ce que nous apprend l'étude.

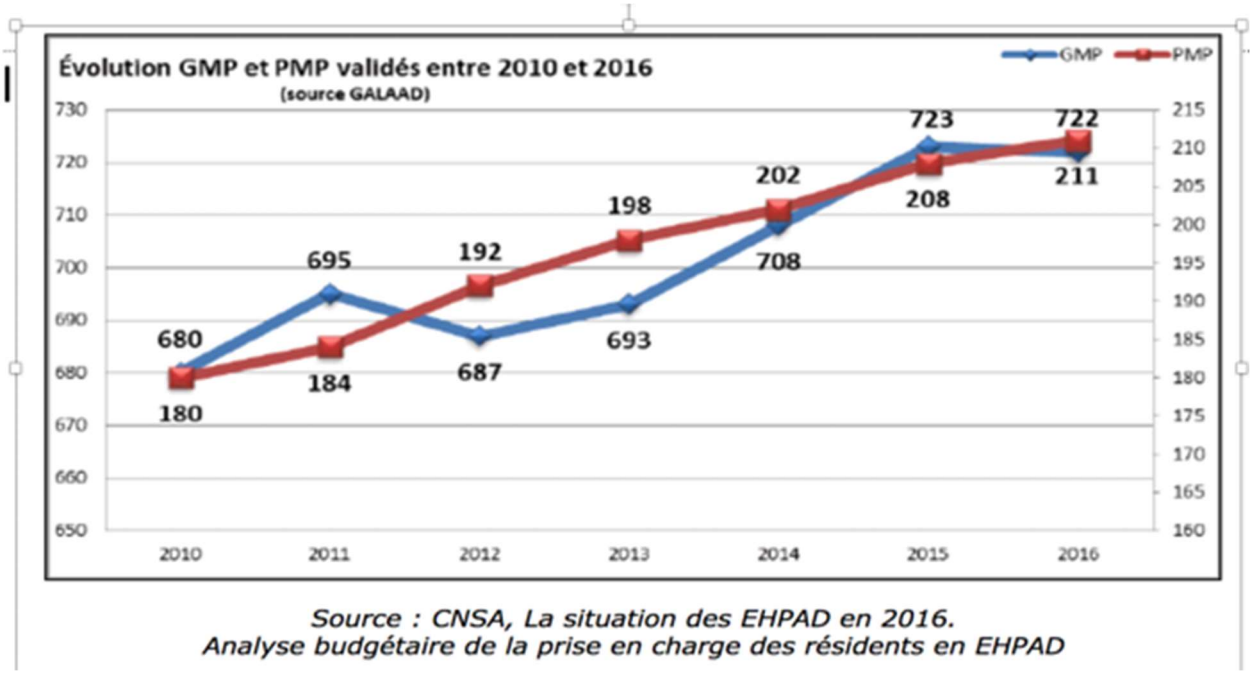
**Une évolution très significative des âges, du degré de dépendance et des profils de besoins en soins des résidents rendant nécessaire l'adaptation des réponses en termes de conditions d'accueil, d'accompagnement, de prise en soins et de tarification.**

#### 5.2.1.1 Une transition démographique et épidémiologique annonciatrice de résidents aux profils de soins et de dépendance aggravés

Cet accroissement du degré de dépendance en établissement d'hébergement, documenté par l'évaluation de l'autonomie pour les actes de la vie quotidienne et les variables de la grille AGGIR, n'a cessé de se poursuivre au cours des 15 dernières années, le score moyen du GMP (GIR Moyen Pondéré) passant de 564 en 2001 à 680 en 2010 pour atteindre 726 en 2017*)*. Cette plus forte dépendance des résidents est la résultante d'une prévalence croissante des morbidités chroniques, source d'incapacités fonctionnelles et de désavantages. Ainsi, elle est corrélée à des profils de soins requis de plus en plus élevés comme en témoigne un score PMP (Pathos Moyen Pondéré) passant de 125 en 2001, à 180 en 2010 pour atteindre 213 en 2017.

**L'étude présentée ci-dessus** révèle que 77 % des résidents d'EHPAD sont GIR 1 à 3 et que 59,2 % d'entre eux sont GIR 1 et 2.

***Une population accueillie en EHPAD qui paraît obéir à une dynamique d'aggravation générale au plan médical***




*Source : CNSA, La situation des EHPAD en 2016.*
*Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD*

#### 5.2.1.2 Une morbidité très largement dominée par les affections neuro-évolutives et psychiatriques à l'origine de troubles neurocognitifs et/ou psychologiques et du comportement prévalent.

Au total, les résidents en EHPAD cumulent 7,9 pathologies en moyenne, dont 6,8 sont stabilisées. Environ 37 % d'entre eux présentent au moins une pathologie chronique non stabilisée et 15 % au moins une pathologie aiguë. La fréquence de ces pathologies chroniques non stabilisées ou aiguës est corrélée au niveau de dépendance.
Les maladies neuro-évolutives, dont la maladie d'Alzheimer, touchent ainsi plus de la moitié des résidents en EHPAD (57 %). Les affections psychiatriques vieillies concernent plus de 15 % des résidents. Les troubles psychologiques (dépression, anxiété…) sont présents chez près de 40 % et les troubles du comportement chez 30 % d'entre eux. Ces affections rendent compte de la présence de troubles de la cohérence chez 8 résidents sur 10.

**Dans l'étude présentée ci-dessus**, l'évaluation PATHOS identifie parmi les états pathologiques les plus fréquents : 66 % de résidents présentant une affection démentielle, 55 % des troubles du comportement, 36 % une dénutrition, 36 % une incontinence vésicale, 22 % une insuffisance cardiaque, 18 % un accident vasculaire cérébral séquellaire.

#### 5.2.1.3 Des troubles de la cohérence chez 80 % des résidents contrastant avec un taux de 28 % de résidents sous protection juridique des majeurs.

Par l'augmentation de leur prévalence et le caractère différé du recours à l'EHPAD, les affections neuro-évolutives, qui constituent la première cause de dépendance, expliquent l'accroissement tendanciel de la proportion de résidents très dépendants. Ainsi 59 % d'entre eux sont évalués en GIR 1 et 2 (*en 2017, 57 % au sein des établissements de la Fondation*), c'est-à-dire correspondent soit à des personnes immobilisées au lit ou au fauteuil et dont les facultés physiques et psychiques sont totalement altérées et ayant besoin continuellement de l'aide ou de la présence d'intervenants, soit à des personnes immobilisées au lit ou au fauteuil et dont les facultés psychiques sont partiellement altérées mais qui ont besoin d'aide pour la majorité des actes de la vie quotidienne, ainsi que d'une surveillance constante, ou encore à des personnes dont les facultés psychiques sont altérées mais toujours capables de se déplacer et ayant besoin d'une surveillance constante.

#### 5.2.1.4 Une altération des fonctions psychiques et/ou cognitives qui impacte sur les facultés de prise de décision et rend souvent aléatoire l'obtention d'un consentement éclairé.

Ces troubles de la cohérence s'associent à des degrés variables et selon le stade de sévérité de la maladie à des troubles attentionnels, des fonctions mnésiques ou langagières, des fonctions exécutives, des capacités de jugement ou de raisonnement, de l'orientation temporelle ou spatiale, des fonctions visuo-spatiales et plus tardivement à troubles praxiques ou gnosiques. Co-existent également fréquemment des troubles psychologiques et/ou du comportement tels que : apathie, indifférence, instabilité de l'humeur, dépression, anxiété, idées délirantes, hallucinations, agitation motrice, verbale ou vocale, désinhibition, ou encore troubles moteurs aberrants, troubles du sommeil ou du comportement alimentaire…

#### 5.2.1.5 Des modes de recours à l'EHPAD en pleine mutation.

Le contexte dans lequel la décision d'orienter la personne âgée dépendante en EHPAD est en pleine mutation. En 2015, 55 % des personnes accueillies en établissement vivaient auparavant à leur domicile personnel ou dans celui d'un proche ; 40 % étaient orientées en EHPAD depuis un établissement sanitaire dont 13 % depuis un établissement psychiatrique ou destiné à l'accueil d'adultes handicapés, 14 % venaient d'un autre établissement (logement-foyer, EHPA, UHR ou SLD). Ces constats reflètent un changement significatif des modes de recours à l'EHPAD. Ainsi, ce lieu de vie, substitut du domicile tend à s'avérer de plus en plus comme une alternative au domicile dans les suites d'une hospitalisation et de moins en moins comme une solution programmée relevant d'une décision prise ou du moins acceptée par la personne et s'inscrivant dans son parcours de vie. Ce changement de lieu de vie résulte de plus en plus souvent d'une

aggravation brutale de l'état de dépendance consécutivement à une ou des pathologies aiguës intercurrentes dans un contexte où l'aide informelle peut également faire défaut et ne plus permettre l'étayage nécessaire au soutien à domicile.

#### 5.2.1.6 Ce que nous apprend l'étude.

L'étude des profils de soins et de leurs regroupements permet d'identifier au sein des 400 1031 résidents d'EHPAD évalués 3 principales classes représentant à elles seules plus de 99 % de l'ensemble d'entre eux.

Les tableaux 1, 2 et 3 ci-dessous caractérisent ces 3 classes en fonction des profils de soins, du GIR et du SMTI.

- La classe 3 concerne près de 100 000 résidents (soit environ 25 %) dont les profils de soins sont dominés par les profils T2* et R2**. Ils sont majoritairement GIR 1 ou 2 et 35 % d'entre eux relèvent de SMTI.
- La classe 4 concerne environ 100 000 résidents (soit environ 25 %) dont les profils de soins sont dominés par les profils P2*** et R2**. Ils sont majoritairement GIR 2 ou 3 et 9 % d'entre eux relèvent de SMTI.
- La classe 5 concerne près de 200 000 résidents (soit environ 50 %) dont les profils des soins sont dominés par le profil P2***. Ils sont majoritairement GIR 2 et 11 % d'entre eux relèvent de SMTI.

*T2 Équilibration et surveillance rapprochée. Surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière 24 h sur 24 requise le plus souvent.
**R2 Rééducation fonctionnelle d'entretien, discontinue ou allégée chez un patient ne pouvant supporter une rééducation intensive, parfois collective après évaluation individuelle.
**P2 Soins de prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapique.

**Tableau 1 – Répartition des 10 profils de soins au sein des 5 classes de résidents.**

| Profils de soins | | Numéro de classe | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 |
| Nombre de PS T1 - Soins techniques important | *Fréquence* | 12 | 20 | 184 | 20 | 84 |
| | *Pourcentage* | 0.17% | 9.09% | 0.15% | 0.01% | 0.04% |
| Nombre de PS T2 - Equilibration et surveillance | *Fréquence* | 3 565 | 14 | 20 549 | 7 875 | 17 001 |
| | *Pourcentage* | 49.25% | 6.36% | 17.11% | 3.60% | 7.31% |
| Nombre de PS P1 - Soins psychiatriques intensifs | *Fréquence* | 110 | 126 | 10 643 | 452 | 1 401 |
| | *Pourcentage* | 1.52% | 57.27% | 8.86% | 0.21% | 0.60% |
| Nombre de PS P2 - Soins psychiatriques continus | *Fréquence* | 1 719 | 10 | 0 | 100 016 | 195 492 |
| | *Pourcentage* | 23.75% | 4.55% | 0.00% | 45.71% | 84.10% |
| Nombre de PS CH - Pansements d'opérés – plaies... | *Fréquence* | 527 | 5 | 11 057 | 4 299 | 7 618 |
| | *Pourcentage* | 7.28% | 2.27% | 9.21% | 1.96% | 3.28% |
| Nombre de PS DG - Pathologie non diagnostiquée | *Fréquence* | 179 | 6 | 7 372 | 3087 | 6 111 |
| | *Pourcentage* | 2.47% | 2.73% | 6.14% | 1.41% | 2.63% |
| Nombre de PS R1 - Rééducation fonctionnelle lourde | *Fréquence* | 160 | 15 | 4 248 | 1 115 | 4 149 |
| | *Pourcentage* | 2.21% | 6.82% | 3.54% | 0.51% | 1.78% |
| Nombre de PS R2 - Rééducation fonctionnelle allégée | *Fréquence* | 952 | 23 | 54 832 | 101 906 | 45 |
| | *Pourcentage* | 13.15% | 10.45% | 45.65% | 46.57% | 0.02% |
| Nombre de PS M1 - Accompagnement de fin de vie | *Fréquence* | 4 | 0 | 2 527 | 10 | 89 |
| | *Pourcentage* | 0.06% | 0.00% | 2.10% | 0.00% | 0.04% |
| Nombre de PS M2 - Etat crépusculaire | *Fréquence* | 11 | 1 | 8 698 | 25 | 459 |
| | *Pourcentage* | 0.15% | 0.45% | 7.24% | 0.01% | 0.20% |
| **Total en nombre de profils de soins** | ***Fréquence*** | **7 239** | **220** | **120 110** | **218 805** | **232 449** |
| | ***Pourcentage*** | **100.00%** | **100.00%** | **100.00%** | **100.00%** | **100.00%** |

**Tableau 2 - Répartition des 6 GIR au sein des 5 classes de résidents.**

| Groupe GIR | | Numéro de classe | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 |
| GIR 1 | Fréquence | 1 111 | 21 | 26 211 | 13 018 | 36 868 |
| | Pourcentage | 31.16% | 16.41% | 26.23% | 12.77% | 18.86% |
| GIR 2 | Fréquence | 1 580 | 71 | 36 917 | 49 692 | 82 074 |
| | Pourcentage | 44.32% | 55.47% | 36.94% | 48.76% | 41.98% |
| GIR 3 | Fréquence | 427 | 13 | 14 738 | 20 474 | 33 980 |
| | Pourcentage | 11.98% | 10.16% | 14.75% | 20.09% | 17.38% |
| GIR 4 | Fréquence | 342 | 12 | 17 122 | 15 775 | 32 260 |
| | Pourcentage | 9.59% | 9.38% | 17.13% | 15.48% | 16.50% |
| GIR 5 | Fréquence | 56 | 3 | 3 123 | 1 911 | 6 546 |
| | Pourcentage | 1.57% | 2.34% | 3.12% | 1.88% | 3.35% |
| GIR 6 | Fréquence | 49 | 8 | 1 829 | 1 036 | 3 764 |
| | Pourcentage | 1.37% | 6.25% | 1.83% | 1.02% | 1.95% |
| **Total** | **Fréquence** | **3 565** | **128** | **99 940** | **101 906** | **195 492** |
| | **Pourcentage** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** |

**Tableau 3 - Répartition des SMTI sein des 5 classes de résidents.**

| Groupe GIR | | Numéro de classe | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 | |
| SMTI | Fréquence | 3 565 | 128 | 35 338 | 9 052 | 21 073 | **69 156** |
| | Pourcentage ligne | 5.16% | 0.19% | 51.10% | 13.09% | 30.47% | **100.00%** |
| | Pourcentage colonne | 100.00% | 100.00% | 35.36% | 8.88% | 10.78% | **17.24%** |
| ***Total des résidents*** | ***Fréquence*** | **3 565** | **128** | **99 940** | **101 906** | **195 492** | **401 031** |
| | ***Pourcentage*** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** |

Les classes 4 et 5 identifient des résidents relevant d'un profil de soins P2 dont l'appartenance s'explique par 5 états pathologiques principaux : troubles chroniques du comportement, états dépressifs, syndromes démentiels, états anxieux, « psychose, délire, hallucination » (tableau 4).

**Tableau 4 – Etats pathologiques les plus fréquemment associés au profil de soins P2.**

| Variable d'interet PS_P2-Soins psychiatriques continus (ref=0) | Variables à expliquer | Effectif | Khi-2 | Pr > khi-2 | OddsRatio | LowerCL | UpperCL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Groupe 6 vs 1 | 4 781 | 188,9601 | <.0001 | 0,80 | 0,69 | 0,92 |
| 1 | Groupe 5 vs 1 | 8 421 | 0,0452 | 0,8316 | 0,93 | 0,83 | 1,04 |
| 1 | Groupe 4 vs 1 | 47 811 | 2,851 | 0,0913 | 0,94 | 0,88 | 1,01 |
| 1 | Groupe 3 vs 1 | 54 306 | 1,5769 | 0,2092 | 0,99 | 0,93 | 1,06 |
| 1 | Groupe 2 vs 1 | 131 746 | 10,1307 | 0,0015 | 0,70 | 0,67 | 0,74 |
| 1 | Ref=GIR 1 | 50 172 | | | Ref | | |
| 1 | 14-Troubles chroniques du comportement1 vs 0 | 184 415 | 23706,375 | <.0001 | 6979,93 | 6236,20 | 7812,35 |
| 1 | 15-Etats dépressifs 1 vs 0 | 47 226 | 21056,229 | <.0001 | 11510,37 | 10144,63 | 13059,97 |
| 1 | 18-Syndrome démentiel 1 vs 0 | 51 280 | 19659,045 | <.0001 | 4751,56 | 4221,23 | 5348,52 |
| 1 | 16-Etats anxieux 1 vs 0 | 39 702 | 18240,306 | <.0001 | 19336,94 | 16756,48 | 22314,77 |
| 1 | 17-Psychose, délires, hallucination 1 vs 0 | 21 919 | 16300,608 | <.0001 | 2305,25 | 2046,90 | 2596,21 |
| 1 | 49-Autres pathologies 1 vs 0 | 153 | 249,5342 | <.0001 | 11,19 | 8,29 | 15,09 |

Ces 2 classes se distinguent donc bien de la classe 3 qui relève de profils de soins majoritairement T2 et R2, sans profils P2 et minoritairement de profils P1 (< à 10 %). En revanche, cette classe caractérise des résidents plus dépendants, cette dépendance ne relevant, par conséquent, et pour grande la majorité, pas de pathologies neurologiques et/ou psychiatriques.

#### 5.2.1.7 Deux grandes catégories de résidents pouvant relever d'une prise en soin différenciée.

Ces constats tendraient à considérer deux grandes catégories de résidents pouvant relever d'une prise en soin différenciée :

- Les résidents appartenant plutôt à la classe 3, non (ou moins) dépendants psychiques mais à risque majoré d'instabilité et de décompensations d'organe (T2), et
- Les résidents appartenant aux classes 4 et 5 regroupant ceux d'entre eux majoritairement concernés par une dépendance psycho-cognitive associée ou non à la présence de troubles psychologiques et/ou comportementaux (dont certains « productifs ») et relevant d'une prise en soin impliquant un environnement plus sécurisé.

Une sectorisation pourrait par conséquent se justifier dans l'objectif d'une approche plus personnalisée s'appuyant sur des pratiques et compétences professionnelles plus spécifiques et dans un environnement garant d'une meilleure gestion des risques.

#### 5.2.1.8 Une sectorisation pouvant conduire à considérer 2 types d'unités de taille adaptée.

Cette sectorisation pourrait conduire à considérer deux types d'unités de taille adaptée (de 14 à 28 places) :

- des unités dédiées aux résidents correspondant à la classe 3.
- des unités dédiées aux résidents correspondant aux classes 4 et 5.

Ce type de sectorisation existe essentiellement en direction des résidents atteints de maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées, dans les unités de vie protégées (environ 65 000 places) et les unités d'hébergement renforcé, mises en place par le 3e plan Alzheimer et répondant à un cahier des charges qui intègre des critères de sécurisation, d'architecture, de formation du personnel en direction de projets d'accompagnement destinés spécifiquement à des personnes malades présentant des troubles du comportement importants. L'intérêt d'unités spécialisées est d'offrir un projet spécifique d'accompagnement aux résidents, dans des conditions de sécurité en équilibre avec la liberté d'aller et venir, en respectant des exigences en matière de formation des personnels. Un projet architectural spécifique peut être intégré et constitue un facteur favorisant la qualité de l'accompagnement.

D'autres sectorisations peuvent être envisagées en EHPAD : unités pour les personnes ayant un haut niveau de dépendance, ou pour les personnes handicapées vieillissantes (notamment les personnes déficientes intellectuelles) ou encore pour les malades psychiatriques vieillissants hors USPC). Dans le premier cas, l'intérêt de la sectorisation se situe au niveau de la répartition du personnel et de la rationalisation des emplois du temps. Dans le deuxième et le troisième cas, il s'agit de regrouper des personnes qui peuvent plus difficilement s'intégrer au sein d'une patientèle gériatrique traditionnelle.

En dehors de ces situations, une sectorisation est peu pertinente et peu réalisable compte tenu de l'imbrication des pathologies rencontrées chez les personnes âgées. Dans tous les cas l'estimation des besoins doit s'appuyer sur un système d'information permettant d'identifier au mieux les profils de soins des résidents. Toutefois, et au-delà de la nécessité d'une meilleure homogénéité des cotations Aggir et Pathos, si les évaluations Aggir et Pathos détectent respectivement les résidents atteints de troubles neurocognitifs et ceux à haut degré de dépendance, ces outils sont peu aptes à identifier facilement les personnes handicapées vieillissantes et les malades psychiatriques.

#### 5.2.1.9 Ce que nous a appris la crise sanitaire de la Covid 19.

Parmi les leçons à tirer de la crise sanitaire et du risque de contagiosité dans le contexte épidémique, il faut retenir la pertinence d'une configuration en « petites unités » mieux adaptée à l'agilité nécessaire pour regrouper des cas incidents ou contacts de la Covid. Au cours de la crise sanitaire, l'importance de l'architecture s'est affirmée comme un atout déterminant.

Ces adaptations doivent à la fois permettre l'optimisation de la prise en soin et de l'accompagnement, une meilleure gestion des risques, une professionnalisation des intervenants et une meilleure adhésion à l'emploi.

#### 5.2.1.10 Avantages et limites d'une sectorisation.

Les avantages d'une sectorisation sont à mettre en balance avec leurs potentielles limites.
Elle devrait permettre :

- une meilleure gestion des troubles comportementaux (notamment productifs).
- un accompagnement plus personnalisé dans le même milieu de vie.
- une meilleure gestion des situations de crise.
- une plus grande homogénéité des problématiques, plus compatible à une professionnalisation et à une adaptation continue des compétences.

Les limites résultent du caractère aléatoire des potentiels changements de profils de besoins pouvant imposer un changement de secteur. Deux exemples peuvent illustrer cette éventualité :

- la propension des résidents de classe 3 à développer une affection neuro-évolutive et/ou à présenter des troubles comportementaux pouvant conduire à les orienter dans un secteur adapté à ces troubles ; inversement,
- la réversibilité partielle ou complète de troubles comportementaux à un stade évolué de l'affection pouvant conduire à s'interroger sur le maintien ou non dans l'unité quand il s'agit d'une UHR. Cette éventualité implique de procéder à une réévaluation régulière des profils de besoins afin d'optimiser la prise en soin et l'accompagnement. Le projet d'établissement doit pouvoir rendre compte des modalités d'accompagnement des résidents entre les secteurs au regard de l'évolution de la dépendance et des pathologies de ces derniers.

Une autre limite, de nature plus financière, peut résulter de la sous-optimisation du taux d'occupation à laquelle pourrait exposer la sectorisation. **Cette limite pourrait être résolue par la création d'une unité d'accueil indifférenciée** de quelques places permettant de procéder aux premières évaluations et à l'instruction du plan d'aide personnalisé avant d'orienter le résident vers l'unité la plus adaptée à ses besoins. Cette solution impose néanmoins à un changement de chambre et est tributaire de la libération d'une place dans l'unité idoine.

Les adaptations nécessaires à une telle sectorisation ne pourront bien évidemment pas s'appliquer selon les mêmes modalités selon qu'il s'agit d'établissements en cours de création ou futurs ou de structures existantes.

Retenons enfin que si elle doit être assurée par l'établissement, la gestion de la fin de vie devra avoir lieu au sein du dernier lieu de vie de la personne. Retenons également que l'accès à des soins, des aides à la vie quotidienne, de la rééducation, des activités thérapeutiques, un soutien psychologique doit être identique quelle que soit l'unité d'hébergement.

#### 5.2.1.11 Ce que nous apprend l'enquête auprès des organismes et personnes interrogés.

A la question « Au regard des données issues de l'étude relative aux profils de soins, **est-il selon vous pertinent de tenir compte des profils de résidents en EHPAD** dans l'optique d'une sectorisation au sein de l'EHPAD ? », la majorité des répondants s'accordent pour dire qu'au regard de ces données et de leur bonne connaissance du secteur, **il convient de privilégier une organisation en petites unités.**

**Le modèle LNA Santé**

Le postulat de base que pose le groupe LNA est de bénéficier d'un projet architectural adapté à la prise en soin de la grande dépendance (le GMP et le PMP médians des EHPAD LNA Santé sont respectivement de 757 et de 244), et disposant d'une organisation humaine et managériale adaptée.

• ***Une organisation en unités de vie***. L'unité de vie ou « maisonnée » est le centre du concept d'accueil des EHPAD de LNA Santé. Chaque unité compte entre 20 lits, dans le cas de résidents souffrant de troubles cognitifs, et de 25 à 30 lits pour les autres résidents.
Elle est animée par une équipe dédiée de soignants avec laquelle s'installera, au fil du temps, une complicité avec les résidents.
Ainsi, les résidents évoluent dans un environnement familier accompagnés par des équipes stables avec lesquelles un lien pourra se nouer, garant de leur équilibre personnel et d'un parfait respect de leur intimité. Au sein de nos unités de vie, les soignants sont connus des résidents avec lesquels ils partagent tous les moments de la vie quotidienne.

• ***Une maîtresse de maison dans chaque unité de vie.***
Chaque unité de vie est dirigée par une maîtresse de maison soignante-référente, une fonction créée par LNA Santé, inédite en France. Cette professionnelle (aide-soignante ou aide médico-psychologique) a un rôle particulièrement important au sein de la maisonnée, elle est en charge des relations avec les familles, elle veille et elle est garante du bien-être des résidents, elle manage son équipe de collaborateurs dédiés à l'unité.

• ***Des EHPAD spacieux au service d'un projet de vie sociale et culturelle ambitieux.***
Au sein des EHPAD, on comptabilise en moyenne 60 m$^2$ par résident. Cet espace est 20 % supérieur aux autres opérateurs d'EHPAD, quel que soit leur statut juridique.
Ces EHPAD spacieux permettent de proposer des équipements confortables comme des salles de restaurant, des espaces snoezelen, des salons d'accueil pour les familles…

• ***Des EHPAD neufs ou totalement restructurés***
LNA Santé considère que le bâti est un prérequis indissociable à médicalisation des EHPAD et à la dispensation d'offre de services et de santé pour les résidents, les proches aidants et les professionnels. Comment envisager une démarche bientraitante, comment améliorer les conditions de travail des professionnels, lorsque le bâtiment est inadapté à l'accueil de personnes en situation de perte d'autonomie voire vétuste (pour mémoire, 2/3 des EHPAD en France ont plus de 30 ans dont la moitié a plus de 45 ans*).
**Hapi-CNSA |la situation des EHPAD en 2016 – Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD » - novembre 2017.*

**Le modèle DOMUS**
L'expérience du Groupe oriente plutôt vers des établissements « généralistes » avec des sectorisations. La crise sanitaire a clairement objectivé une réponse plus rapide et adaptée lorsque la sectorisation était possible. La sectorisation (entre 14 et 28 lits) peut être elle-même généraliste ou spécialisée pour un profil donné (UP, grande dépendance, soins palliatifs…). Le corollaire à l'option généraliste sectorisée est l'augmentation de la capacité générale de l'établissement (80 à 120 lits), permettant d'optimiser les ressources et notamment en ressources médicales et paramédicales.

#### 5.2.1.12 Un calibrage des unités, gage d'une individualisation de l'accompagnement et de la prise en soins.

En référence aux considérations précédentes et à la recommandation N°20, la mission recommande que le calibrage optimal des unités soit de 14 places. Ce calibrage doit en particulier être respecté pour les unités accueillants des résidents présentant des troubles du comportements (unités de vie protégées, UHR) et rejoint celui recommandé par la Cndepah (8). Pour les autres unités, la mission recommande que le calibrage des unités n'excède pas 20 places. Actuellement, la taille moyenne unités s'établit à 32 lits et la taille médiane à 26 lits.

*(8) Cndepah. Etat des lieux et perspectives (https://cndepah.fr/les-effectifs-soignants-en-ehpad).*

L'adaptation des unités à un tel calibrage implique de facto une augmentation des ratios en personnel (Cf. recommandation N°7).

### 5.3 RECOMMANDATION N°3 – Doter dans les meilleurs délais l'ensemble des EHPAD d'unités de vie protégées ou unités de soins spécialisées Alzheimer.

Au cours des dernières années, un certain nombre d'adaptations ont déjà pu démontrer leur pertinence qu'il convient par conséquent de déployer plus largement : unités protégées, PASA, UHR, unités pour PHV…

Au regard de la proportion de résidents susceptibles de nécessiter un environnement sécurisé adapté à leur prise en soin et à un accompagnement personnalisé (classes 4 et 5), il apparaît nécessaire de doter les EHPAD d'un nombre d'unités protégées de taille adaptée (idéalement 14 places), d'un PASA et de faciliter le cas échéant l'accès à une unité d'hébergement renforcée (UHR). Cette organisation a pour finalité d'adapter la prise en soin en fonction du degré de sévérité et de l'évolutivité des troubles psychologiques et/ou comportementaux.

Pour rappel, le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 vient préciser les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD, en application de l'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, et concerne également les petites unités de vie (PUV), les PASA et les UHR.

**Les unités de vie protégées ou unités de soins spécialisées Alzheimer.**

Le cadrage de ces unités protégées ou unités de soins spécialisées Alzheimer a été précisé en 2008 dans le travail d'un groupe d'experts (Unités Spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement - Réflexion sur les critères de définition et missions - Août 2008).

Le groupe de travail a retenu 5 critères nécessaires pour la définition d'une unité spécifique Alzheimer en EHPAD :

- une population ciblée : patients souffrant de maladie d'Alzheimer ou syndrome apparenté compliqué(e) de symptômes psycho-comportementaux dits « productifs », « gênants » ou « perturbateurs »,
- un personnel en nombre suffisant, qualifié, volontaire, formé et soutenu,
- un projet spécifique de soin et un projet de vie personnalisé,
- une participation de la famille et un programme d'aides aux aidants,
- un environnement architectural adapté et indépendant du reste de la structure.

Les unités spécifiques Alzheimer s'adressent aux patients souffrant de maladie d'Alzheimer ou syndrome apparenté documenté (diagnostic DSM IV, NINCDS-ADRDA), compliqué(e) de symptômes psychologiques et/ou comportementaux dont la sévérité et/ou la persistance compromettent la qualité de vie du patient et sa sécurité, et ne sont pas compatibles avec son maintien dans l'unité traditionnelle de l'EHPAD.

Les symptômes psychologiques et/ou comportementaux nécessitant une prise en charge spécifique en unité protégée sont principalement les symptômes dits « productifs » ou « gênants » tels que l'agitation psychomotrice, les troubles du sommeil et l'agressivité verbale ou physique.

Par rapport à la situation actuelle dans les établissements, le fonctionnement d'une unité spécifique Alzheimer nécessite une meilleure adéquation en personnel soignant (en termes d'ETP et de pluridisciplinarité). Il faut aussi souligner l'importance de la présence spécifique d'un soignant la nuit au sein de l'unité. Les soignants doivent être en nombre suffisant, qualifiés, motivés, volontaires et soutenus. La formation du personnel est une des bases des unités spécifiques Alzheimer ; elle doit être continue.

L'environnement doit être le support d'un projet de vie et de soin adapté. Il doit faciliter les conduites autonomes et limiter les comportements inadaptés. Les unités de petite taille permettent d'éviter la sur-stimulation entre des résidents trop nombreux, de favoriser les interactions sociales et de créer du lien entre les patients. Selon le groupe de travail, la capacité d'accueil ne peut excéder 14 résidents.

**Au regard du nombre de résidents dont les profils de soins et états pathologiques relèvent de telles unités, la mission recommande de configurer l'EHPAD en unités de 14 places (Cf. recommandation N° 20) répondant aux critères sus-mentionnés. Pour les établissements nouvellement créés, cette configuration en petites unités de vie et de soins doit devenir la règle. Pour les autres établissements, leur restructuration doit impérativement intégrer cette mesure.**

### 5.4 RECOMMANDATION N°4 – Doter dans les meilleurs délais l'ensemble des EHPAD de Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA).

Le décret mentionné ci-dessus rappelle que ce pôle « accueille en priorité les résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés » (maladie neurodégénérative associée à un syndrome démentiel) mais « qui altèrent néanmoins la qualité de vie de la personne et des autres résidents ». Sa création est soumise à autorisation.

Le PASA doit être un « environnement confortable, rassurant et stimulant » et proposer durant la journée des activités individuelles ou collectives, élaborées par un ergothérapeute ou un psychomotricien, qui concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles et cognitives restantes, des fonctions sensorielles ainsi qu'au maintien du lien social des résidents.

Il appartient au PASA (sous la responsabilité du médecin coordonnateur) d'élaborer un projet spécifique qui prévoit ses modalités de fonctionnement (horaires, activités, modalités d'accompagnement et de soins, transmissions d'informations entre les équipes soignantes l'EHPAD du pôle, organisation du déplacement des résidents…) ainsi qu'un protocole permettant d'évaluer les techniques de prise en charge des troubles du comportement.

Le décret décrit également la composition minimale de l'équipe du PASA, qui reste inchangée :
- un psychomotricien ou ergothérapeute,
- un assistant de soins en gérontologie,
- un psychologue pour les résidents et les aidants.

Cette équipe doit être spécifiquement formée « à la prise en charge des maladies neurodégénératives » et veiller à communiquer avec l'équipe de l'EHPAD.

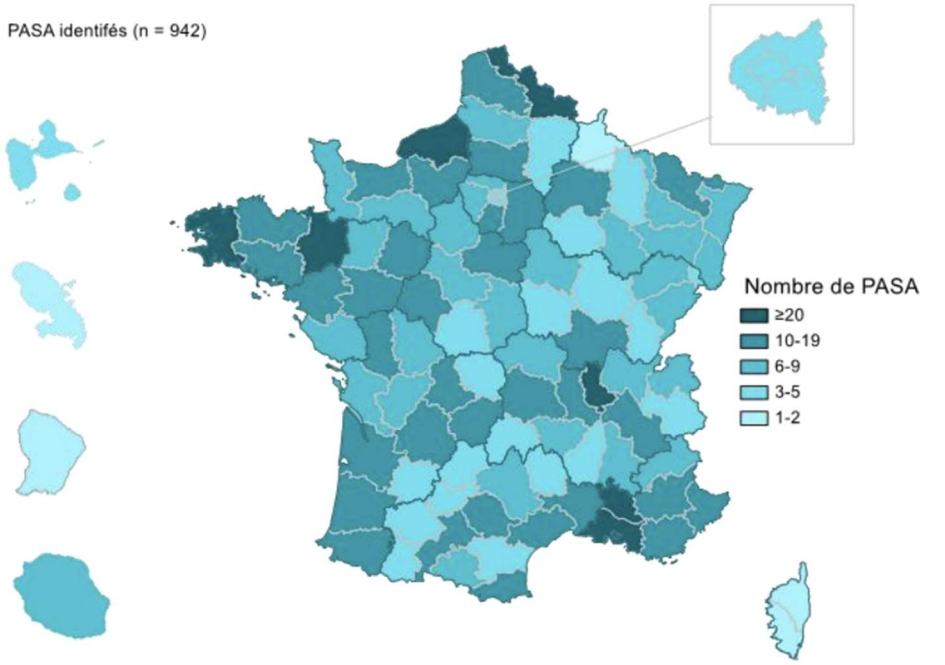
Le décret mentionne aussi le rôle structurant de l'environnement architectural du PASA pour les résidents et les familles, en insistant sur la nécessité que celui-ci soit conçu pour être accessible aux résidents, avec « une ouverture sur l'extérieur ».

***Situation en 2014 -*** La Mesure 26 du plan maladies neurodégénératives (PMND) 2014-2019 mentionnait la nécessité de **« Poursuivre le déploiement des pôles d'accompagnement et de soins adaptés (PASA) et d'inscrire cette offre au sein des filières de soins et accompagnement de droit commun ».** Au 31 décembre 2013, les données disponibles faisaient état de 12 432 places de PASA installées, soit entre 888 et 1 036 PASA (unités de 12 ou 14 places), ce qui représentait un taux de 50 % de PASA installés par rapport à la cible de 25 000 places initialement prévues et financées. Le taux de mise en œuvre de ce dispositif (prévision de 70 % de PASA autorisés à fin 2014) apportait la preuve qu'il correspondait bien aux attentes des usagers et des professionnels car il instaure une dynamique en termes de qualité d'accompagnement. Une enquête réalisée auprès des ARS confirmait la nécessité d'atteindre les objectifs quantitatifs initiaux afin de bien mailler le territoire. Le PMND précisait le besoin de poursuivre le déploiement des PASA au sein des EHPAD de manière à assurer un bon maillage territorial de l'offre.

***Situation en 2018 -*** Les données issues de l'analyse statistique des rapports d'activité des établissements et services médico-sociaux pour personnes avec maladies neurodégénératives (activité 2018 CNSA – données extraites *) présentées ci-dessous révèlent une grande disparité d'implantation géographique de l'offre en PASA.
** Beaumont A., Ledésert B. Analyse statistique des données issues des rapports d'activité des établissements et services médico-sociaux. Activité 2018. Toulouse : CREAI-ORS Occitanie, nov. 2019, 88 p. Disponible à partir de l'URL : http://www.creaiors-occitanie.fr*

- Le nombre de PASA identifiés varie entre 1 et 34 selon les départements (figure A). Le nombre d'unités apparait plus faible (inférieur à 3) au sein de la Corse, la Martinique, la Guyane et des Ardennes. À l'inverse, le nombre de structures apparait plus important (supérieur à 19) au sein du Finistère, de l'Ille-et-Vilaine, de la Seine-Maritime, du Nord, du Rhône, des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse.
- La répartition des PASA selon la taille de l'unité urbaine d'implantation montre une présence sensiblement plus importante des structures dans les unités urbaines d'au moins 200 000 habitants (25,1 %), les zones rurales concentrant quant à elles un cinquième des structures (20,7 %). Ces structures sont toutefois moins implantées dans les unités urbaines de 50 000 à 200 000 habitants (12,0 %).

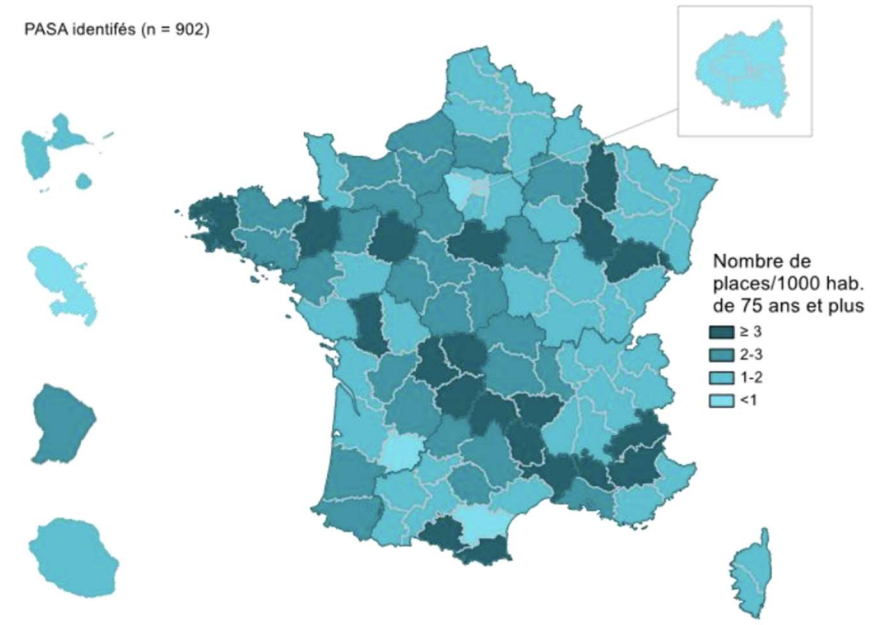
**Figure A. Nombre de PASA identifiés par département - 2018**




**Source** : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

- Concernant l'offre de soins, le nombre de places en PASA a été évalué pour 1000 habitants de 75 ans et plus (figure B). En moyenne, 2,0 places sont disponibles pour 1000 habitants de 75 ans et plus. La majorité des départements ont un nombre de place compris 1 et 3 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Une offre moins importante s'observe toutefois en région parisienne et dans les départements du Lot-et-Garonne, de l'Aude et de la Martinique.

**Figure B. Nombre de places de PASA installées pour 1000 habitants de 75 ans et plus - 2018**




**Non-réponses** : 40 structures (4,2 % des structures identifiées)
**Source** : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS ; RP 2016 – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

**Données HAPI au 31/12/2019**. On dénombre 24 720 places de PASA sur une base de 6 926 EHPAD tarifés.

**Au regard du nombre de résidents dont les profils de soins et états pathologiques relèvent de tels dispositifs, la mission recommande de poursuivre le déploiement des PASA dans l'optique d'une généralisation en priorisant dans un premier temps les EHPAD de plus de 70 places d'hébergement permanent. Pour les établissements existants dans l'impossibilité d'adapter leur configuration aux fins de créer un espace dédié, la mission recommande de laisser à ces derniers la possibilité de délivrer cette prestation en plusieurs lieux au sein de l'établissement.**

### 5.5 RECOMMANDATION N°5 – Poursuivre le déploiement des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) au sein des EHPAD afin d'assurer un maillage territorial et de rendre ces unités accessibles à plusieurs EHPAD du même bassin.

L'UHR accueille également des résidents présentant des troubles du comportement, mais qui sont d'une **plus grande sévérité** que ceux accueillis au sein du PASA, ce qui justifie que l'avis d'un psychiatre soit systématiquement recherché.

L'unité devra disposer d'espaces privés et collectifs, ainsi qu'une ouverture sur l'extérieur dans les mêmes conditions que pour un PASA, afin d'instaurer un cadre « convivial et non institutionnel » pour « protéger le bien-être émotionnel et réduire l'agitation et l'agressivité des résidents » qui pourront alors utiliser ces espaces en toute sécurité.

Comme pour le PASA, sont donc élaborés : le projet de soins et le programme d'activités pour le résident, ainsi que le projet de l'UHR « sous l'autorité du médecin de l'établissement de soins de longue durée ou par le médecin coordonnateur de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, en lien avec le médecin traitant ».

Le décret précise la composition de l'équipe :

- un médecin (qui peut être le médecin coordonnateur) ;
- un IDE ;
- un psychomotricien ou ergothérapeute ;
- un AS ou AMP ou AES (renforcement de l'équipe) ;
- un assistant de soins en gérontologie ;
- un personnel soignant la nuit ;
- un psychologue « pour les résidents et les aidants ».

Là-encore, l'ensemble du personnel doit avoir été formé, « notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie ». Le décret décrit également l'architecture de l'UHR.

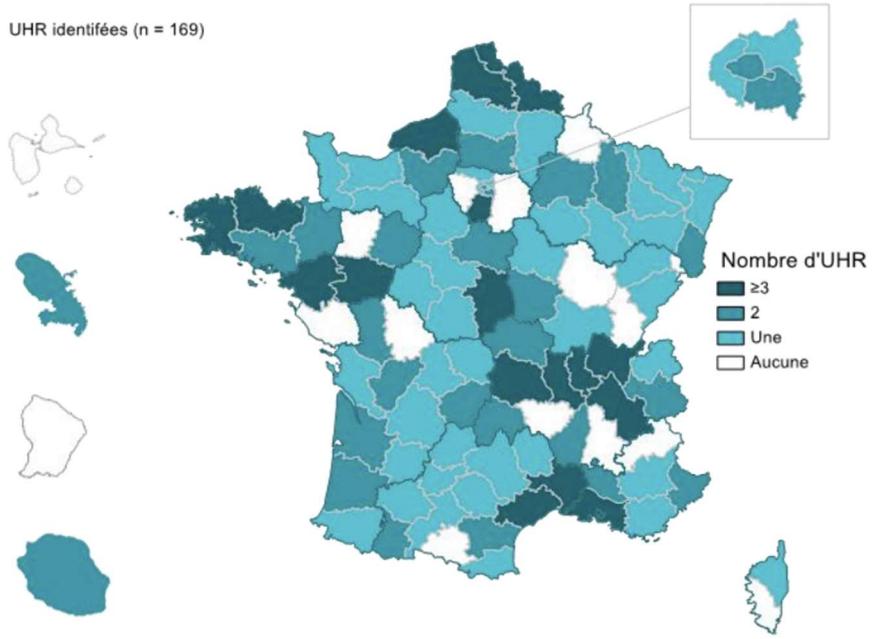
***Situation en 2014 -*** La mesure 27 de l'axe 1 du PMND prévoyait la poursuite du déploiement de l'accueil en Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) et d'inscrire cette offre au sein des filières de soins et d'accompagnement de « droit commun ». Au 31 décembre 2013, on dénombrait 1 135 places installées (soit entre 81 et 94 UHR selon le nombre de places par unité) en EHPAD au regard d'une cible de 1 600 places prévue initialement. Dans le secteur sanitaire, il était prévu d'identifier 3 300 lits d'UHR sanitaires dans les USLD, soit 190 unités avec une capacité moyenne de 17 lits. Au dernier recensement en 2013, on comptait 54 UHR ouvertes et 50 prévues par les ARS. Cette mesure prévoyait la rénovation du cahier des charges des UHR afin notamment d'élargir les critères d'entrée au-delà des profils de personnes malades actuellement ciblées. Ces travaux de rénovation du cahier des charges ont conduit, pour les dispositions relevant du domaine règlementaire, à la publication du décret n° 2016-1164 du le 26 août 2016 sus-mentionné fixant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD. Elle prévoyait également de mieux identifier les objectifs de soins et d'accompagnement des UHR par rapport à l'ensemble des unités « sécurisées » existantes (Cantous, unités Alzheimer) ainsi que par rapport aux UCC dans une logique d'amélioration de l'orientation et de la complémentarité des réponses.

***Situation en 2018 -*** Les données issues de l'analyse statistique des rapports d'activité des établissements et services médico-sociaux pour personnes avec maladies neurodégénératives (activité 2018 CNSA – données extraites *) présentées ci-dessous révèlent une grande disparité d'implantation géographique de l'offre en UHR.

* *Beaumont A., Ledésert B. Analyse statistique des données issues des rapports d'activité des établissements et services médico-sociaux. Activité 2018. Toulouse : CREAI-ORS Occitanie, nov. 2019, 88 p. Disponible à partir de l'URL : http://www.creaiors-occitanie.fr*

- Parmi les UHR identifiées (figure C), aucune UHR n'est présente dans 16 départements. On retrouve, à l'inverse, au moins trois UHR dans dix-sept départements, notamment en Auvergne-Rhône-Alpes, sur la côte méditerranéenne, en Bretagne et le nord de la France. Concernant les UHR analysées uniquement, 28 départements n'ont aucune UHR analysée.
- Les UHR identifiées sont moins fréquemment installées en zone rurale, 11,8 % des UHR y étant implantées, et sont plus nombreuses dans les grandes unités urbaines avec 26,0 % situées en unité urbaine de 200 000 habitants ou plus. Les proportions restent identiques parmi les structures analysées.

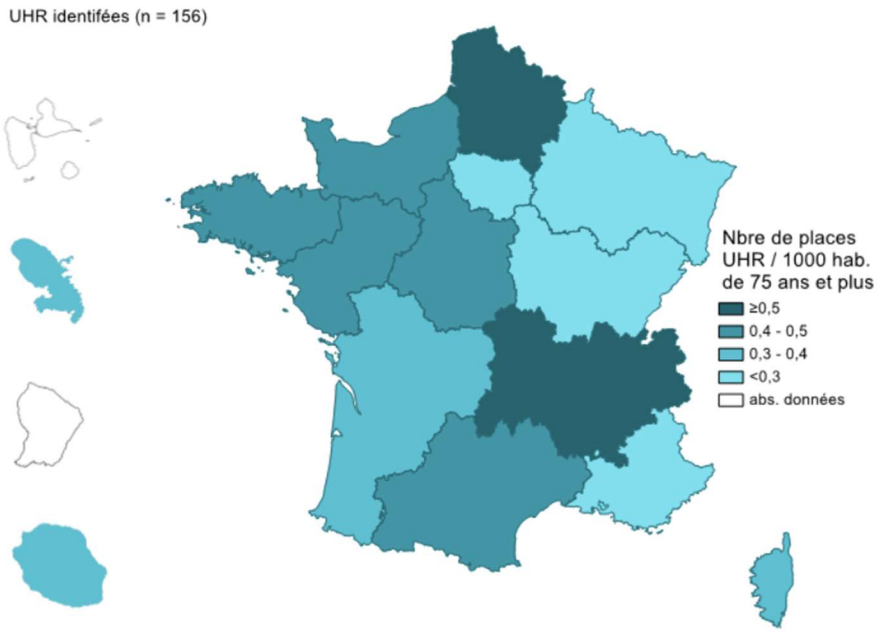
**Figure C - Nombre d'UHR identifiées par département – 2018**




**Source** : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

- Concernant l'offre de soins, le nombre de places en UHR a été évalué pour 1000 habitants de 75 ans et plus (figure D). En moyenne, 0,37 places sont disponibles pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Une offre plus importante (≥ 0,5 places / 1000 habitants) s'observe pour les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Hauts-de-France. Elle est a contrario plus faible (< 0,3 places / 1000 habitants) au sein des régions Île-de-France, Grand-Est, Bourgogne-France-Comté et Provence-Alpes-Côte d'Azur. La Guadeloupe et la Guyane n'ont par ailleurs aucune UHR identifiée.

**Figure D - Nombre de places d'UHR installées pour 1000 habitants de 75 ans et plus - 2018**




**Non-réponses** : 13 structures (7,7 % des structures identifiées)
**Source** : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS ; RP 2016 – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

**Données HAPI au 31/12/2019.** On dénombre 2 646 places d'UHR sur une base de 6 926 EHPAD tarifés, soit entre 170 et 200 UHR.

**Au regard du nombre de résidents dont les profils de soins et états pathologiques relèvent de tels dispositifs, la mission recommande de poursuivre le déploiement des UHR dans l'optique d'une harmonisation de l'offre territoriale en fixant un minimum de 0,5 places d'UHR pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Chacune de ces unités de 14 places seront situées au sein d'un EHPAD et mises à disposition d'un groupe d'EHPAD implantés sur le même bassin géographique.**

Dans la période de transition présidant à la requalification des USLD, dès lors que de telles UHR sont déjà sous la gestion d'une USLD elles seront considérées comme mises à disposition du groupe des EHPAD implantés au sein du même bassin que l'USLD.

En fonction des situations observées en EHPAD et justifiant le recours à une prise en soin spécialisée, les UHR pourront prendre en soin des résidents d'EHPAD, soit directement, soit après passage par une unité cognitivo-comportementale (UCC).

Par ailleurs, et comme le précise la recommandation 1 relative aux USPC, les situations observées en UHR et susceptibles de relever d'une USPC en raison de leur complexité de prise en soins (Cf. critères d'éligibilité) devront pouvoir accéder, du moins transitoirement, aux USPC de type 3 à vocation « géronto-psychiatrique ».

### 5.6 RECOMMANDATION N°6 – Poursuivre le déploiement d'établissements d'hébergement « spécialisés dédiés à certaines typologies de besoins » mais sous certaines conditions.

A la question « Au regard des données issues de l'étude relative aux profils de soins**, est-il selon vous pertinent de tenir compte des profils de résidents en EHPAD dans l'optique d'une spécialisation au sein de l'EHPAD ?** », la majorité des répondants à l'enquête s'accordent pour dire qu'au regard de ces données et de leur bonne connaissance du secteur, cette éventualité peut être envisagée dès lors que l'offre du territoire répond à l'ensemble des profils de besoins.

En effet, la création d'établissements entièrement dédiés à un profil pathologique implique d'avoir au préalable vérifié l'adéquation de l'offre aux différents profils de besoins des personnes âgées garantissant à ces dernières un accès à la fois de proximité et approprié à leurs profils.

Pour autant, cette spécialisation s'est développée pour les troubles neurocognitifs majeurs plus ou moins sévères et pourrait se justifier compte tenu des effectifs élevés de personnes concernées par de tels troubles.

L'absence actuelle et à moyen terme de traitements médicamenteux curatifs efficaces contre la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées justifie la place prépondérante des approches non médicamenteuses. Ces personnes nécessitent un projet d'accompagnement et de soins spécifique allant largement au-delà de la sécurisation. Par rapport à ces besoins spécifiques d'accompagnement, les EHPAD entièrement dédiés présentent l'avantage d'une conception globale intégrant un personnel spécifiquement formé et, dans la plupart des cas, un projet architectural spécifique. Cependant, au regard du nombre de personnes concernées (soit environ les deux-tiers des 600 000 résidents d'EHPAD), les EHPAD entièrement dédiés ne constituent actuellement qu'une part très marginale de l'offre (moins de 200 en 2017, pour environ 11 000 places ; *source : Fondation Médéric Alzheimer*).

**Certains modèles s'appuyant sur l'approche Carpe Diem de Nicole Poirier (Trois Rivières au Québec) ou encore sur celle du groupe Martha Flora, en Hollande pourraient être utilement déployés.**

Pour les autres situations, il n'existe probablement pas la masse critique nécessaire en terme numérique pour d'autres types de spécialisations.

L'accueil des personnes en situation de handicap avançant en âge (habituellement identifiées sous le vocable discutable de « personnes handicapées vieillissantes ») va dans les années à venir constituer un enjeu prégnant en raison de l'impact des transitions démographique et épidémiologique n'épargnant pas ces personnes.

Se pose en effet de plus en plus la question de l'accueil de « personnes handicapées vieillissantes » habituées à vivre dans des hébergements collectifs (foyers, FAM, MAS). Le nombre d'orientations vers des établissements et services pour les jeunes adultes handicapés ne cesse de croitre et le maintien des « personnes handicapées vieillissantes » dans leur structure d'orientation tant que leur autonomie est compatible avec la vie de l'établissement, accentue le manque de places pour répondre aux besoins de ces jeunes adultes.

Le concept d'unités dédiées aux résidents en situation de handicap vieillissants (PHV) s'est développé au cours des 10 dernières années au sein d'un certain nombre d'EHPAD afin de répondre à des situations ne trouvant pas solution par ailleurs. Pour autant, les spécificités de ces résidents, tant de par leur âge, très significativement plus faible (plus de 20 ans de différence d'âge), que de par la singularité de leur(s) handicap(s) et de leurs besoins, constituent avec la nécessaire professionnalisation des équipes de soins et d'accompagnement les principales limites de ce modèle.

Si le recours à une unité de soins prolongés complexes (USPC) pourra s'envisager dans l'avenir pour les profils de besoins les plus lourds (Cf. supra, recommandation 1), il convient donc de privilégier d'autres alternatives que celle des PHV en EHPAD pour les situations ne nécessitant pas le recours à une USPC. Ces situations doivent trouver une partie de leur solution dans le développement de l'habitat inclusif, des accueils de jour, des SAMSAH…

C'est également dans cette optique que de très rares EHPAD se sont orientés vers l'accueil exclusivement dédié à des adultes en situation de handicap avançant en âge. Le modèle présenté ci-dessous en précise les avantages et limites.

**Le modèle Fondation Partage & Vie de la résidence Les Chantournes (Le Versoud en Isère)**

La résidence « Les Chantournes » est un EHPAD spécialisé dans l'accueil de personnes présentant une déficience intellectuelle avec ou sans handicap moteur associé situé à Le Versoud en Isère.

L'établissement, ouvert en 2013, est organisé en 6 unités pouvant chacune accueillir 14 résidents, soit une capacité totale de 84 résidents. L'établissement dispose d'une unité psycho-gériatrique (UPG) de 14 chambres.

**Le modèle de l'EHPAD dédié à des adultes en situation de handicap avançant en âge :**

Avantages : Professionnels dédiés, professionnels des secteurs soin et éducatif, double culture professionnelle, projet d'établissement spécifique, plan de formation entièrement dédié à l'accompagnement des adultes en situation de handicap avançant en âge, Projets d'Accompagnement Individualisé tous élaborés, évalués et mis à jour selon l'évolution et a minima chaque année (DMS s'établissant entre 10 et 20 ans, voire plus), taux d'occupation très stable proche de 100 % (hors absences pour convenances personnelles), une à deux nouvelles admissions/an.

Limites : Modèle de financement peu adapté. Les financements dépendent des outils Pathos et GIR qui s'avèrent inappropriés pour cette population.

Préconisation : La tarification de ce modèle devrait être basé sur l'évaluation et la réévaluation des besoins individuels et les temps de personnels accompagnants et soignants requis définis par résident et réévalués à chaque évolution de son état de santé ou a minima annuellement.

Ce modèle d'établissement d'hébergement, dès lors qu'il bénéficierait d'une tarification appropriée, pourrait donc représenter une des solutions alternatives au lieu de vie domiciliaire ou en foyer dès lors que ce dernier ne s'avère plus adapté. Pour les raisons mentionnées ci-dessus, il doit être privilégié par rapport au déploiement des unités « PHV » en EHPAD.

### 5.7 RECOMMANDATION N°7 - Renforcer la dimension médico-soignante et adapter les EHPAD afin qu'ils puissent intégrer des profils de soins médicaux. Doter les EHPAD des catégories professionnelles du soin indispensables et des seuils minimaux en terme de ratios en personnel.

Cette recommandation est le corollaire de la recommandation 1. Elle vise à réunir les conditions afin que les EHPAD puissent assurer la prise en soin et l'accompagnement des personnes âgées qu'ils accueillent *(au sens du décret du 27 mai 2016 (n° 2016-696), article 6, JO du 29 mai)*.

Elle répond aux deux questions posées : « A quelles conditions les EHPAD devraient-ils répondre pour intégrer des profils de soins médicaux de patients relevant aujourd'hui d'USLD (catégories de personnel, ratio RH, taux d'encadrement, temps médical, équipements…) et **quels leviers peuvent-ils être mis en œuvre pour parvenir à une meilleure médicalisation des EHPAD** (généralisation du tarif global, présence d'une PUI, contractualisation avec une officine pour la gestion de médicaments) ?

Comme le révèle l'étude sus-mentionnée, la plupart EHPAD se caractérisent par des profils de soins relevant d'USLD et assure la prise en soins de patients requérant des soins médico-techniques importants. Il apparait donc logique de renforcer la dimension médico-soignante en EHPAD en se référant ***à la circulaire d 10 mai 20O7 relative aux USLD*** soit :

- un taux d'encadrement (infirmier, aide-soignant, agent hospitalier, personnel paramédical, personnel médical) de l'ordre de 1,1 équivalent temps plein par lit,

- 0,5 équivalent temps plein de personnel médical pour environ 30 lits,

- 0,8 équivalent temps plein de personnel soignant (infirmier, aide-soignant, agent hospitalier) par lit,

- du temps de kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, podologue, psychologue, diététicienne et assistante sociale. Un temps de cadre semble indispensable.

**Ces indicateurs ne constituent cependant pas des normes d'encadrement.**

Les soins prodigués en EHPAD se décomposent en deux catégories : les soins de base quotidiens assurés par les infirmiers, les aides-soignants, les auxiliaires de vie sociale (AVS/AES) et les aides médico-psychologiques (AMP/AES) et les soins médico-techniques qui requièrent une plus grande technicité et sont effectués à partir d'une prescription médicale. Les soins médico-techniques sont censés être prodigués par les infirmiers, les médecins, les psychologues, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les ergothérapeutes, les pédicures-podologues, les psychomotriciens et les rééducateurs en psychomotricité et les diététiciens.

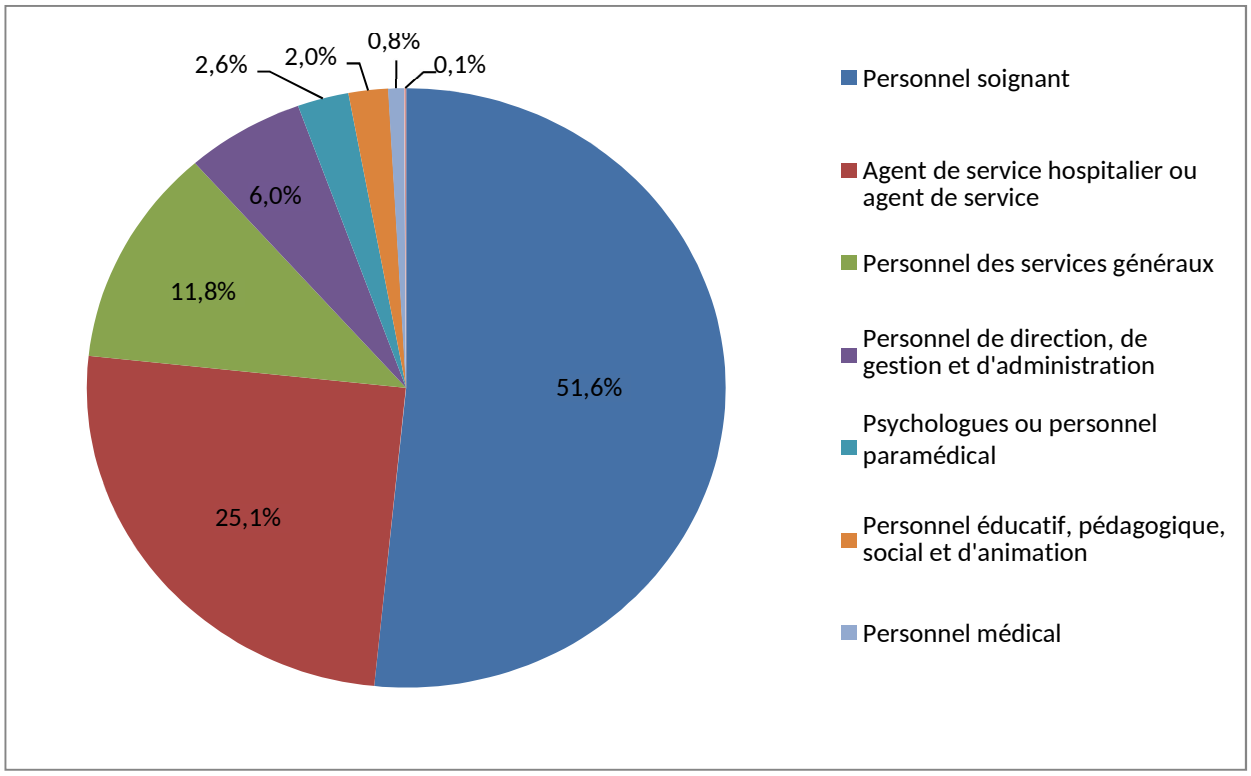
**Le taux d'encadrement actuel**.

Si l'on se réfère à l'enquête 2015 de la DREES (9), la majorité du personnel des EHPAD est composée du personnel soignant, soit 52 % des ETP (graphique ci-dessous).

*(9) Enquête de la DREES. Le taux d'encadrement dans les EHPAD. Ses déterminants et ses alternatives. Les dossiers de la DREES n° 68, décembre 2020.*

Le personnel soignant est la catégorie de professionnels qui prodigue des soins quotidiens aux résidents. Il est composé des infirmiers, des aides-soignants, des auxiliaires de vie sociale (AVS/AES) et des aides médico-psychologiques (AMP/AES). Les infirmiers représentent 11 % des ETP en personnel et les aides-soignants 33 %. Les agents de service sont la seconde catégorie de personnel la plus représentée avec 25 % des ETP. Ce personnel assure l'entretien des locaux et du linge et il aide à la distribution des repas ainsi qu'à la gestion des déchets.

**Répartition des ETP selon le type de personnel dans les EHPAD en 2015**




**Source** DREES, enquête EHPA 2015.
NB : Les AMP et les AVS sont considérés parmi le personnel soignant. Le personnel soignant inclue les professionnels en charge des soins au quotidien, c'est-à-dire les AMP, les AVS et les aides-soignants pour les soins de base et les infirmiers pour les soins médico-techniques.

A partir des informations issues des éditions 2011 et 2015 de l'enquête EHPA de la DREES (9) le taux d'encadrement dans les EHPAD, c'est-à-dire le rapport entre les effectifs de personnels en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places dans l'établissement, s'établit ainsi : Toutes catégories de personnel : 0.63 ; Personnel soignant : 0.31 ; Personnel agents de service : 0.16 ; soit un ratio de 0.47 si l'on regroupe personnel soignant et agents de service. Ce ratio se rapproche de celui de 0.48 issu de l'enquête réalisée en 2019 par la Cndepah auprès de ses membres (établissements publics) (8).

Selon cette l'enquête DREES (9), le taux d'encadrement varie entre les EHPAD selon la dépendance moyenne des résidents dans un établissement (mesurée par son GMP) ou selon le statut juridique, mais également selon l'indicateur des besoins moyens en soins médico-techniques des résidents (Pathos moyen pondéré – PMP). Les EHPAD privés présentent des taux d'encadrement plus faibles que les EHPAD publics. Par ailleurs, les EHPAD avec un faible nombre de places installées (moins de 60) ont un taux d'encadrement en moyenne plus élevé.

*(8) Cndepah. Etat des lieux et perspectives (https://cndepah.fr/les-effectifs-soignants-en-ehpad).*
*(9) Enquête de la DREES. Le taux d'encadrement dans les EHPAD. Ses déterminants et ses alternatives. Les dossiers de la DREES n° 68, décembre 2020.*

Enfin, le taux d'encadrement d'un EHPAD diffère selon le pôle urbain dans lequel il s'inscrit. Les établissements dans les petits et moyens pôles urbains ont un taux d'encadrement plus faible que ceux dans un grand pôle urbain. En revanche, les structures situées dans une commune isolée ont un encadrement en moyenne plus élevé.

**Des effectifs soignants notoirement insuffisants au regard des besoins en soins et du degré de perte d'indépendance des résidents.**

Les ratios actuels permettent la prise en soin d'environ 10 résidents intégrant les soins de base et l'accompagnement pour les actes essentiels de la vie courante incluant la toilette, le lever, l'aide au repas et le coucher. Dans ces conditions, le temps pouvant être consacré à la toilette ne peut excéder 20 minutes. L'aide au repas, pour les trois repas de la journée, devient une mission de plus en plus chronophage en raison d'un pourcentage croissant de résidents nécessitant une assistance à la prise des repas. Ces mêmes soignants doivent assurer l'accompagnement et la prise en soin des résidents présentant une incontinence vésicale et/ou rectale ou encore des plaies de pression (respectivement 36 % selon et 14 % l'étude présentée au début de ce rapport). Ils sont impliqués dans la distribution des médicaments par délégation des IDE. Leur temps doit également leur permettre à participer aux transmissions quotidiennes et à l'élaboration et au suivi des plans d'aide personnalisés. Enfin, ils assurent également une partie des fonctions plus liées à l'hôtellerie telle que la distribution des repas… au détriment du temps direct auprès des résidents. Ils concentrent le plus souvent leur temps auprès des résidents les plus dépendants et/ou en fin de vie. Les ratios actuels ne sont pas compatibles avec une réelle individualisation de la prise en soin tenant compte du rythme de vie des résidents et encore moins à des mesures de prévention à l'égard des moins dépendants.

Dans l'état actuel des ratio (8, 9), les soignants ne peuvent consacrer en moyenne que 43 minutes par résidents le matin et 28 minutes l'après-midi, incluant le début de soirée et donc le repas du soir et le coucher.

**Ce que nous apprend la crise sanitaire.**

Une étude de Santé publique France et de l'ARS Nouvelle-Aquitaine venant d'être publiée (juin 2021) réalisée dans 45 EHPAD ayant été le siège de clusters modérés à sévères de Covid-19 révèle que le manque de ressources humaines et l'architecture du bâtiment inadaptée figurent parmi les facteurs de risque de cluster de Covid-19. Ainsi, le ratio d'équivalent temps plein (ETP) du personnel paramédical sur le nombre de lits est plus bas "pour les clusters à impact élevé (0,32) que pour ceux avec un impact modéré (0,35)". Les EHPAD les plus impactés se caractérisent par un nombre d'ETP de médecin coordonnateur et d'infirmiers "plus faible" (respectivement en moyenne 0,40 et 5,30) par rapport à ceux avec un cluster à impact modéré (0,43 et 6,6) et par un temps moyen d'IDEC (en ETP) moins importants.

**Ce que recommande la mission.**

**L'ensemble de ces considérations confondues, la mission recommande les seuils <u>minimaux</u> suivants**, définis sur la base du GIR Moyen Pondéré (GMP) médian national et du Pathos Moyen Pondéré (PMP) médian national, dans un EHPAD de **80 places** (sans tenir compte des dotations spécifiques liées à des activités supplémentaires comme un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) ou la permanence des soins) :

- 7 ETP Infirmiers (dont la fonction d'infirmière coordinatrice)
- 28 ETP d'aides-soignants (dont 20 % d'Assistants de Soins en Gérontologie)
- 1 ETP de psychologue
- 1 ETP d'ergothérapeute
- 0,5 ETP de psychomotricien
- 0,5 ETP de kinésithérapeute
- 0,5 ETP d'enseignant en Activité Physiques Adaptées (EAPA)
- 18 ETP d'agents des Services Hospitaliers (ASH)

Le ratio minimal en AS/AES/ASH recommandé ici par la mission s'établit à 0.58. Il rejoint celui préconisé par la Cndepah (8) sur la base de la présence de 5 agents en journée (3 le matin et 2 l'après-midi) pour une unité de 20 places. Un tel ratio se traduit par un temps soignant par résident passant de 43 à 65 minutes le matin et de 28 minutes à 43 minutes l'après-midi. Cette majoration des ratios en AS/AES et en ASH doit permettre aux soignants de se consacrer davantage à leur cœur de métier en se libérant des tâches hôtelières qu'ils exercent fréquemment.

**Ces effectifs « socles » correspondent aux ratios moyens qui pourraient être dans un premier temps le niveau de base à atteindre pour tous.**

Par ailleurs, **la mission recommande la possibilité de recourir à d'autres professionnels du soin** (diététicien, orthophoniste, podologue, voire d'orthoptiste pour une rééducation en basse vision) sur des indications prédéfinies et sur prescriptions. Dans le cas d'un tarif soin global, elles doivent être accessibles par le biais de financements assurance maladie indépendants.

L'intervention de ces professionnels pourrait être facilitée par la mutualisation de leur exercice sur plusieurs EHPAD (Cf. recommandation N°23).

Ces ajustements ne doivent pas être opérés aux dépens des autres catégories professionnelles affectées au cadre de vie ou aux fonctions administratives.

Cette recommandation de la mission rejoint donc celle émise en Proposition 87 du rapport de D. LIBAULT (concertation Grand Age Autonomie - mars 2019) : Augmenter de 25 % les effectifs d'encadrement en EHPAD d'ici 2024. Pour rappel, cette dernière fixe une cible d'augmentation de 25 % des effectifs d'encadrement en EHPAD par rapport à 2015 d'ici 2024, avec une première étape significative dès 2019/2020, pour les EHPAD publics, privés non lucratifs et privés lucratifs. Cette cible représenterait une hausse de 13 ETP de l'effectif total de l'EHPAD (personnel soignant, paramédical, psychologue, agents de service, fonctions d'animation…) pour 100 résidents en 9 ans, en excluant les fonctions mutualisables ou externalisables.

A noter que, sur le plan du financement, l'application de ces taux moyens aux EHPAD d'une capacité de 80 à 90 places induirait une revalorisation des dotations calculées selon l'équation tarifaire en vigueur, à niveau de rémunération égal (hors mesures Ségur soutenues via financement ad hoc depuis 2020).

**La mission recommande de se référer aux taux d'encadrement corrigé du GMP et d'inscrire ces objectifs de taux d'encadrement dans les nouveaux CPOM en les intégrant dans un GMPS revalorisé** et d'en assurer le suivi dans le cadre du dialogue de gestion entre ARS et EHPAD sur la base des comptes administratifs des structures.

### 5.8 RECOMMANDATION N°8 - Reconnaitre par décret la fonction d'infirmière coordinatrice sur la base d'un référentiel métier national et faire évoluer le métier vers celui de cadre de santé.

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 coordinateur est aujourd'hui bien défini (Cf. recommandation 10), celui de l'infirmière coordinatrice (IDEC) demeure imprécis.

Pourtant, la reconnaissance du statut d'infirmière coordinatrice (IDEC) est centrale.

---

*(8) Cndepah. Etat des lieux et perspectives (https://cndepah.fr/les-effectifs-soignants-en-ehpad).*

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 règlementaire 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.

Ce référentiel doit s'appuyer sur celui élaboré en 2018 par la Fédération Française des Infirmières Diplômées d'Etat Coordinatrices (FFIDEC) (annexe) qui précise leurs 5 missions :

**Mission 1 - Organiser et coordonner la production de soins au sein de la structure gériatrique dans un souci de continuité et de qualité**
- Il. Elle organise et coordonne l'activité de soins des professionnels salariés
- Il. Elle élabore, avec le concours de l'équipe soignante le projet de soins et les plans de soins.
- Il. Elle participe à l'élaboration en équipe pluridisciplinaire du projet personnalisé d'accompagnement
- Il. Elle organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement et participe à la commission de coordination gériatrique
- Il. Elle identifie et évalue les besoins en soins dans un souci de qualité (ressources humaines, ressources matérielles)
- Il. Elle organise la continuité des soins (planification des soins, traçabilité des soins, accès des professionnels au dossier médical, circuit du médicament, circuit du document, plan bleu)

**Mission 2 - Contribuer au déploiement de la politique institutionnelle au regard du cadre réglementaire défini par les autorités de tarification**
- Il. Elle porte et transmet la politique institutionnelle auprès des professionnels, partenaires et usagers
- Il. Elle donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de la structure
- Il. Elle évalue l'activité de l'établissement dans le cadre du renouvellement du CPOM (AGGIR et Pathos)
- Il. Elle initie, conduit, coordonne des projets
- Il. Elle anime des réunions, rédige et assure la diffusion des comptes rendus
- Il. Elle contribue à une démarche continue d'évaluation interne et externe
- Il. Elle contribue au programme d'amélioration de la qualité des soins
- Il. Elle participe activement, avec le concours de l'équipe soignante, à la production d'un rapport annuel d'activité médicale (RAMA).

**Mission 3 - Gérer les ressources humaines et manager les équipes**
- Il. Elle porte et diffuse l'identité, les valeurs et les missions de l'entreprise
- Il. Elle organise le recrutement
- Il. Elle conçoit l'organisation du service et l'anime (management, gestion des plannings, analyse des pratiques, analyse des conflits, entretiens annuels…)
- Il. Elle analyse les besoins du service
- Il. Elle évalue les conditions de travail en collaboration avec la direction et le médecin coordonnateur
- Il. Elle coordonne et répartit les activités de soins dans un souci d'équité, de valorisation des compétences et de maitrise du glissement de tâches
- Il. Elle contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement
- Il. Elle participe à l'évaluation des risques psycho-sociaux en collaboration avec la direction et le médecin coordonnateur - Il. Elle organise l'accueil des stagiaires

**Mission 4 - Garantir la production des bonnes pratiques gériatriques**
- Il. Elle organise des campagnes de dépistages et de prévention
- Il. Elle assure une veille professionnelle
- Il. Elle diffuse les bonnes pratiques gériatriques actualisées
- Il. Elle anime des formations
- Il. Elle propose un plan de formation après l'analyse des besoins

**Mission 5 - Promouvoir et coordonner les partenariats de la filière gérontologique et gériatrique dans une dynamique de mutualisation des moyens et de collégialité**
- Il. Elle promeut l'accès des résidents aux prestations de soins présentes sur le territoire
- Il. Elle assure la coordination des partenariats
- Il. Elle donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre la structure et les partenaires de santé (laboratoire, pharmacie, HAD, SSIAD…)

A moyen terme, le métier d'IDEC doit évoluer vers celui de cadre de santé ou de soins, à l'instar de la fonction de cadre de santé dans le sanitaire.

### 5.9 RECOMMANDATION N°9 - Reconnaitre la spécificité des infirmières en pratique avancée (IPA) en gérontologie et mutualiser cette fonction au sein d'un groupe de plusieurs EHPAD.

Les soins infirmiers spécialisés en gérontologie jouent un rôle essentiel dans la prise en soins globale des personnes âgées en EHPAD, et plus particulièrement dans l'amélioration de la qualité de soins (10). Ainsi, les infirmières spécialisées dans la démence "Admiral Nurse" au Royaume Uni, réalisent des consultations avec examen clinique du résident, conçoivent un projet de soins personnalisé en adéquation avec le désir des proches, participent à la promotion de la santé et à la formation des soignants.

L'Infirmière en Pratique Avancée en Gérontologie (IPAG), par son expertise clinique, son leadership, et ses compétences dans le domaine sanitaire et social, peut représenter le maillon manquant dans la prise en soins de la personne âgée et servir ainsi d'interface pour les autres intervenants.

Dotée d'une capacité de consultation, d'adressage et de prescription, l'IPAG a vocation à consolider une offre de soins mobilisant les ressources utiles et nécessaires d'un territoire autour de la personne âgée.

Par conséquent et à l'instar de la proposition 112 du rapport Grand Age Autonomie : « Mobiliser les infirmières en pratique avancée pour le suivi médical des personnes âgées à domicile et en établissement », la mission recommande d'ouvrir aux infirmières en pratiques avancées la possibilité d'assurer le suivi médical en établissement médico-social (et en particulièrement en EHPAD), sous la supervision du médecin traitant ou du médecin coordonnateur.

Les compétences de l'IPAG mutualisée sur plusieurs EHPAD aurait la capacité de suivre de manière globale 150 résidents (sur la base de l'avenant 7 CNAM : 300 patients stabilisés pour une IPA nécessitant un suivi tous les 3 mois et comprenant la coordination).

La fonction et missions respectives des IDE, IDEC et IPA en gérontologie telles qu'elles pourraient être envisagées au sein de l'EHPAD sont précisées **en** ***ANNEXE C*** qui permet d'en apprécier la complémentarité.

### 5.10 RECOMMANDATION N°10 - Doter les EHPAD d'une permanence IDE 24 h/24 h incluant une astreinte de nuit.

La présence infirmière 7 jours/7 et 24h/24 se justifie au regard des profils de soins identifiés en EHPAD, ces derniers étant finalement identiques à ceux observés en USLD qui selon la circulaire : *« accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie ». Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale,* ***une présence infirmière continue*** *et l'accès à un plateau technique minimum.*

---

*(10) Griffiths P et al. The role of the dementia specialist nurse in acute care: a scoping review. J Clin Nurs 2015;24 (9-10):1394-405*

L'enquête 2015 de la Drees révélait que "seuls 9% des EHPAD disposaient d'au moins une infirmière présente dans l'établissement 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7".

La « médicalisation » des EHPAD à travers le dispositif d'IDE de nuit participe à la réduction des passages aux urgences des personnes âgées. Les retours d'expérience sur les territoires ont montré que la présence d'une IDE de nuit en EHPAD contribue à la baisse du nombre de passage aux urgences. Ce dispositif s'inscrit en complémentarité avec d'autres mesures telles que les solutions de télémédecine et de vidéo-transmission qui facilitent la prise de décision par le SAMU – Centre 15 et réduit ainsi les passages évitables. Ainsi, dans le département de la Vienne où ces dispositifs sont mis en œuvre, le SAMU évalue à 25% la baisse du nombre de passage aux urgences la nuit des résidents d'EHPAD.

A défaut d'une permanence IDE 24/24, une astreinte IDE de nuit mutualisée doit être impérativement assurée, impliquant les cas échéant des IDE de SSIAD ou d'HAD. Une récente évaluation du dispositif IDE de nuit en région Grand Est montre la nécessaire adaptation des modalités d'astreintes en fonction des territoires (densité de population, ruralité, ressources humaines…). Ainsi lors de cette enquête qualitative conduite par entretiens semi directifs, sur les 51 dispositifs de la région Grand Est, les porteurs du dispositif ont témoigné de l'intérêt du dispositif, que le temps en présentiel est facilitant pour la mise en œuvre du dispositif et sécurisant pour les personnels.

## 5.11 RECOMMANDATIONS N°11 – Préfigurer un nouveau modèle d'organisation médicale en EHPAD et consolider le modèle actuel en l'adaptant aux spécificités et ressources médicales du territoire.

**Une population hébergée en EHPAD se caractérisant par une complexité médico-psycho-sociale croissante.**

Les profils de soins et la pluralité des états pathologiques caractérisant les résidents d'EHPAD, les risques de décompensation d'organe en résultant, la nécessité d'un suivi médical et d'adaptations thérapeutiques rapprochés, mais aussi la prévention et gestion des risques et l'encadrement médical des situations de soins palliatifs et de fin de vie, **imposent de renforcer le niveau de médicalisation des EHPAD et d'en réviser les modalités de l'organisation**. Comme le démontre l'étude présentée ci-dessus, les profils de soins de plus en plus complexes des résidents d'EHPAD, l'imprévisibilité d'un nombre de situations d'instabilité et de décompensations d'organe, la prévalence élevée de résidents caractérisés SMTI nécessitent, pour un nombre toujours croissant de résidents et d'EHPAD, un suivi médical rapproché, et non une simple intervention médicale ponctuelle. Enfin, au regard de ces profils de soins, la nécessité de plus en plus prégnante d'asseoir les pratiques professionnelles gériatriques sur la base de protocoles pluri-professionnels ne peut s'envisager de façon étendue et efficiente sans adapter le modèle. Ce changement de la typologie des résidents d'EHPAD s'est avéré particulièrement significatif au cours des 10 à 15 dernières années et devrait encore se poursuivre en terme de densification de profils de soins médico-requérants.

Cette question s'était déjà posée en 2008 et avait fait l'objet d'une mission ministérielle (11) relative aux « missions, valorisation du métier de médecin coordonnateur et relations des EHPAD avec les professionnels libéraux, en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents ».

**Un modèle d'organisation médicale révisé en 2009 mais à l'application incomplète et trop souvent conditionnée par des variables non toujours maitrisables.**

Cependant, les mesures portant sur la fonction médicale énoncées dans ce rapport de mission ***(13 mesures pour améliorer la prise en soin des résident d'EHPAD)*** n'ont pas pu s'appliquer de manière exhaustive pour des raisons diverses.

*(11) Rapport de mission remis à Madame Nora BERRA, secrétaire d'Etat aux personnes âgées : 13 mesures pour améliorer la prise en soins des residents en EHPAD (A. LION, N. MAUBOURGUET, C. JEANDEL).*

Qu'il s'agisse du principe de contractualisation des médecins traitants intervenant en EHPAD sur la base d'une convention ou de la participation de ces derniers aux commissions de coordination gériatriques ou à la permanence des soins, il convient de constater que ces mesures ne s'appliquent effectivement que dans un faible nombre d'EHPAD et pour un nombre peu étendu de médecins traitants.

La désertification médicale croissante, la pluralité des missions des médecins traitants ne leur permettant pas à tous de disposer de la disponibilité nécessaire et le fait, pour certains, de devoir intervenir dans plusieurs EHPAD, ou bien encore pour d'autres le manque d'attractivité de l'exercice par méconnaissance des spécificités gériatriques, sont autant d'explications aux limites de telles mesures ou aux difficultés de leur application.

**En 2019, des adaptations utiles mais insuffisantes.**

C'est dans ce contexte qu'en 2019 la révision du décret régissant les missions du médecin coordonnateur (Cf. article D312-158 du code de l'action sociale et des familles) a précisé son rôle de prescripteur dans un certain nombre de situations. Extrait du décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 : Le médecin coordonnateur réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, *incluant la prescription de vaccins et d'antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement. Il peut intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou téléprescription.*

Cette évolution donnait la possibilité au médecin coordonnateur, durant son temps de présence, de pallier l'absence du médecin traitant, mais non les situations de carence de médecin traitant. Autrement dit, le médecin coordonnateur a la possibilité d'assurer une partie de la continuité des soins durant son temps de présence. Depuis son application, cette mesure réglementaire s'est avérée chronophage et s'exercer, notamment dans les zones à faible densité médicale, au détriment de la coordination. Elle implique par conséquent de procéder à l'augmentation du temps minimal de présence du médecin coordonnateur.

**Une crise sanitaire révélatrice des limites du modèle de médicalisation actuel.**

La crise sanitaire que nous traversons a démontré s'il le fallait le besoin croissant de médicalisation et de compétences gériatriques en EHPAD.

Une étude de Santé publique France et de l'ARS Nouvelle-Aquitaine venant d'être publiée (juin 2021) réalisée dans 45 EHPAD ayant été le siège de clusters modérés à sévères de Covid-19 révèle que le manque de ressources humaines et l'architecture du bâtiment inadaptée figurent parmi les facteurs de risque de cluster de Covid-19. Ainsi, les EHPAD les plus impactés se caractérisent par un nombre d'ETP de médecin coordonnateur et d'infirmiers "plus faible" (respectivement en moyenne 0,40 et 5,30) par rapport à ceux avec un cluster à impact modéré (0,43 et 6,6) et par un temps moyen d'IDEC (en ETP) moins importants.

La pandémie a également révélé dans un certain nombre d'EHPAD que le modèle d'organisation médicale jusque-là en vigueur, s'appuyant sur l'intervention des médecins traitants et d'un médecin coordonnateur, s'était avéré assez souvent inadapté à de telles situations de crise.

**Les enjeux auxquels doit répondre le modèle d'organisation médicale.**

Cette dernière doit permettre de répondre aux 4 principaux enjeux ou objectifs médicaux s'appliquant aux résidents d'EHPAD :

- Objectif 1 - Le suivi et l'équilibration des pathologies chroniques stabilisées (interventions dites « programmables »).
- Objectif 2 - La gestion des situations d'urgence, la prise en charge des affections aiguës, le suivi rapproché des défaillances d'organe (interventions dites « non programmables »).
- Objectif 3 - La prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie et la gestion des risques (impliquant le recours à l'évaluation gériatrique).
- Objectif 4 - Les soins palliatifs et de fin de vie.

**Préfigurer un nouveau modèle d'organisation médicale applicable à 5 à 10 ans et consolider le modèle actuel en l'adaptant aux spécificités et ressources médicales du territoire.**

Face à ces constats et enjeux, il convient de définir le **modèle de « référence »** devant servir d'un **modèle « cible »** qui pourrait s'appliquer à plus ou moins longue échéance en fonction des spécificités et ressources du territoire d'implantation de l'EHPAD.

**La mission recommande que ce modèle de référence s'appuie sur une fonction médicale salariée assurant les réponses aux 4 objectifs sus-mentionnés et conjuguant les fonctions cliniques et de management à l'instar des modalités de fonctionnement en vigueur en établissement sanitaire. Les fonctions de management intégreraient les missions transversales analogues à celles qu'assurent actuellement les médecins coordonnateurs. Le temps médical requis assorti à cette fonction médicale se rapprocherait de celui des unités de soins de longue durée *(Cf. circulaire d 10 mai 20O7)* soit 0.5 ETP pour 30 résidents. Les médecins assurant ces fonctions devraient être soit qualifiés en gériatrie, soit titulaires du DIU national de médecin coordonnateur d'EHPAD.**

Ce modèle de référence, déjà appliqué dans un certain nombre d'EHPAD, aurait vocation à se déployer progressivement et en fonction des territoires, selon que ces derniers sont plus ou moins épargnés par la désertification médicale, selon l'implication plus ou moins effective des médecins traitants et selon la présence ou non d'un médecin coordonnateur.

**Et en attendant, consolider le modèle actuel en l'adaptant aux spécificités et ressources médicales du territoire.**

Ce modèle de référence implique donc le passage pour un certain nombre d'EHPAD par un **modèle de transition**, qui pourrait, en fonction de ces mêmes variables, être maintenu sur du plus ou moins long terme.

Qu'il s'agisse du modèle de transition ou du modèle de référence, et au cours de la période nécessaire à la consolidation de ce dernier, il est impératif de réunir les conditions nécessaires pour :

- Garantir la permanence médicale 24/24 7j/7 (à l'instar de l'organisation en cours au sein des USLD) pour répondre à toute situation aiguë ou subaiguë, à toute défaillance viscérale, à toute situation critique auxquelles sont exposés les résidents d'EHPAD, et
- Assurer les deux dimensions de la fonction médicale :
  - La fonction de coordination est garante de la qualité de soins gériatriques coordonnés. Elle est définie par les missions devant être assurées par le médecin coordonnateur.
  - La fonction de soin, dite de prescription ou de médecin traitant : elle doit garantir un accès aux soins médicaux 24h/24 et 7j/7, pour répondre à toute situation aiguë ou subaiguë, à toute défaillance viscérale, à toute situation critique, y compris de fin de vie, auxquelles sont exposés les résidents d'EHPAD.

En l'absence d'actions susceptibles de remédier, à court et moyen terme, à une densité médicale inéluctablement et durablement déclinante, il est nécessaire d'optimiser les ressources médicales existantes afin de garantir un niveau de médicalisation gériatrique permettant à chacun des EHPAD du territoire, de pouvoir répondre de façon qualitativement adaptée aux besoins de soins de chaque résident dont ils ont la responsabilité. L'attractivité des missions, la complémentarité des acteurs et leur coordination sont plus que jamais indispensables pour atteindre ces objectifs.

Si l'atteinte de l'objectif 1 peut être satisfaite par l'intervention du médecin traitant du résident parce que relevant de situations stabilisées et donc d'interventions facilement programmables, cela est plus aléatoire concernant l'objectif 2 qui implique, soit une présence itérative rapprochée, soit une présence plus longue et continue, soit les deux à la fois nécessitant dans tous les cas une plus grande disponibilité de la part du médecin traitant. Ces conditions ne pouvant être remplies constamment par tous les médecins traitants, elles ne peuvent donc garantir l'atteinte constante de l'objectif 2 sur l'ensemble du territoire. Quant aux objectifs 3 et 4, ils peuvent relever de l'intervention conjointe du médecin traitant et/ou du médecin coordonnateur.

Dans cette optique, la mission recommande de procéder aux adaptations suivantes :

## Mesures portant sur la fonction de médecin coordonnateur :

**MESURE 1** : Reconnaitre la fonction de médecin coordonnateur en instaurant un véritable statut du médecin d'EHPAD disposant d'une expertise en gériatrie et pouvant intervenir à ce titre sur la structure dans tous les champs de la médecine gériatrique (évaluation, prescription, formation…). Sa **mission principale est d'organiser l'adaptation des moyens médicaux aux résidents de la structure, en y participant lui-même si nécessaire**. Les missions définies par le décret actuellement deviendront ses missions complémentaires qui ne peuvent se dérouler normalement que si sa mission principale est en place. La reconnaissance de sa mission principale et de son expertise en gériatrie doit lui permettre de se positionner clairement au sein du trinôme Directeur, Médecin, IDEC. **A ce titre, il dispose de l'autonomie nécessaire afin de pouvoir assurer l'ensemble de ses missions.**

**MESURE 2** - Majorer le temps de présence des médecins coordonnateurs pour leur fonction de coordination :

- Pour un EHPAD de 50 places ou moins : 0.6 ETP
- Pour un EHPAD de plus de 50 jusqu'à 99 places : 0.8 ETP
- Pour un EHPAD de plus de 100 et plus : 1 ETP
- Pour les établissements de plus de 120 lits, il conviendra de structurer la coordination comme s'il s'agissait de 2 établissements distincts en majorant le temps de coordination médicale en se référant aux quotas ci-dessus

**MESURE 3 -** Promouvoir et reconnaitre le métier de médecin coordonnateur en permettant aux médecins coordonnateurs à exercice exclusif d'obtenir s'ils le souhaitent leur qualification ordinale en gériatrie. A terme cette qualification devra être conditionnée par la validation du Diplôme Inter-Universitaire de médecin coordonnateur délivré par les UFR de médecine à compter de 2021-2022.

**MESURE 4 -** Permettre aux médecins coordonnateurs d'assurer la fonction d'encadrant pédagogique et promouvoir les stages en EHPAD des DES de médecine générale et des DES de gériatrie.

## Mesures portant sur la fonction de médecin traitant :

Est défini comme **médecin traitant** tout médecin intervenant pour assurer un **suivi individuel régulier** du résident : équilibration des pathologies chroniques stabilisées (objectif 1), prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie et gestion individuelle des risques (objectif 3). Cela peut être un médecin libéral ou salarié. Cette fonction de médecin traitant peut-être portée par le médecin coordonnateur de l'EHPAD sur un contrat distinct de celui liée à sa fonction de coordination permettant ainsi de proposer sur les petits établissements, des contrats à temps plein (temps partiel de coordination associé à un temps de

médecin traitant). A titre indicatif, le temps nécessaire au suivi individuel régulier de 10 à 15 résidents est évalué à 0,1 ETP (Cf. expérimentation ARS Ile de France) avec un minimum de 0.4 ETP pour un EHPAD de 50 places ou moins.

**MESURE 5 –** Formaliser les relations entre le médecin traitant et l'EHPAD par la signature d'une charte de bonne pratique par le praticien concerné, soit sous la forme d'un contrat de travail (médecin salarié), soit sous la forme d'une simple charte pour les médecins libéraux. Cette charte portera sur les principes d'organisation et d'utilisation des ressources : humaines, techniques, informatiques, organisationnelles, disponibles sur la structures et expliquées par le médecin coordonnateur de l'EHPAD, et permettant également la continuité des soins (Cf. mesure 7). Les obligations de formation autour de programmes de DPC gériatriques à hauteur du temps passé en EHPAD pourront être précisées dans cette charte.

**MESURE 6 -** Élargissement du nombre de visites longues annuelles facturables en EHPAD de 3 actuellement à 6, sans restriction d'indications (donc non limitées aux affections neurodégénératives ou soins palliatifs) afin de programmer 4 à 6 visites longues par an et de satisfaire à l'objectif 1 et à l'objectif 3. A noter qu'en parallèle de ces visites longues, l'intervention des médecins traitants sous la forme de consultations simples devra être maintenu afin d'assurer un suivi régulier, le plus souvent au minimum mensuel (Cf. objectif 1).

**Mesures communes aux fonctions médicales médecin coordonnateur d'EHPAD et médecin traitant :**

S'agissant de l'articulation de ces 2 fonctions, il est recommandé que les missions de médecin coordonnateur et de médecin traitant soient exercées par des personnes différentes :

- Tout d'abord parce qu'un médecin assurant les deux fonctions est inévitablement absorbé par l'activité de soin au détriment de celle de coordination,
- Ensuite, parce que seul le regard croisé, et distancié du soin direct, garantit la qualité des soins, tout comme le font, selon les recommandations de l'HAS, les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires, RCP, dans le sanitaire,
- D'autre part, ce regard croisé est une garantie supplémentaire de l'indépendance professionnelle de chaque praticien, alors que l'on sait que celle-ci est de plus en plus mise à mal par les pressions familiales et institutionnelles.
- Toutefois, afin de pallier toute carence, du fait de la désertification médicale, et à cette seule condition, les deux fonctions, coordination et soin, peuvent être assumées par le même praticien, en l'occurrence le médecin coordonnateur mais impérativement sur des contrats et des temps de travail distincts.

**MESURE 7 -** Elle porte sur la **continuité et la permanence des soins**, **la gestion des situations d'urgence, la prise en charge des affections aiguës, le suivi rapproché des défaillances d'organe** (interventions dites « non programmables ») (**objectif 2**) **et vise à garantir l'accès à un avis médical 7jours/7 et 24h sur 24 :**

La continuité des soins est une caractéristique fondamentale de l'exercice de la médecine générale qui selon l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes en 2002 : « a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient ».

La notion de continuité des soins est différente de celle de permanence des soins qui est définie **"comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant** (le soir, la nuit, les week-end et les jours fériés).

Si les EHPAD rencontrent des difficultés pour assurer une présence médicale en journée, la situation se complique encore davantage en horaire de permanence des soins. La question de l'accès à l'information pour une prise en charge médicale adaptée devient alors cruciale aussi bien lorsqu'un effecteur se déplace au sein de l'établissement que lorsqu'un résident est hospitalisé en service d'urgences".

Telles en témoignent les données de l'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sur **l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) en médecine générale au 31 décembre 2019**. Dans le document, 102 conseils départementaux ont répondu à une enquête entre le 23 novembre et le 26 décembre 2018. Certains points ont été complétés grâce à l'utilisation de bases de données, dont celle de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam). **Le Cnom identifie "des problématiques déjà soulevées les années précédentes et partagées par les CDOM [conseils départementaux de l'ordre des médecins] en 2018" et notamment "le cas de la PDSA en EHPAD, dont les dysfonctionnements révèlent l'existence d'une problématique nationale qui dépasse largement le seul cadre de la PDSA.**

« Extraits » : ***La PDSA en EHPAD : une problématique qui demeure peu traitée.***
*« Comme cela a déjà été souligné les années précédentes,* ***la prise en charge des soins non programmés en EHPAD est une problématique constante en et hors horaires de PDSA*** *».*
*« L'intervention des médecins de garde au sein des EHPAD suppose la mise à disposition de moyens (chariots de soins type notamment), la présence de personnels en horaires de PDSA ainsi que l'accès au dossier médical des patients. Lorsqu'à l'absence de personnel soignant s'ajoute un manque d'information disponible sur place, il devient très compliqué pour les médecins effecteurs intervenant au sein de ces établissements d'assurer une bonne prise en charge du patient, ce qui peut contribuer à une réticence de leur part à intervenir au sein de ces établissements ».*
*« L'enquête auprès des CDOM ne permet d'observer aucune évolution en 2019 sur l'organisation de la PDS pour les résidents d'EHPAD. Seulement 9 CDOM ont déclaré qu'une organisation spécifique avait été mise en place au niveau de leur département. Cela prend notamment la forme de conventions passées entre EHPAD et associations de PDSA (comme c'est le cas pour la Seine-et-Marne, l'Orne, l'Isère et la Gironde) ».*

- La PDSA est organisée par le médecin coordonnateur de l'EHPAD en partenariat avec les médecins traitants salariés ou libéraux intervenant dans la structure. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD peut bien entendu y participer lui-même.
- **La mission recommande la mise en place d'une astreinte de nuit/week-end/jours fériés par la mutualisation de la fonction médicale sur plusieurs EHPAD, cette astreinte pouvant impliquer médecins traitants intervenant en EHPAD (libéraux ou salariés) et médecins coordonnateurs selon les souhaits d'engagement de chacun.**
- La mission plaide pour le recours systématique, dans le cadre des procédures d'entrée/sortie d'hospitalisation et de sortie/retour en EHPAD, aux outils ayant vocation à optimiser la coordination entre le secteur sanitaire et médico-social et qui peuvent contribuer à éviter les réhospitalisations non justifiées : volet médical de synthèse, dossier de liaison d'urgence, compte rendu d'hospitalisation.
- La mission recommande de renforcer les liens EHPAD/SAMU pour les situations d'urgence vitale dès lors que l'hospitalisation peut être pertinente. Cette décision nécessite un avis médical gériatrique et la mise à disposition d'une IDE pour la surveillance ou l'administration de soins techniques au sein de l'EHPAD. Dans l'attente d'une permanence IDE 24h/24h (Cf. recommandation 10) la possibilité de recourir à une astreinte IDE mutualisée entre plusieurs établissements doit être généralisée.
- La mission recommande de s'inspirer de "la fiche 'Samu-Pallia' applicable aux résidents porteurs d'une maladie grave évolutive ou en phase terminale, comme outil de transmission en cas de recours « non programmé" afin d'optimiser le lien entre les référents habituels du résident, les professionnels urgentistes et les médecins effecteurs de la permanence des soins dans le cas d'une intervention au sein de l'établissement.
- **En termes de perspectives**, la mission rappelle que **le pacte de refondation des urgences** expérimente depuis janvier 2021 le service d'accès aux soins (SAS) qui vise à répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés et que ce dispositif doit participer à améliorer les relations entre l'EHPAD et l'hôpital**.**
- La mission souligne également que le pacte de refondation des urgences prévoit « la mise en relation du guichet unique santé avec le parcours de soins gériatriques, tout particulièrement avec les EHPAD, par le biais de la téléconsultation ou de la télé-visio-décisions » et prévoit pour cela que l'ensemble des EHPAD soient équipés pour développer les téléconsultations. Les auteurs du

rapport rappellent également que "la signature en 2017 d'un avenant à la convention nationale entre l'assurance maladie et les médecins libéraux introduisant l'acte de téléconsultation pour les personnes résidentes en EHPAD va dans le sens du développement de ce dispositif, notamment en ouvrant le droit à la cotation des majorations applicables dans le cadre de la PDSA et aux majorations nuits, dimanches et jours fériés".

- **La mission recommande donc que la PDSA en EHPAD s'appuie sur le déploiement large de la téléconsultation et de la télé-expertise en lien avec les établissements sanitaires du territoire mais également entre EHPAD, dès lors que la ressource médicale le permet.**

**MESURE 8 –** Mise en œuvre de « Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles », (RCP), et de l'acte de nomenclature correspondant pour les libéraux :

- Elles doivent favoriser la rencontre des médecins traitants (libéral ou salarié), du médecin coordonnateur et de l'équipe soignante pluridisciplinaire autour de l'actualisation du projet médical et de soin de chaque patient, dans le cadre du Projet d'Accompagnement Personnalisé. Elles doivent ainsi permettre d'asseoir la légitimité du médecin coordonnateur en le positionnant comme référent gériatrique de proximité et de premier recours, qui propose des stratégies diagnostiques et thérapeutiques, comme le fait un spécialiste.
  - Au minimum annuelle pour tout résident et autant que de besoin selon la situation clinique, jusqu'à 6 RCP par an.
  - À l'initiative du médecin traitant et/ou du médecin coordonnateur ou de l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD en l'absence de médecin coordonnateur.
  - Création d'un acte de nomenclature spécifique RCP pour les Libéraux
- Maintien des interventions des médecins traitant libéraux (en sus des RCP et visites longues) sous la forme de consultations simples afin d'assurer un suivi régulier, le plus souvent au minimum mensuel (Cf. objectif 1).

**Mesures portant sur les autres professionnels libéraux :**

**MESURE 9 -** Obligation de contractualisation des autres professionnels libéraux intervenant en EHPAD (quelle que soit l'option tarifaire).

**MESURE 10** - Procéder à l'évaluation objective de l'impact de ces mesures sur la base d'indicateurs de processus et de résultats et de confier cette évaluation à un organisme indépendant. Cette évaluation permettra de définir le modèle de référence le plus adapté.

**RECOMMANDATION 11 a -** Reconnaitre la fonction de médecin coordonnateur en instaurant un véritable statut du médecin d'EHPAD le positionnant au sein du trinôme Directeur, Médecin, IDEC. **Cette reconnaissance doit lui permettre de disposer de l'autonomie nécessaire afin de pouvoir assurer l'ensemble des missions inscrites dans le décret.**

**RECOMMANDATION 11 b** - Majorer le temps de présence des médecins coordonnateurs pour leur fonction de coordination.

**RECOMMANDATION 11 c -** Promouvoir et reconnaitre le métier de médecin coordonnateur en permettant aux médecins coordonnateurs à exercice exclusif d'obtenir s'ils le souhaitent leur qualification ordinale en gériatrie. A terme cette qualification devra être conditionnée par la validation du Diplôme Inter-Universitaire de médecin coordonnateur délivré par les UFR de médecine à compter de 2021-2022.

**RECOMMANDATION 11 d -** Permettre aux médecins coordonnateurs d'assurer la fonction d'encadrant pédagogique et promouvoir les stages en EHPAD des DES de médecine générale et des DES de gériatrie.

**RECOMMANDATION 11 e** – Formaliser les relations entre le médecin traitant et l'EHPAD par la signature d'une charte de bonne pratique par le praticien concerné, soit sous la forme d'un contrat de travail (médecin salarié), soit sous la forme d'une simple charte pour les médecins libéraux.

**RECOMMANDATION 11 f -** Élargir le nombre de visites longues annuelles facturables en EHPAD de 3 actuellement à 6, sans restriction d'indications (donc non limitées aux affections neuro-dégénératives ou soins palliatifs) afin de programmer 4 à 6 visites longues par an.

**RECOMMANDATION 11 g -** Assurer une astreinte de nuit par la mutualisation de la fonction médicale sur plusieurs EHPAD, cette astreinte pouvant impliquer médecins traitants, médecins de soins/prescripteur et médecins coordonnateurs.

**RECOMMANDATION 11 h –** Mettre en œuvre des « Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles », RCP, et l'acte de nomenclature correspondant pour les libéraux.

**RECOAMMDNATION 11 i –** Formaliser l'obligation de contractualisation des autres professionnels libéraux intervenant en EHPAD (quelle que soit l'option tarifaire).

**RECOMMANDATION 11 j -** Procéder à l'évaluation objective de l'impact de ces mesures sur la base

### 5.12 RECOMMANDATION N°12 - Doter les EHPAD des équipements médicaux et de rééducation/réadaptation/réhabilitation/réautonomisation minimum nécessaires sur la base d'une liste nationale réglementaire.

Les EHPAD disposent le plus souvent de petits matériels et fournitures médicales au sens de l'Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales (cf. **annexe C**). Ce dernier précise la liste des dispositifs médicaux compris dans le tarif afférent aux soins prévu à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application de l'article R. 314-162 et sous les conditions posées à l'article L. 314-8 du même code (Cf. ***ANNEXE D***). Les dispositifs médicaux cités dans cet annexe et inscrits en outre sur la liste des produits et prestations remboursables mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale doivent respecter les spécifications techniques prévues, le cas échéant, par ladite liste.

Telle qu'en témoigne l'étude présentée, le constat de profils de soins médicaux plus complexes et plus instables implique que les EHPAD disposent des matériels médicaux adaptés à ces profils de soins.

Par conséquent, parmi et en sus des dispositifs médicaux amortissables mentionnés dans la liste arrêtée (en ***ANNEXE D***) ces derniers doivent notamment comprendre :

- Electrocardiographe
- Bladerscanner (échographe vésical)
- Extracteurs d'oxygène à haut débit
- Matériel d'aspiration des mucosités
- Pompes PCA
- Moniteur de surveillance multiparamétrique
- Pompe pour nutrition entérale
- Balance impédancemétrique
- Oxymètres de pouls (saturomètres SpO2)
- Matériel de pressothérapie
- Défibrillateur

Une liste nationale référençant ces équipements ainsi que la composition du charriot d'urgence doit être établie et constituer un référentiel opposable lors des évaluations externes.

Ces équipements ne doivent pas être conditionnés par le type d'option du forfait soins et doivent donc s'appliquer quelle que soit cette dernière.

La mission recommande que l'ensemble des EHPAD soit doté des équipements de rééducation/réadaptation/réhabilitation/réautonomisation minimum suivants : barres de marche parallèles, table de verticalisation.

Ces différents équipements minimaux peuvent être complétés d'équipements plus spécifiques : échographe/échocardiographe de poche (impliquant une formation médicale), équipements de sport, matériel pour travailler l'équilibre.

L'équipement en fluides muraux (oxygène, vide) ne peut être rendu obligatoire compte tenu des contraintes qu'il impose en terme de sécurité incendie et de conformité avec la réglementation de type J (cf. recommandation 19).

Par ailleurs, et compte tenu du pourcentage élevé de résidents GIR 1 et 2, des équipements de transfert et de manutention (rails plafonniers) doivent désormais être généralisés à l'ensemble du parc d'EHPAD.

### 5.13 RECOMMANDATION N°13 - Sécuriser le circuit du médicament et réduire le risque médicamenteux par l'optimisation des prescriptions et la conciliation médicamenteuse. Mettre à disposition de l'EHPAD l'ensemble des molécules médicamenteuses recommandées et réglementées.

Si l'implication de l'expertise pharmaceutique s'avère centrale afin de sécuriser le circuit du médicament et promouvoir la conciliation médicamenteuse, le recours à une PUI ne semble pas devoir constituer une obligation. Par conséquent, Il n'est pas justifié de conditionner l'option tarifaire globale à l'existence d'une PUI.

La contractualisation avec les pharmacies d'officine doit être poursuivie (sur la base d'un document de référence national) avec obligation de mise en place d'une PDA sécurisée par dispositif scellé et d'une évaluation régulière. Le pharmacien d'officine doit être un collaborateur et participer au projet de soins de l'établissement. En l'absence d'encadrement clair sur le rôle du pharmacien référent en officine, il existe une forte hétérogénéité de l'implication des pharmaciens d'officine. Force est de constater qu'il se limite quelquefois à la seule mise à disposition des traitements sans participation du pharmacien à la politique du médicament de l'établissement.

Le système informatique doit contribuer à intégrer le pharmacien au sein du projet médical de l'établissement :

1. Accès simplifié au DMP par tous les logiciels.
2. Interface intégrée avec la télé-expertise et la télé-consultation.
3. Accès à distance pour tous les médecins intervenants au sein de l'établissement.
4. Interface avec la pharmacie permettant de mettre en place une conciliation thérapeutique entre médecin traitant, médecin coordonnateur et pharmacien.
5. Déploiement de la e-prescription.

Ainsi, **la mission recommande de réunir les conditions de mise en œuvre des propositions 21, 22 et 23** du rapport Verger (*La politique du médicament en EHPAD septembre 2013*).

- Proposition n°21 : Faciliter l'utilisation des Systèmes d'Information (SI) de l'EHPAD par les prescripteurs en mettant à leur disposition une interface unique de présentation des prescriptions (ordonnance universelle).
- Proposition n°22 : Promouvoir l'informatisation de l'ensemble du circuit, de la prescription à l'administration du médicament.
- Proposition n°23 : Initier une mission exploratoire axée sur la capitalisation des solutions informatiques déjà opérationnelles au niveau national, du dossier médical partagé en mode inter-acteurs, et d'étudier avec un comité d'utilisateurs la faisabilité d'une solution cible pour les EHPAD.

Le recours à une PUI doit être étudié en fonction du statut juridique de l'EHPAD, de ses possibilités en termes d'espace (surfaces nécessaires en lien avec le cahier des charges dans un bâti contraint), des possibilités ou non de mutualisation avec un établissement sanitaire et /ou d'autres EHPAD. Plusieurs ARS

soulignent que les PUI ne sont optimisées qu'à partir de 500 lits, ce qui pose la question de PUI mutualisée entre plusieurs EHPAD lorsque c'est possible sur certains territoires.

**La mission considère la conciliation médicamenteuse comme une priorité.** Elle recommande de réserver au minimum une visite longue annuelle à cette dernière en y impliquant le médecin coordonnateur, le médecin traitant et le pharmacien. Elle propose également que le médecin coordonnateur puisse déclencher une conciliation thérapeutique avec le médecin traitant et le pharmacien dans les situations suivantes :

- Révision de l'ordonnance anti-infectieuse.
- Gestion médicamenteuse des symptômes psychologiques et/ou du comportement associé aux troubles neurocognitifs.

Au même titre que la composition du charriot d'urgence (Cf. supra), l'ensemble des médications nécessaires pour la pratique de soins palliatifs et de fin de vie de qualité doit être accessible 24H/24 au sein de tous les EHPAD.

### 5.14 RECOMMANDATION N°14 – Promouvoir et prioriser en EHPAD les interventions non médicamenteuses assorties d'un niveau de preuves suffisant et validées par un centre national de preuves.

Interventions non invasives et non pharmacologiques sur la santé humaine fondées sur la science, les interventions non médicamenteuses (INM) visent à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé.

En 2020, La Plateforme CEPS, **Plateforme universitaire collaborative dédiée au développement de la recherche interdisciplinaire sur les interventions non médicamenteuses (INM),** a établi une définition de ces pratiques non invasives qui les différencient des médecines alternatives en les fondant résolument sur la science et la démarche qualité. Les interventions non pharmacologiques (INM) sont non invasives, ciblées et fondées sur des données probantes, hors chirurgie et dispositif médical, et supervisées par un humain. Un groupe d'experts français (12) a défini une INM comme « *une intervention psychologique, corporelle, nutritionnelle, numérique ou élémentaire sur une personne visant à prévenir, soigner ou guérir. Elle est personnalisée et intégrée dans son parcours de vie. Elle se matérialise sous la forme d'un protocole. Elle mobilise des mécanismes biopsychosociaux connus ou hypothétiques. Elle a fait l'objet d'au moins une étude interventionnelle publiée menée selon une méthodologie reconnue ayant évalué ses bénéfices et risques* ». Cette définition met l'accent sur la description détaillée du protocole d'intervention attendu, sur son mécanisme d'action prédominant, sur son objectif principal (prévenir, soigner ou guérir), sur son mode d'administration (personnalisée et intégrée à chaque parcours de vie) et sur la nécessité de réaliser des études cliniques évaluant leurs bénéfices et leurs risques. Une INM constitue ainsi une méthode à proposer à un public cible dans un environnement donné.

Sont concernées plusieurs catégories (non exhaustives) d'INM pouvant être ainsi distinguées :

- Interventions sur l'environnement (jardins thérapeutiques ou hortithérapie, zoothérapie : activités assistées, interventions pédagogiques, thérapies assistées par l'animal)
- Approches sensorielles (musicothérapie active ou réceptive, aromathérapie, snoezelen, luminothérapie) ;
- Approches psycho-sociales (interaction sociale ou prise en charge individuelle, thérapie par réminiscence, jeux ou ateliers de loisir, art-thérapie, méthode Montessori) ;
- Activités motrices ;
- Gérontechnologies (robots, jeux vidéo…)
- Approches émotionnelles (dérivées des thérapies comportementales et cognitives (TCC), éventuellement de l'EMDR si notion de trouble de stress post-traumatique, méditation de pleine conscience, relaxation, hypnose, mnémothérapie…).

---

*(12) Ninot, G., and al. (2020). Propositions d'experts pour l'évaluation des interventions non médicamenteuses (INM) dans les maladies du cerveau. 8ième iCEPS Conference, e-congrès, 24-25 novembre 2020.*

Leurs objectifs sont pluriels :

- optimiser la prise en charge de la personne malade en ciblant différents aspects de la pathologie en fonction de la thérapie appliquée (le fonctionnement cognitif, les troubles du comportement, les troubles de l'humeur et l'anxiété, l'autonomie ou le bien-être),
- améliorer le confort de la personne et la préservation de son autonomie (changement d'état de la personne dans le sens d'une amélioration, maintien de ses capacités restantes, ralentissement du déclin de ses capacités), exercer une action bénéfique sur les proches.

Il est important que le recrutement des psychologues cliniciens en EHPAD tienne compte des formations initiales ou continues de ces professionnels, essentielles dans la structuration de ces approches. Les parcours initiaux de géronto-psychologie clinique identifiés comme tels doivent être préférés, de même que les formations continues intégrant des approches spécifiques et basées sur les psychothérapies intégratives (TCC, EMDR, hypnose, approches basées sur la méditation de pleine conscience). Ils permettent au psychologue d'avoir des clés de compréhension lors de l'anamnèse soignée qui doit impérativement être effectuée lors de la constitution du projet de vie, et de choisir ainsi les approches non médicamenteuses les plus adaptées pour chaque résident. Par ailleurs, l'ensemble du personnel doit être formé à ces approches par le psychologue, régulièrement, en y associant la capacité d'actions « sur le champ » lors de troubles du comportement perturbateurs, à l'aide par exemple de chariots « flash » constitués en amont.

Les lieux de leur application concernent particulièrement, mais non exclusivement, les EHPAD : accueils de jour, PASA, UHR, unités de vie protégées et les PUV.

Elles doivent être bien distinguées des activités d'animation, être pratiquées par un personnel formé, peuvent être proposées à titre individuel ou collectif, peuvent associer plusieurs types d'interventions et doivent suivre une méthodologie formalisée.

Si l'ensemble des auteurs s'accordent quant à leur intérêt, les avis sont partagés quant à la preuve de leur efficacité. Du fait de « difficultés méthodologiques », peu d'INM ont fait l'objet d'études validant leur efficacité et la mission souligne la nécessité de promouvoir les essais cliniques randomisés et contrôlés afin de pouvoir statuer sur l'utilité de ces approches dans la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés.

**La mission recommande par conséquent de prioriser le recours en EHPAD à des interventions non médicamenteuses ayant fait l'objet d'une évaluation d'impact et assorties d'un niveau de preuves suffisant.**
**Elle recommande également que les psychologues exerçant en EHPAD disposent des compétences requises en géronto-psychologie clinique et maîtrisent les outils de thérapies non médicamenteuses ou à défaut qu'un plan de formation leur soit proposé. Le psychologue sera chargé d'organiser un plan de formation interne à l'EHPAD pour l'ensemble du personnel.**
**Elle recommande la création d'un centre national de preuve chargé de garantir ces validations.**

**Elle recommande que ces dernières aient fait l'objet d'une validation par un centre national de preuves** dont les missions pourraient être élargies à d'autres objectifs tels que l'évaluation et la labellisation des nouvelles technologies utilisables à domicile et dans les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées mais aussi la définition des orientations prioritaires pour les actions mises en œuvre par la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et de l'habitat inclusif.

### 5.15 RECOMMANDATION N°15 - Formaliser les modalités d'intervention des ressources sanitaires (dispositifs d'appui) du territoire au sein de l'EHPAD par le biais d'un véhicule juridique approprié. Capitaliser sur les retours d'expériences portées par les astreintes et plateformes gériatriques au cours de la crise sanitaire.

Pré-existantes à la crise sanitaire et s'étant révélées comme essentielles au cours de cette dernière, les interventions s'appuyant sur les ressources sanitaires du territoire doivent être formalisées sous une forme plus opérationnelle et incitative que les seules conventions existantes.

Elles doivent faire partie intégrante des CPOM et être assorties d'indicateurs de suivi.
Elles doivent s'appuyer sur un projet médical partagé et des protocoles de bonnes pratiques élaborées en commun par les différentes parties prenantes.

Ces modalités doivent **au minimum** concerner les ressources suivantes :

- L'**hospitalisation à domicile** (HAD),
- Les différents segments de la **filière gériatrique de territoire** : court séjour, équipes mobiles de gériatrie, soins de suite et réadaptation, consultations et hospitalisation de jour gériatriques,
- Les **équipes mobiles de soins palliatifs**,
- Les équipes d'hygiène hospitalières, dès lors que la fonction d'expertise en hygiène et de maitrise du risque infectieux n'est pas acquise par l'EHPAD.
- Les Comités de lutte contre la douleur (CLUD), de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et de liaison en alimentation et nutrition (CLAN).

La mission met l'accent sur la nécessité de **renforcer le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) en EHPAD**. Aujourd'hui, et malgré la levée de certaines restrictions à l'intervention de l'HAD dans ces structures et l'obligation inscrite au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), moins de 10 % des EHPAD y font appel : il est par conséquent indispensable de mieux communiquer sur ce type de prise en charge et d'inciter les équipes d'HAD et d'EHPAD à travailler ensemble.

Par ailleurs, le pacte de refondation des urgences prévoit dans sa mesure 5 le développement des parcours d'admission directe sans passage par les urgences pour les patients de plus de 75 ans nécessitant une hospitalisation. Cette mesure s'étend bien évidemment aux résidents d'EHPAD.
Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de :

- Renforcer les dispositifs d'interface entre les établissements de santé et les acteurs médico-sociaux permettant de faciliter des prises de décision collégiale pour l'orientation des personnes âgées nécessitant des soins non programmés.
- S'appuyer sur des organisations spécifiques au sein des établissements de santé permettant d'accueillir directement les patients dans les services d'hospitalisation et faciliter si nécessaire l'organisation des examens (biologie, imagerie).
- S'appuyer sur un renforcement de la coordination territoriale pour faciliter le partage d'information entre les acteurs, évaluer les besoins et définir une organisation cible pour la mise en œuvre des parcours.

La mission rappelle à ce titre et soutient la proposition 144 du rapport de D. LIBAULT (concertation grand Age Autonomie – mars 2019) : **Favoriser les admissions directes en soins de suite et de réadaptation (SSR)** polyvalents ou gériatriques des personnes âgées venant du domicile, des EHPAD ou des services des urgences.

Au cours de la crise sanitaire, les astreintes/plateformes gériatriques développées pendant la crise sanitaire ont fortement contribuer à jouer un rôle d'appui, de conseil et d'expertise pour les EHPAD et à l'amélioration des parcours des personnes âgées sur les territoires. Ces interventions ont pu être facilitées par le recours à la téléconsultation et/ou à la télé-expertise qu'il convient de déployer plus largement. Un suivi de l'activité de ces dispositifs est assuré par certaines ARS afin d'évaluer le niveau de recours à ces dispositifs et d'identifier les bonnes pratiques développées qui pourront être reprises pour la mise en œuvre

des parcours. Il convient donc de capitaliser sur ces dispositifs qui doivent étendre leur intervention au domicile et faire l'objet d'une modélisation intégrant, entre autres, les dispositifs de coordination.

**La mission considère le décloisonnement et le renforcement des interfaces entre les ressources sanitaires et les EHPAD du territoire comme une priorité ne pouvant être ajournée et devant se concrétiser autour des 7 recommandations suivantes :**

**RECOMMANDATION 15a - Renforcer le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) en EHPAD**. Aujourd'hui, et malgré la levée de certaines restrictions à l'intervention de l'HAD dans ces structures et l'obligation inscrite au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), moins de 10 % des EHPAD y font appel : il est par conséquent indispensable de mieux communiquer sur ce type de prise en charge et d'inciter les équipes d'HAD et d'EHPAD à travailler ensemble.

**RECOMMANDATION 15b -** Promouvoir les **formations et échanges de pratiques basés sur la gestion des situations d'urgences pour un juste et optimal recours aux structures d'urgences** associé à un renforcement de la coopération entre les différents acteurs des filières urgences/gériatriques/EHPAD en capitalisant sur les programmes en cours tel que le Programme ASSURE développé par l'ARS Hauts de France.

**RECOMMANDATION 15c - Capitaliser sur les plateformes Covid « Personnes Agées » et expérimenter les dispositifs pouvant en résulter telles que les Equipes Parcours Santé Personnes Agées** » (EPS PA) promues par l'ARS Occitanie et dont les objectifs sont de :

- Intervenir en amont de la décompensation aigüe et éviter le transfert aux urgences ou l'hospitalisation ;
- Proposer des réponses graduées et personnalisées pour un accompagnement de qualité, accessible et rapide ;
- Développer le lien ESMS-hôpital et permettre un parcours simplifié ;
- Organiser l'admission directe sans passage par les urgences si la situation de santé de la personne âgée le permet ou proposer des alternatives à l'hospitalisation ;
- Uniformiser l'accès aux soins pour toutes les structures « personnes âgées » d'Occitanie ;
- Contribuer à l'animation et valoriser la qualité de prise en charge.

**RECOMMANDATION 15d - Renforcer les équipes mobiles de gériatrie afin de poursuivre leur déploiement en extra-hospitalier (et leur intervention au sein des EHPAD)** avec l'objectif d'une couverture par ce dispositif de l'ensemble des territoires d'intervention des filières gériatriques hospitalières à l'échéance 2022-2024.

**RECOMMANDATION 15e - Formaliser d'autres partenariats** telle que l'intervention de médecins spécialistes pour améliorer le recours à certaines expertises médicales, ou telle que la convention avec une maison médicale pouvant apporter sa contribution dans certaine situation.

**RECOMMANDATION 15f - Poursuivre le déploiement des dispositifs d'hébergement temporaire en EHPAD** (mesure dérogatoire dans le cadre des expérimentations PAERPA) après avoir procédé à une évaluation de ces derniers et y avoir apporté les adaptations organisationnelles et financières nécessaires. En facilitant la sortie d'hospitalisation des patients ce dispositif participe à la fluidification des parcours en libérant des places en médecine et permettant ainsi de renforcer les capacités d'accueil des services pour des hospitalisations sans passage par les urgences. Le renforcement des ressources médico-soignantes au sein de l'EHPAD (Cf. recommandations 7, 9, 10, 11) devrait permettre un déploiement plus large de **ce modèle.**

**RECOMMANDATION 15g - Formaliser ces différentes mesures dans la version révisée et actualisée de la circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.**

### 5.16 RECOMMANDATION N°16 - Formaliser les modalités d'intervention des ressources en santé mentale/psychiatrie du territoire au sein de l'EHPAD par le biais d'un véhicule juridique approprié.

Une des réponses non entièrement couverte aujourd'hui concerne l'expertise psychiatrique. En effet, les centres médico-psychologiques (CMP) étant saturés, les équipes mobiles de géronto-psychiatrie à destination des EHPAD rencontrent une forte demande et doivent impérativement être plus largement déployées et le cas échéant renforcées.

Si les troubles cognitifs et psycho-comportementaux de la personne âgée relèvent bien et doivent rester dans le champ de la gériatrie, les coopérations avec la psychiatrie doivent pouvoir s'appuyer sur des équipes mobiles en capacité d'accompagner les professionnels dans le repérage et la prise en charge des troubles psychiques des personnes âgées (dépression, risque suicidaire), mais également d'assurer le suivi des patients psychiatriques s'ils sont accueillis en EHPAD.

**Un rapprochement des équipes mobiles de gériatrie et des équipes mobiles de géronto-psychiatrie est donc nécessaire, ce d'autant que ces dernières sont implantées parfois sur des territoires d'intervention différents.**

**La mission recommande de formaliser cette mesure dans la version révisée et actualisée de la circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique.**

Par ailleurs, les unités de géronto-psychiatrie doivent pouvoir accueillir des patients présentant des pathologies psychiatriques et/ou des troubles du comportement sévères en relation avec une affection psychiatrique ne permettant pas le maintien en EHPAD. **De telles situations relevant plus de la santé mentale que de la gériatrie, doivent pouvoir être prises en soins au sein d'unités spécialisées telles que les USPC** (cf. recommandation 1).

### 5.17 RECOMMANDATION N°17 - Généraliser le tarif soin global sans conditionner cette mesure à la présence d'une PUI et réviser le modèle de l'équation tarifaire aux ajustements de surcroit de charges en personnel (Cf. recommandation 7).

Pour rappel, le budget "soins" de chaque EHPAD est intégralement à la charge de l'Assurance maladie. Il est évalué en tenant compte du GMP et du PMP. Concrètement, il sert à financer le personnel soignant et les équipements médicaux.
Il existe deux options tarifaires :

- **Le tarif de soins option « partielle »** : la dotation couvre les charges de personnels infirmiers et aides-soignants, le temps de médecin coordonnateur ainsi qu'une partie du matériel médical. Les autres prestations, consultations, etc., sont remboursées comme « des soins de ville ».
- **Le tarif de soins option « globale »** : la dotation couvre les charges de personnels infirmiers et aides-soignants, le temps de médecin coordonnateur ainsi qu'une partie du matériel médical. Elle intègre directement en plus les consultations de généralistes, les soins assurés par les kinésithérapeutes, ergothérapeutes…, les examens de radiologie et les examens de biologie courants.

La meilleure maîtrise des ressources en EHPAD associée à l'option « globale » et la présence d'une pharmacie à usage interne (PUI) diminuent le nombre d'hospitalisations : le taux d'hospitalisation se situe à 0,91 % (en tarif global avec PUI), contre 1,24% (en tarif partiel sans PUI).

L'étude réalisée pour ce rapport et présentée en annexe A, confirme cette donnée sur un échantillon de 5743 EHPAD. Si le taux d'hospitalisation ne diffère pas selon l'appartenance à l'une des 4 classes d'EHPAD, il est significativement plus faible pour les options tarifaires globales avec ou sans PUI.

**Taux d'hospitalisation par classe et par option tarifaire (source CNAMTS)**

| Catégorie | Option tarifaire | Numéro Classe | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Classe1 | | Classe 2 | | Classe 3 | | Classe 4 | |
| | | Nb EHPAD | Taux hospitalisation | Nb EHPAD | Taux hospitalisation | Nb EHPAD | Taux hospitalisation | Nb EHPAD | Taux hospitalisation |
| EHPAD | TG avec PUI | 300 | 1.11% | 286 | 1.25% | 84 | 1.09% | 76 | 1.07% |
| EHPAD | TG sans PUI | 214 | 1.50% | 309 | 1.17% | 133 | 1.28% | 97 | 1.16% |
| EHPAD | TP avec PUI | 36 | 1.56% | 38 | 1.16% | 24 | 1.38% | 14 | 1.46% |
| EHPAD | TP sans PUI | 1 073 | 1.37% | 1 378 | 1.36% | 912 | 1.38% | 436 | 1.38% |
| **EHPAD** | **Total** | **1 623** | **1.33%** | **2 011** | **1.31%** | **1 153** | **1.34%** | **623** | **1.30%** |

(*) Taux d'hospitalisation = somme (journées d'hospitalisation) / somme (journées EHPAD) par classe – source CNAMTS

En effet, ce double dispositif favorise la contraction du nombre d'intervenants libéraux ; l'accroissement du nombre de soignants salariés ; une meilleure traçabilité des soins et une réduction du risque de iatrogénie médicamenteuse.

La généralisation du tarif global est donc sans conteste un levier pour parvenir à une meilleure prise en soin médico-soignante au sein des EHPAD, qui disposent ainsi des crédits assurance maladie leur permettant de gérer eux-mêmes les professionnels médicaux et paramédicaux tout en régulant les dépenses du système de santé.

Le déploiement de la fonction de « médecins traitants salariés » ne sera possible qu'en ouvrant très largement aux EHPAD la possibilité de passer au tarif global. Cela répond également à une question d'attractivité médicale permettant de proposer des postes médicaux à temps plein assurant la double fonction de médecins coordonnateur - médecin traitant.

Le tarif global est plus vertueux du point de vue de la maîtrise des dépenses, l'EHPAD devenant gestionnaire du « risque » pour le compte de l'Assurance Maladie, mais également du point de vue de l'évolution des pratiques (traçabilité des soins, vigilance accrue sur le volume et la cotation des soins, recherche de dialogue, resserrement de la prise en charge autour d'un plus petit nombre de médecins traitants, recherches de prises en charge paramédicales plus pertinentes…). Par ailleurs, le TG favorise la coopération entre les professionnels de santé.

Le tarif global a un impact positif sur la rationalisation et l'optimisation de la gestion des dépenses. L'option globale permet d'augmenter la dotation globale de l'EHPAD et devrait permettre des économies substantielles sur des postes de dépenses extérieurs à son périmètre. Par ailleurs, le passage au tarif global ne génère pas de surcoûts pour l'assurance maladie si l'on intègre l'économie des coûts induite par la réduction des hospitalisations.

La généralisation du tarif global est par conséquent une première réponse relativement simple à actionner puisque le dispositif existe et qu'il a largement fait ses preuves.

Cette mesure suppose de transférer vers la branche autonomie et dans les enveloppes des ARS les crédits correspondants venant de l'enveloppe de ville.

Cependant, ce modèle, s'il doit tendre à se généraliser ne doit pas demeurer exclusif, l'option partielle pouvant encore s'imposer comme plus adaptée dans certaines situations et notamment pour les petits EHPAD en milieu rural.

L'abondement en charges nouvelles en personnel (cf. recommandation 4) implique la révision des éléments de l'équation tarifaire GMPS.

En effet, l'évolution de l'allocation budgétaire soins des établissements n'a pas évolué depuis 10 ans (Cf. tableau ci-dessous).

| | 2010 | 2011 | taux d'évolution | 2012 | taux d'évolution | 2013 | taux d'évolution | 2014 | taux d'évolution | 2015 | taux d'évolution |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tarif global avec PUI | 12.98 | 13.1 | 0.92 | 13.1 | 0.00 | 13.1 | 0.00 | 13.1 | 0.00 | 13.1 | 0.00 |
| Tarif global sans PUI | 12.33 | 12.44 | 0.89 | 12.44 | 0.00 | 12.44 | 0.00 | 12.44 | 0.00 | 12.44 | 0.00 |
| Tarif partiel avec PUI | 10.01 | 10.1 | 0.90 | 10.18 | 0.79 | 10.32 | 1.38 | 10.43 | 1.07 | 10.5 | 0.67 |
| Tarif partiel sans PUI | 9.47 | 9.55 | 0.84 | 9.62 | 0.73 | 9.75 | 1.35 | 9.85 | 1.03 | 9.92 | 0.71 |

| | 2016 | taux d'évolution | 2017 | taux d'évolution | 2018 | taux d'évolution | 2019 | taux d'évolution | taux à 9 ans |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tarif global avec PUI | 12.98 | 13.1 | 0.92 | 13.1 | 0.00 | 13.1 | 0.00 | 13.1 | 0.00 |
| Tarif global sans PUI | 12.33 | 12.44 | 0.89 | 12.44 | 0.00 | 12.44 | 0.00 | 12.44 | 0.00 |
| Tarif partiel avec PUI | 10.01 | 10.1 | 0.90 | 10.18 | 1.38 | 10.43 | 0.67 | 10.58 | 0.76 |
| Tarif partiel sans PUI | 9.47 | 9.55 | 0.84 | 9.62 | 1.35 | 9.85 | 0.71 | 10 | 0.81 |

**La mission recommande donc de généraliser le tarif global en revalorisant ce dernier et en révisant le modèle de l'équation tarifaire aux ajustements de surcroit de charges en personnel.**

## 5.18 RECOMMANDATION N°18 - Procéder à la fusion du tarif soins et du tarif dépendance.

Les inconvénients de la tarification actuelle sont pluriels. Elle s'avère complexe en raison de l'imbrication de trois sections tarifaires relevant de financeurs différents. Ainsi, le co-financement des aides-soignantes est partagé entre le soin et la dépendance, les EHPAD étant le seul cas où l'assurance maladie ne couvre pas totalement la rémunération des aides-soignantes. Elle manque d'équité avec des écarts de ressources variant de un à trois pour un même service rendu. Elle manque d'efficacité avec un forfait soins au périmètre trop restreint pour permettre une prise en charge coordonnée de qualité.

Sur un plan conceptuel, le principe de différencier le financement des déficiences (au sens de Wood) qui relèvent du soin (assurance maladie) et le financement des aides et services dédié à la prise en charge de leurs conséquences (les incapacités et la perte d'autonomie/dépendance) ne se justifie pas. Outre le fait que cette dichotomie entre les déterminants de la perte d'autonomie et de ses conséquences a pour effet de

cloisonner les pratiques et les réponses, il conditionne et explique à la fois le mode de financement mais aussi la gouvernance de l'offre et son caractère cloisonné qui constitue un frein à l'optimisation de la coordination des réponses.

Cette approche s'appuie sur le postulat suivant : la grande majorité des situations de perte d'autonomie résulte des affections chroniques « incapacitantes » dont l'archétype est représenté par les maladies neuro-évolutives (dont la maladie d'Alzheimer). A la différence des situations de handicap, non toujours rattachables à leur cause biologique ou médicale (dans l'attente de l'évolution des connaissances), la « dépendance » relève de facteurs pluriels (modèle bio-médico-psycho-socio-environnementale) qui impliquent dans la majorité des cas une composante « maladie ».

La révision des modes de financements implique donc sans doute de reconsidérer au préalable le modèle actuel de répartition des paniers de l'offre de réponses. Ceci se justifie d'autant plus qu'une part de la perte d'autonomie s'avère réversible (en particulier au stade du phénotype fragilité) dès lors que l'on met en œuvre des actions de prévention ou des actions relevant du champ de la santé (rééducation, nutrition…).

Vue sous ce prisme, la frontière entre la dépendance et le soin apparait donc artificielle, une simplification est indispensable tant pour les usagers que pour les gestionnaires.

Cette fusion des sections tarifaires soins et dépendance impliquerait un financeur unique et pourrait faciliter le déploiement d'un ensemble de prestations (approche globale de l'accompagnement des personnes en EHPAD).

Par ailleurs, rien ne justifie que le financement de la fonction de psychologue relève du forfait « dépendance » évalué sur la base du GMP tandis que cette fonction intervient tout autant dans un certain nombre de profils de soins PATHOS.

La mission rejoint donc et soutient la proposition 125 du rapport de D. LIBAULT (concertation grand Age Autonomie – mars 2019) : Engager la fusion des sections tarifaires soin et dépendance en établissement afin de simplifier la gouvernance des EHPAD et le pilotage des démarches qualité et de la transformation du modèle de l'établissement. La nouvelle section (soins et entretien de l'autonomie) serait financée pour 92 % par l'assurance maladie.

### 5.19 RECOMMANDATION N°19 – Concevoir dans les meilleurs délais l'outil de mesure devant se substituer à AGGIR et à PATHOS afin d'asseoir le nouveau mode de financement des EHPAD sur les besoins des résidents et non sur les ressources.

Les deux outils d'évaluation actuellement utilisés en EHPAD (AGGIR et PATHOS) sont avant tout des outils utilisés à des fins de tarification pour établir les forfaits soins et dépendance alloués à l'établissement via l'équation GMPS.

Si une telle approche de l'allocation de ressources en fonction de la lourdeur de la dépendance est actuellement imparfaite, elle a eu au moins le mérite d'inverser cette tendance pour les EHPAD. En revanche, elle n'a pas favorisé la prévention de la perte d'autonomie.

Par ailleurs, les modèles AGGIR et PATHOS sont assortis de plusieurs limites (9) et la démarche actuelle s'avère plus privilégier les outils aux dépens d'une approche par les pratiques.

La grille AGGIR classe les résidents dans un des 6 groupes iso-ressources (GIR) sans tenir compte de la pluralité et de l'hétérogénéité des déterminants présidant à l'appartenance à l'un ou l'autre de ces GIR.

---

*(9) Enquête de la DREES. Le taux d'encadrement dans les EHPAD. Ses déterminants et ses alternatives. Les dossiers de la DREES n° 68, décembre 2020.*

Par conséquent, si la grille AGGIR évalue la perte d'indépendance dans les différents domaines des actes de la vie quotidienne, cette catégorisation en GIR ne tient pas compte de la pluralité des déterminants en cause dans cette dernière. Par ailleurs, une des limites de l'outil AGGIR résulte dans le fait qu'il peut exister des différences entre la dépendance perçue par une personne âgée et celle qui est perçue par autrui sur cette même personne âgée. Il convient également de rappeler qu'à l'origine (annexe 2-1 du CASF), cette grille était intégrée dans un « référentiel d'évaluation multidimensionnelle » qui comprenait d'autres dimensions que les 10 variables discriminantes AGGIR proprement dites.

L'outil PATHOS évalue les soins requis en rattachant le résident à un ou plusieurs profils de soins, eux-mêmes établis à partir de la présence d'une liste de 50 états pathologiques. La notion de soins requis semble avoir plutôt bénéficié aux établissements. Le financement aux soins réalisés exposerait sans aucun doute au risque de paupérisation de la dimension soignante d'un secteur qui nécessite incontestablement une amélioration de ses dotations de soins. L'outil est fiable mais ses utilisateurs doivent parfaitement le maitriser afin d'optimiser le codage. De plus, idéalement deux à trois codages par an devraient être effectués pour prendre en compte les variations de patientèle dans une année. Par ailleurs, les résidents des EHPAD différent aujourd'hui de ceux présents au moment de la création du modèle PATHOS. La moyenne d'âge des résidents est également plus élevée qu'auparavant et les établissements accueillent des personnes en situation de handicap, plus jeunes. Il conviendrait donc d'adapter le modèle à ces évolutions.

Finalement, ces deux outils ayant avant tout une finalité de tarification pluri-annuelle, ils ne sont pas « asservis » aux besoins évolutifs des résidents et encore moins aux changements induits par la survenue d'évènements médicaux intercurrents. Par ailleurs, ils sont peu appropriés à la valorisation des interventions de prévention de l'aggravation de la perte d'indépendance.

Il est également souhaitable de repenser ces instruments afin de permettre aux établissements de remplir leur mission « d'aider à faire » et non de « faire à la place de ».

**La mission émet 4 recommandations :**

**Une préconisation à effet immédiat :**

**RECOMMANDATION 19a - Installer un comité d'experts devant définir l'outil, si possible unique, devant réunir les qualités suivantes** :

- Métrologiques : être corrélé au besoin des personnes (et non à la réponse au besoin)
- Intégrable dans le soin courant (dimension de faisabilité)
- Permettant la définition du bon soin (donc utile en clinique)
- Econome en temps soignant (pour l'adaptation et la réactivité)
- Permettant de définir des allocations de ressources (donc utile en gestion) : humaines et financières.
- Permettant de prédire l'évolution naturelle / probable (donc du paiement au parcours)

Dans l'attente de ce nouvel outil de mesure, inscrire dans un Décret le maintien du recours à AGGIR et PATHOS.

**Deux préconisations à effet à court terme :**

**RECOMMANDATION 19b** - Dans l'attente de la future procédure, **planifier les coupes AGGIR et PATHOS sur un rythme annuel dans chaque établissement.** Cette mesure devrait, du moins en partie, améliorer la convergence entre le soin requis et le soin réalisé.

**RECOMMANDATION 19c Promouvoir la prévention de l'aggravation de la perte d'indépendance en procédant à des dotations dédiées de type MIG avec contractualisation**.

**Une préconisation à moyen terme :**

**RECOMMANDATION 19d -** Une fois ce nouvel outil validé, **substituer par voie législative les références aux procédures actuelles par la nouvelle procédure.**

### 5.20 RECOMMANDATION N°20 – Concrétiser au plus vite les adaptations architecturales nécessaires des EHPAD face à la prévalence élevée des troubles neurocognitifs et comportementaux.

**Cette recommandation a été élaborée avec la contribution de Fany CERESE, Docteur en Architecture, associée Atelier AA – Architecture Humaine (Montpellier).**

**Prendre en compte les troubles neurocognitifs et comportementaux.**

Comme l'objective l'étude présentée ci-dessus et en annexe, la prévalence des troubles neurocognitifs et comportementaux au sein des EHPAD est élevée. Ils représentent les états pathologiques et les profils de soins les plus fréquents.

Afin de limiter les pratiques de contention, l'épuisement des professionnels et le risque de maltraitance, dans un contexte où les solutions médicamenteuses étant limité, l'état de l'art scientifique invite à repenser non seulement les modalités de soin (moins de *cure*, plus de *care*) mais aussi de penser la question spatiale autrement.

Le World Alzheimer Report (Design, dignity, Dementia) (13) consacré à la conception de l'environnement bâti met en avant les grands principes suivants :

- Réduire discrètement les risques,
- Offrir une taille humaine,
- Permettre aux personnes de voir et d'être vus,
- Réduire la stimulation inutile,
- Optimiser la stimulation utile,
- Soutenir le mouvement et l'engagement,
- Créer un lieu familier,
- Offrir des opportunités d'être seul ou avec d'autres,
- Lien avec la communauté,
- Une conception en réponse à la conception de son mode de vie.

Une conception architecturale, vecteur de qualité de vie et d'autonomie pour les personnes, d'un accompagnement adapté et respectueux des personnes et de leurs droits, doit s'axer sur les points clés suivants :

- Contrôle de sortie,
- Accès à l'extérieur,
- Compréhension sensorielle,
- Espaces communs,
- Domesticité / « comme à la maison »,
- Parcours de circulation,
- Espaces privatifs,
- Aide à l'indépendance.

Par ailleurs, et contrairement aux idées reçues sur le sujet, l'état de l'art proscrit les espaces de déambulation circulaire car ces derniers majorent la désorientation des personnes (14). Au contraire, des espaces contenants, et forts de sens permettent à des personnes en quête de leur identité de s'ancrer.

---

*(13) Fleming, R.,Zeisel, J. Bennett, K. (2021). Design, Dignity, Dementia : Dementia-related design and built environment. World Alzheimer Report 2020, Vol 1*

*(14) Marquardt, G., Bueter, K., & Motzek, T. (2014). Impact of the design of the built environment on people with dementia: an evidence-based review. HERD: Health Environments Research & Design Journal, 8(1), 127-157.*

**Une évolution qui invite à refonder les processus et les référentiels de conception des établissements.**

Si dans le champ du handicap, le cadre de réflexion est plutôt large, avec une place très grande pour l'innovation dans la diversification des modalités d'habitat et d'accompagnement, avec un degré de dépendance comparable aux EHPAD, il en est un peu autrement dans le champ des personnes âgées.

En effet, il existe plusieurs documents, qui bien qu'ils ne soient pas officiellement opposables par les autorités de tutelle et de tarification, font office de référence non seulement dans l'instruction des demandes de financement mais aussi pour les programmistes et concepteurs.

Parmi ceux-ci, deux ont un impact particulièrement significatif :

- La document « Repères organisationnels et de dimensionnement en surface en EHPAD » publié par l'ANAP en décembre 2016.
- Le référentiel "Conception et rénovation des EHPAD - Bonnes pratiques de prévention" publié par l'INRS et la CARSAT en février 2012.

Si ces guides ont contribué à une optimisation de la conception architecturale, selon des critères que l'on considérait comme opérant au moment de leur parution, il n'en reste pas moins que ceux-ci génèrent inévitablement la reproduction de modèles à un moment où tout appelle à une remise en question des modèles.

Trop souvent, ces référentiels présentent les structures uniquement sous l'angle fonctionnel avec des pôles centralisés (cuisine, buanderie, etc…) et excentrés des espaces de vie des résidents alors même que ces fonctions, essentielles dans la vie domestique, devrait être au sein même de l'habitat ouvert sur celui-ci. L'autre effet "pervers" de ce type de conception est que la gestion des flux (du linge, des repas, des soins, etc.) et par là-même les espaces de circulations finissent par être au centre de la réflexion, notamment dans le cadre de la prévention des risques professionnels. Sans jamais être remis en cause, ce choix de base génère des distances à parcourir, des chariots multipliés pour chaque chose, des espaces pour les stocker et bientôt des moteurs pour les pousser... Autant de dispositifs qui renforcent le poids de l'institution et de l'organisation sur la vie des résidents, sans parler de la difficulté pour donner un caractère ordinaire et domestique à ces lieux.

Dans tous les cas, il conviendrait d'acter leur obsolescence et de réfléchir à ce qui pourrait constituer un nouveau socle de référence pour le futur des établissements médico-sociaux, fondé sur l'actualisation des savoirs scientifiques. Si l'on reste dans une optique d'innovation, sans doute qu'une méthodologie (comme la méthode SEPIA réactualisée et optimisée, méthodologies de type *Design Thinking*, etc.) serait plus opérante et moins limitante qu'un nouveau référentiel, l'objectif étant de sortir d'une logique de filière pour entrer dans une logique de parcours et de territoire (15).

**La question réglementaire : Type J et U.**

En matière de sécurité incendie, les établissements recevant du public sont classés suivant leur activité (le type) et leur capacité d'accueil (la catégorie). Ces informations sont généralement indiquées par les commissions de sécurité incendie sur les procès-verbaux de visites périodiques.

Les établissements accueillants des personnes âgées sont répartis en deux types : le type J et le type U. Parmi ces types, il existe différentes catégories qui dépendent du nombre de personnes accueillies.

- **Les établissements de type J** correspondent aux structures d'accueil pour personnes âgées et personnes handicapées, du secteur médico-social. « **Depuis le 7 avril 2002**, *les EHPAD sont soumis aux normes de sécurité incendie de type J en matière de sécurité incendie. Dans ce cadre, il n'y a aucune exigence de comportement au feu ni pour les revêtements, ni pour le mobilier, ni pour la literie ».*
- **Les établissements de type U** correspondent aux établissements de soins, du secteur sanitaire, mais auxquels des EHPAD peuvent être adossés. Ce classement est notamment obligatoire lorsqu'il y a la présence de fluides médicaux dans les murs (oxygène). *« Pour les établissements dont la construction est* **antérieure au 7 avril 2002**, *un certain nombre sont restés en type U à la demande des commissions de sécurité. Dans ce cas, les exigences de comportement au feu sont requises pour tous les revêtements textiles, le mobilier et la literie »*

---

*(15) Cerèse, F., & Eynard, C. (2014). Domicile, habitats intermédiaires, EHPAD : quelles mutations à opérer pour soutenir l'autonomie dans le parcours résidentiel ? Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 99-115.*

Les établissements recevant du public sont classés en 5 catégories en fonction du nombre de personnes accueillies. La nature de l'activité ainsi que l'effectif dans les étages ont également une influence sur le classement :

- La majorité des EHPAD est classée en 4ème catégorie à l'exception des petites unités :
  - Tous les EHPAD de type J sont classés en 4ème catégorie sauf ceux avec un effectif inférieur à **25 lits** qui sont classés en 5ème catégorie,
  - Tous les établissements de type U sont classés en 4ème catégorie sauf ceux avec un effectif inférieur à **20 lits** qui sont alors classés en 5ème catégorie.
- Les normes incendie varient notamment en fonction de ces classements (type et catégorie).

**Ce que nous apprend la crise sanitaire.**

Une étude de Santé publique France et de l'ARS Nouvelle-Aquitaine venant d'être publiée (juin 2021) réalisée dans 45 EHPAD ayant été le siège de clusters modérés à sévères de Covid-19 révèle que le manque de ressources humaines et l'architecture du bâtiment inadaptée figurent parmi les facteurs de risque de cluster de Covid-19. S'agissant des clusters plus importants, le nombre de chambres individuelles était en moyenne un peu moins élevé.

**Afin de faciliter les évolutions décrites précédemment, la mission émet les 4 recommandations suivantes** (ces recommandations conditionnent l'application des recommandations 2 et 3 relatives à la sectorisation et aux unités de vie protégées).

**RECOMMANDATION 20a - Généraliser la réglementation de type J pour l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**, car d'une manière générale, l'analyse fine des textes réglementaires montre qu'il est possible de créer un environnement domestique, « *confortable, rassurant et stimulant* », comme inscrit dans le décret, en toute sécurité tout en respectant la réglementation applicable en matière de sécurité incendie, notamment lorsque les établissements sont classés en type J. Le type J permet notamment d'avoir des espaces de vie collectifs entièrement ouverts sur les circulations, ce qui est plus repérant pour les personnes et permet de créer des environnements plus structurants et conviviaux. Cette classification permet également de laisser une totale liberté aux résidents dans l'ameublement et la personnalisation de leur espace privatif (chambres), mais aussi dans la gestion de leur accès (la fermeture à clé est possible) puisqu'étant considérées comme le domicile de la personne, aucune contrainte en matière de sécurité incendie ne s'y applique, contrairement eu type U.

**RECOMMANDATION 20b – Adapter la réglementation applicable aux type J afin de permettre le maintien ou l'installation totale ou partielle de Réseaux de Fluides Médicaux dans les murs**, ceci en tenant compte du niveau de besoins de sécurité actuels et des constats de la 1ère vague Covid. En effet, la prise en charge de l'Insuffisance Respiratoire Aiguë nécessite de s'adapter à une demande en oxygène accrue (potentiellement à débits élevés) et de garantir la continuité d'approvisionnement des établissements. Pour ce faire, ces installations se sont avérées plus pertinentes et plus sûres que des installations temporaires de prise en charge telles que celles mises en oeuvre de façon massive pendant la crise Covid (concentrateurs, multiplication des cuves d'oxygène liquide, bouteilles sous pression) et seraient, à terme, plus efficaces pour prendre en charge les besoins de santé des résidents.

**RECOMMANDATION 20c - Renforcer la diffusion de la Fiche repère ANESM (16)** auprès des établissements, des SDIS, des contrôleurs techniques et concepteur afin de limiter la méconnaissance et/ou la surreprésentation de la norme qui existe de manière très forte dans les structures et qui aboutit à des règlements très contraignants en matière d'aménagement.

*(16) ANESM. (2019). Normes de sécurité incendie dans les EHPAD (structures J et U : entre normes et personnalisation des espaces. Fiche-repères*

**RECOMMANDATION 20d -** En ce qui concerne les petites structures, de type J classées de 5ème catégorie, qui pourraient émerger des propositions faites dans le présent rapport, la réglementation impose la présence de ferme-portes dans les chambres (17), même lorsque la structure est classée de type J afin de compenser un système de détection moins performant. **Ce point est particulièrement problématique et devrait faire l'objet d'une révision**, quitte à surdimensionner le système de sécurité incendie. Paradoxalement, cette obligation n'est pas présente pour les structures de type U de 5ème catégorie. Un affaiblissement est donc possible, quitte à réduire le nombre de personnes.

### 5.21 RECOMMANDATION N°21 – Inscrire dans les CPOM l'obligation pour les résidences autonomie d'avoir formaliser une convention avec au moins un EHPAD de son bassin et vérifier l'effectivité de cette mesure à l'aide des indicateurs appropriés.

Selon leur territoire d'implantation, les résidences autonomie, qui ne disposent pas des ressources médico-soignantes des EHPAD, peuvent être confrontées à des difficultés de réponses, notamment dans le contexte de crise épidémique.

Par ailleurs, les profils de besoins des résidents en résidence autonomie évoluent et peuvent conduire à rediscuter du principe énoncé dans le décret du 27 mai 2016 précisant que ces structures « accueilleront pour leur part des personnes âgées dépendantes classées dans les GIR 1 à 3 dans des proportions inférieures aux seuils retenus pour les EHPAD**,** soit inférieures à 15 %.

**Pour ces raisons, la mission recommande d'inscrire dans les CPOM l'obligation pour les résidences autonomie d'avoir formaliser une convention avec au moins un EHPAD de son bassin et vérifier l'effectivité de cette mesure à l'aide des indicateurs appropriés. Cette recommandation est à rapprocher des recommandation 22 et 23 qui visent à modéliser un dispositif intégré au sein du bassin d'implantation d'un groupe d'EHPAD et de résidences autonomie.**

### 5.22 RECOMMANDATION N°22 – Explorer et expérimenter le concept de l'EHPAD « plateforme/centre de ressources de bassin de vie » sous certaines conditions.

A la question posée aux organismes interrogés : Dans ces perspectives, **l'évolution de l'EHPAD vers un rôle de « centre de ressources »** mettant à disposition professionnels de santé, équipements et organisation logistique (téléconsultation…) au service des personnes âgées dépendantes à domicile vous apparaitrait-elle pertinente ? La réponse s'est avérée affirmative pour la très grande majorité.

**Justifications.**

Un tel concept est déjà préfiguré dans les EHPAD comportant un accueil de jour qui peut être lui-même porteur d'une plateforme de répit. Ces établissements s'inscrivent alors comme un prolongement vers le domicile à travers une offre de service.

L'objectif est de faciliter le parcours de la personne âgées en perte d'autonomie, tant à domicile qu'en établissement, en lui évitant des ruptures d'accompagnement, des hospitalisations évitables, de passer d'interlocuteurs en interlocuteurs sans coordination, de mutualiser les moyens mis en œuvre et d'associer les acteurs de proximité.

*(17) Article PE 29 de l'arrêté du 22 juin 1990 concernant les dispositions particulières du type PE.*

Le développement de l'EHPAD « plateforme/centre de ressources » constituerait un modèle renforcé des dispositifs existants ou en cours de déploiement : accueils de jour, accueils de nuits, plateformes de répit, baluchonnage, équipes spécialisées Alzheimer, SSIAD renforcés. L'avenir verrait ainsi se mettre en place une organisation qui briserait la rupture entre le soutien à domicile et l'institutionnalisation.

Ces « plateformes/centres ressources » doivent créer des interactions entre l'EHPAD et son environnement de proximité, en s'ouvrant sur son territoire pour permettre d'une part, au résident d'avoir des interactions valorisantes avec l'extérieur dans les domaines de la vie courante ; d'autre part, permettre à des personnes extérieures à l'EHPAD de participer à des activités, voire de bénéficier de certaines interventions et prestations.

Ce dispositif aurait pour autre avantage de permettre aux professionnels de pouvoir diversifier leurs activités et de faciliter le déploiement de formations pluri-professionnelles décloisonnées.

Cette recommandation est à rapprocher de la Proposition 145 du rapport de D. LIBAULT (concertation Grand Age Autonomie – mars 2019) : Affirmer et organiser une responsabilité territoriale des hôpitaux de proximité labellisés à l'égard de la personne âgée.

En effet les hôpitaux de proximité (qui intègrent pour certains des places d'EHPAD) ont vocation à porter une palette de services au bénéfice des personnes âgées de leur territoire. Il convient de les préciser dans le cadre des missions socles et optionnelles des hôpitaux de proximité, en coordination avec les travaux de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) sur cette mesure.

**Ce que pourrait être les services mis à disposition du bassin portés par un EHPAD « plateforme/centre de ressources ».**

Sans être exhaustive la liste des services mis à disposition du bassin par un EHPAD « plateforme/centre de ressources » pourrait comporter et conjuguer à des degrés divers :

- Ateliers de prévention santé s'appuyant entre autre sur le programme ICOPE de l'OMS.
- Consultations et téléconsultations d'expertise gériatrique assurées par le médecin coordonnateur sur prescription médicale (l'EHPAD joue alors le rôle de centre ou relai d'expertise gériatrique de proximité).
- Evaluations pluri-professionnelles sur prescription médicale ou à la demande des dispositifs d'appui à la coordination mais en respectant le périmètre des dispositifs déjà en place et assurant ces mêmes services.
- Consultation et soins odontologiques dans les bassins dépourvus ou éloignés de cette ressource (dans ce cas l'intervention de l'odontologiste est également mise à disposition des résidents de l'EHPAD).
- Accueil de jour.
- Accueil de nuit.
- Accueil social d'urgence.
- Accueil temporaire programmé.
- Plateforme de répit aux aidants.
- Baluchonnage Alzheimer.
- Hébergement temporaire post-hospitalier (Cf. recommandation 15).
- SAD/SSIAD (avec éventuellement Equipe Spécialisée Alzheimer).
- Permanence sociale dès lors qu'elle n'est pas assurée par d'autres services (CCAS…) (instruction des dossiers).
- EHPAD dit « hors les murs ».

Un des prototypes les plus accomplis d'EHPAD « plateformes/centre de ressources » est le modèle d'« EHPAD hors les murs ». Un tel dispositif est pertinent en ce sens qu'il crée un continuum entre le domicile et l'institution en apportant une sécurisation du soutien à domicile.

**Le modèle porté par le dispositif M@do de la Fondation Partage & Vie (en fonctionnement depuis 2013)**.
Placée à l'interface des équipements et services présents sur le territoire, M@do propose une alternative au placement en institution et permet d'aller plus loin dans l'accompagnement au regard des services existants (SSIAD, SAAD, SPASAD, … SAMSAH…).
Le concept M@do a pris corps sous forme d'établissement expérimental autorisé conjointement par le conseil général de la Corrèze et l'ARS début 2013.
M@do s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie pour garantir un soutien à domicile choisi.
Il n'existe pas de critères d'admission spécifiques à la Maison de Retraite à Domicile sachant que l'implantation est territoriale et que l'offre de prestations correspond aux besoins des personnes dépendantes (plus spécifiquement aux groupes iso-ressources GIR 4, GIR 3 et GIR 2). Plus exceptionnellement, M@do peut s'adresser :

- à des personnes âgées de moins de 60 ans si elles sont en situation de handicap.
- à des personnes issues d'une filière de soins identifiée sur le territoire (filière neurologique ou oncologique par exemple) pour lesquelles un équipement sanitaire n'est plus à mobiliser mais dont la situation de dépendance justifie un accompagnement rapproché et la réalisation de bilans réguliers de cette situation.

L'implantation de M@do obéit à des prérequis :

- La définition du territoire est précise : 30, 40 km autour d'un établissement ou d'un service.
- L'établissement ou le service support logistique est partie prenante et accepte d'adapter son projet d'établissement en concertation avec les autorités de tarification pour intégrer le dispositif M@do.

Le processus d'admission s'appuie sur la réalisation d'une triple expertise par une équipe pluridisciplinaire (médecin, case manager, ergothérapeute) afin de définir avec précision le niveau d'accompagnement et d'installation requis.
La référence de l'intervention au titre du service est très clairement celle d'une transposition au domicile des services présents en EHPAD. Elle intègre une fonction hôtelière, une fonction d'accompagnement à la vie citoyenne et une fonction soins dont l'encadrement est confié au médecin coordinateur du service. Les prestations de soins et d'aide à la vie quotidienne sont assurées par des salariées du service, des salariés d'autres services médico-sociaux ou des professionnels exerçant à titre libéral.
Le service prend l'engagement d'assurer un suivi permanent des personnes. Dans ce contexte, une garde de nuit itinérante soignante, affectée en situation de veille à la plate-forme de téléassistance intervient selon un premier flux prévu dans le plan d'aides individualisé et selon un second flux lors d'intervention d'urgence.
De surcroît, une chambre est louée à l'année dans un EHPAD, en permanence pour accueillir une personne qui, momentanément, ne peut rester à son domicile pour une raison autre que la survenue d'une détresse vitale ou d'un épisode aigu d'une maladie, nécessitant l'un comme l'autre une hospitalisation.
Les trois fonctions décrites sont orchestrées par le case manager. Il pilote le plan d'actions qui permet la réalisation du projet de vie. Il est en mesure de réagir rapidement et dispose des outils pour une parfaite réactivité.

- M@do va donc bien au-delà des dispositifs existants et ne peut être assimilé à un SPASAD par : Une coordination resserrée autour de la personne et un guichet unique assurés par le binôme case manager/médecin.
- L'assurance d'une continuité et d'une sécurité : unicité des missions, garde de nuit itinérante, téléassistance intégrée…
- Un lien fort avec le secteur sanitaire et la chambre en EHPAD permettant d'éviter les hospitalisations évitables.
- La fonction d'accompagnement à la vie citoyenne, souvent inexistante dans le contexte du domicile.
- La domotique et l'adaptation de l'environnement domestique.

**Conditions de mise en œuvre.**

**Si ce modèle offre un grand nombre d'atouts, il ne peut trouver justification que s'il garantit l'optimisation et la synergie des ressources existantes et ne doit en aucun cas fragiliser les dispositifs en place.**

**Il implique donc avant tout d'avoir satisfait aux mesures énoncées dans le cadre des recommandations 7 et 11 de ce rapport.**

- Evaluer la pertinence de ce modèle en fonction des spécificités du bassin en terme de besoins et de ressources disponibles. Ainsi, s'il peut s'avérer plus utile et pertinent en milieu rural ou de désert médical qu'en milieu urbain, il nécessite pour autant que l'EHPAD dispose des ressources, notamment médicales, et soignantes minimales nécessaires pour son propre fonctionnement.

- S'enquérir que les prestations délivrées par l'EHPAD « plateforme/centre ressource » sont parfaitement articulées et synergiques avec les acteurs de santé du territoire (ambulatoire, sanitaire, maisons médicales et professionnels libéraux).

- Formaliser les modalités des sollicitations et du financement des médecins dans l'hypothèse où la fonction médicale de l'EHPAD intervient en dehors de l'EHPAD (soit sur un mode libéral avec paiement à l'acte sur sollicitation des médecins généralistes, soit au forfait dans le cadre d'un partenariat avec les CPTS et les MSP avec un cadre défini par les ARS).

Cette recommandation rejoint la proposition 46 émise dans le rapport de D. LIBAULT (concertation Grand Age Autonomie – mars 2019) : Créer un nouveau statut pour des établissements territoriaux pour personnes âgées qui recevraient une autorisation et un financement global pour délivrer une palette de services et constituer ainsi des centres de ressources du grand âge. Cette proposition vise à créer un nouveau type d'établissement social et médico-social baptisé « établissement territorial ». Ces structures relèveraient, dès leur création, d'un régime d'autorisation global. Cette proposition rejoint elle-même les recommandations du rapport Fiat- Iborra. Elle permettrait de donner un cadre financier stable aux expérimentations actuellement en cours et permettrait la création de centres de ressources du grand âge sur chaque territoire proposant une palette complète de services y compris médicaux ou de télémédecine, en même temps qu'un cadre pour la professionnalisation des métiers du grand âge.

### 5.23 RECOMMANDATION N°23 – Inciter au regroupement des EHPAD d'un bassin ou territoire.

Si un certain nombre d'EHPAD bénéficient de fonctions support (métiers, qualité, RH, DSI, finances, juridique…) régionales, inter-régionales ou nationales ou sont regroupés et rattachés à une collectivité territoriale (CCAS…), un certain nombre d'établissements, plus autonomes, ne disposent pas toujours de telles fonctions et peuvent être plus exposés à certaines difficultés en terme de sécurité sanitaire, ou de nature organisationnelle, managériale ou financière.

La mission recommande d'inciter au regroupement des EHPAD d'un bassin ou d'un territoire, sur un modèle juridique à définir, afin de mutualiser un certain nombre de fonctions pouvant être partagées entre ces établissements parmi lesquelles :

- La fonction IPA en gérontologie (cf. recommandation 9).
- L'intervention de certains professionnels : diététicien, orthophoniste, podologue, voire d'orthoptiste pour une rééducation en basse vision) (Cf. recommandation N°7)
- Les astreintes médicales (cf. recommandation 11).
- L'astreinte IDE de nuit (cf. recommandation 10), dans l'attente de la généralisation de La permanence IDE de nuit.
- La PUI.
- Une fonction de référent qualité (cf. recommandation 24c).

### 5.24 RECOMMANDATION N°24 – Renforcer la démarche de qualité et de gestion des risques.

La démarche de qualité et de gestion des risques est une obligation dans tous les établissements médico-sociaux. C'est un levier fort pour améliorer les prestations, qui sont proposées aux résidents. La définition de certains indicateurs pourrait amener les établissements à améliorer leur pratique.

Le pilotage des établissements doit être résolument orienté vers l'amélioration et la constance de la qualité du service rendu à la personne. Une des principales difficultés rencontrées est d'assurer une constance de la qualité, en dépit de tous les aléas qui affectent la vie d'un établissement, ce qui passe nécessairement par un engagement collectif de l'ensemble des équipes dans cette démarche et un management adapté.

**La mission ne revient pas sur les propositions 57, 58, 59, 60 et 61 énoncées dans le rapport de D. LIBAULT auxquelles elle adhère et rappelées ci-dessous :**

- Proposition 57 : Améliorer la qualité de service en EHPAD et à domicile à travers le financement de démarches de labellisation.
- Proposition 58 : Charger la Haute autorité de santé (HAS) d'établir un référentiel national permettant d'évaluer les structures. Celui-ci deviendrait la référence pour toutes les évaluations externes.
- Proposition 59 : Etablir rapidement une liste d'indicateurs disponibles dans le tableau de bord des établissements médico-sociaux ou rapidement mobilisables constituant un socle « qualité ». Les structures auraient l'obligation de compléter le tableau de bord, en particulier pour ces indicateurs.
- Proposition 60 : Publier les évaluations externes et les indicateurs clés sur le site www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr.
- Proposition 61 : Charger un organisme tiers de payer et de rémunérer les organismes évaluateurs externes habilités, définir des critères préalables à leur habilitation et encadrer leur rémunération.

**Sans viser l'exhaustivité des mesures en vigueur ou à mettre en œuvre, la mission souhaite compléter ces propositions par les 3 recommandations suivantes :**

**RECOMMANDATION 24a - Inciter les EHPAD à procéder à la déclaration exhaustive des EIG liés aux soins.**

Les établissements et services médico-sociaux doivent signaler à leurs autorités de tutelle (notamment l'ARS) les dysfonctionnements graves et événements prévus à l'art. L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles (décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016, arrêté du 28 décembre 2016) :

- sinistres et événements météorologiques exceptionnels ;
- accidents ou incidents liés à des défaillances d'équipement techniques ;
- événements en santé environnement ;
- perturbations dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines ;
- accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance ;
- perturbations liées à des difficultés relationnelles avec les proches ou du fait de personnes extérieures à la structure ;
- décès accidentels ou consécutifs à un défaut de prise en charge d'une personne ;
- suicides et tentatives de suicide, au sein des structures ;
- situations de maltraitance ;
- disparitions de personnes accueillies ;
- comportements violents ;
- manquements graves au règlement qui compromettent la prise en charge ;
- actes de malveillance au sein de la structure.

Au même titre que pour les établissements de santé, la déclaration des EIG liés aux soins représente un enjeu important surtout dans la perspective d'une augmentation de la médicalisation et les textes imposent une obligation de déclarations des évènements indésirables graves liés aux soins par les professionnels de santé sans distinguer le secteur d'intervention.

Les déclarations d'EIG permettent promouvoir la démarche qualité et de gestion des risques et d'instruire les modifications dans l'organisation des soins en résultant.

**RECOMMANDATION 24b - Généraliser l'instauration de Comités de retour d'expériences en santé (CREX) en EHPAD.**

Il serait pertinent que les textes relatifs à la gestion des risques en établissement de santé soient transposés aux EHPAD en intégrant leurs spécificités. Il en va par exemple de l'arrêté du 6 avril 2011 sur le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

La mise en œuvre des CREX (telle que la méthode ORION) nécessitent des ressources humaines formées et notamment médicales.

Le recours aux revues de morbi-mortalité (RMM) pourrait s'avérer pertinent dès lors que l'établissement peut bénéficier de l'appui d'une cellule qualité hospitalière.

**RECOMMANDATION 24c - Promouvoir la mise en place d'une fonction de référent qualité mutualisé entre plusieurs établissements en terme d'appui méthodologique (Cf. recommandation 23).**

**RECOMMANDATION 24d - Politique du médicament : Appliquer les mesures énoncées dans le rapport Verger en 2013 (Cf. recommandation 13) :**

- Publier les référentiels juridiques nécessaires à la sécurisation du circuit de médicament en EHPAD. Il s'agit du texte de référence encadrant le circuit du médicament dans les établissements médico-sociaux et des textes relatifs à la préparation des doses à administrer (PDA).
- Publier l'arrêté relatif à la convention-type prévue au dernier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du CSP, qui doit être passée entre les EHPAD qui ne disposent pas de PUI ou ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire gérant une PUI, et un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine.
- Elaborer un texte relatif au pharmacien référent définissant son statut, ses missions, sa formation et sa rémunération.
- Élaborer une méthodologie nationale pour faciliter la réalisation des "listes préférentielles" au niveau local ou régional et diffuser, après validation, les listes existantes les plus proches de ces critères.
- Prendre en compte l'optimisation des prescriptions dans la gouvernance de l'EHPAD en priorisant ce thème dans la procédure actuelle d'évaluation, dans le projet thérapeutique et dans la convention tripartite.

### 5.25 RECOMMANDATION N°25 – Accélérer le déploiement du numérique au sein des EHPAD et s'appuyer sur ce dernier pour renforcer la qualité de la prise en soins.

- **Dans l'optique d'un meilleur suivi du dossier médical du résident.**
- **Dans l'optique d'intégration des données de santé issues des EHPAD dans le SNDS.**
- **Dans l'optique d'une plus grande interopérabilité des systèmes informatiques des différents EHPAD.**
- **Dans l'optique d'un mode de lutte contre l'isolement des résidents.**

Le numérique est un formidable levier pour accompagner l'évolution des EHPAD dans l'amélioration des parcours des usagers et l'appui aux professionnels. C'est l'un des enjeux majeurs du programme « ESMS numérique » lancé en 2021 en France.

L'optimisation du parcours peut passer par la facilitation via l'usage d'outils numériques modernes et mobiles, du partage et de l'échange d'informations entre professionnels, par une meilleure coordination entre professionnels du parcours.

Le programme ESMS numérique permet d'ores et déjà d'apporter un premier niveau de réponse sur le sujet de numérique en établissement, notamment concernant la mise en place du dossier de l'usager informatisé (DUI). C'est une étape indispensable pour un meilleur suivi du dossier, mais qui doit être assortie :

- De liens forts avec les programmes e-Parcours, et d'une interopérabilité avec les outils des espaces numériques régionaux de santé (ENRS), afin de permettre les échanges d'information avec les professionnels. L'information issue des dossiers des médecins traitants est indispensable et doit pouvoir être implémentée de manière quasi-automatique dans les DUI des établissements.
- D'une meilleure identification du cercle de soins autour du résident, et d'éventuellement permettre un accès au proche aidant et au résident à un niveau consolidé d'information depuis lequel il pourrait transmettre de lui-même de l'information.
- Du respect du cadre d'urbanisation des systèmes d'information.
- D'un accès à l'information disponible dans le DUI pour une activité de télémédecine (via l'ENRS).

Le DMP doit avoir une place essentielle dans cette optique, tout comme les outils numériques qui permettent aux usagers d'échanger / partager des données et informations avec les acteurs du parcours. C'est par exemple le cas de l'outil « Mon Compagnon » en Nouvelle-Aquitaine, qui est le volet « usagers » de l'outil régional de « e-parcours » et qui permet aux usagers de transmettre des éléments directement aux professionnels du parcours et au sens large. Les déploiements de ces dispositifs sont pour l'instant encore « expérimentaux » et doivent être massivement généralisés dans les prochaines années.

Par ailleurs, les innovations ayant émergées durant la crise pour rompre l'isolement des résidents en EHPAD (utilisation de tablette, chaine de télévision « interne », …) doivent être plus largement déployées. Les nouvelles technologies permettent en effet de favoriser les échanges entre les résidents et leur famille.

# ANNEXES

# ANNEXE A

## PRESENTATION de l'ETUDE

**Données actualisées issues de l'enquête réalisée dans le cadre de la « mission en cours »**

Pr Claude JEANDEL avec la collaboration de Marie-Hélène TOUPIN et Yannick EON (CNSA)

## PLAN

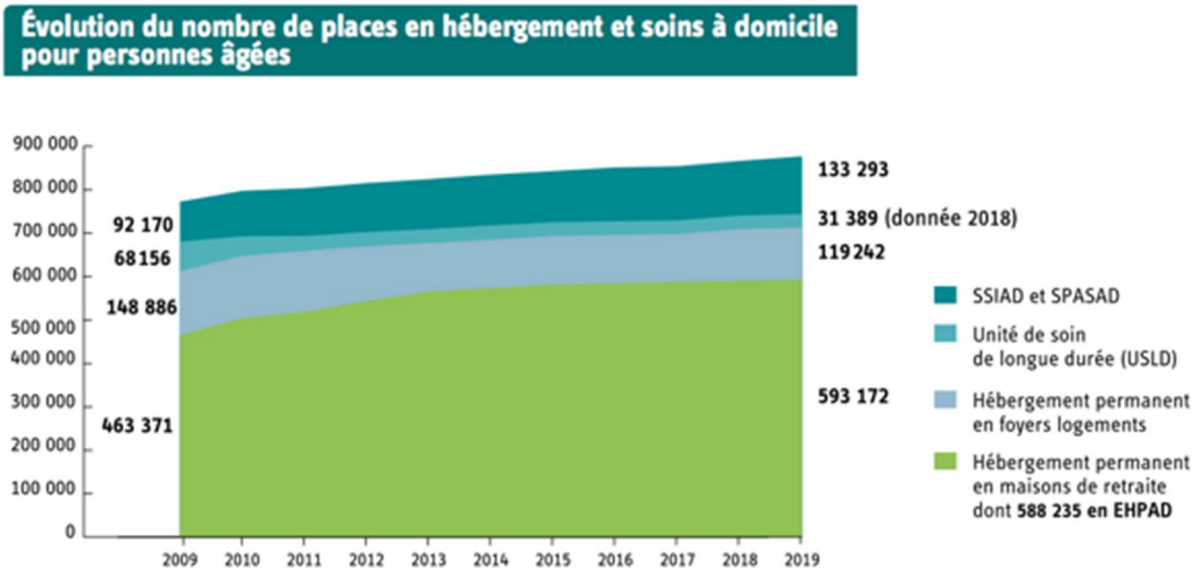
1. Population étudiée.
2. Représentativité de l'échantillon.
3. Statut juridique des établissements source de l'enquête.
4. Répartition par tranches d'âge en fonction du type d'hébergement (EHPAD ou USLD).
5. Répartition par GIR en fonction du type d'hébergement (EHPAD ou USLD).
6. Proportions des résidents/patients SMTI en EHPAD et USLD.
7. Profils de soins.
8. Répartition des profils de soins en fonction du GIR en EHPAD et en USLD.
9. Fréquence et répartition des états pathologiques.
   9.1. Etats pathologiques par ordre de fréquence décroissant (% de chacun des 50 états en EHPAD et USLD).
   9.2. Etats pathologiques par domaines pathologiques (% de chacun des 50 états en EHPAD et USLD).
10. Variables explicatives du GIR et des profils de soin.
11. Regroupements de profils de soin.
   11.1. Classification en 5 classes de 401 031 résidents sur les 10 profils de soins (hors S1 et S0).
   11.2. Synthèse des classes.
   11.3. Moyennes du nombre de profils de soins par classe.
   11.4. Répartition du nombre de profils de soins (en nombre et %) par classe (plusieurs profils de soins par résidents).
   11.5. Répartition des GIR (en nombre et %) par classe.
   11.6. Age moyen des résidents et dispersion par classe.
   11.7. Répartition des Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI) (en nombre et %) par classe et total.
   11.8. Répartition des résidents par catégorie EHPAD et USLD (en nombre et %) par classe.
   11.9. Classification en 5 classes de 401 031 résidents sur les 10 profils de soins (hors S1 et S0) : répartition selon la classe d'âge.
12. Analyse en Composantes Principales et Classification Ascendante Hiérarchique sur 5 743 structures (USLD et EHPAD) et les 10 Profils de soins (en % de résidents par structure).
   12.1. Observation d'individus extrêmes et moyennes échantillon.
   12.2. Distribution de l'inertie.
   12.3. Description du plan 1:2.
   12.4. Classification en 4 classes.

1. **Population étudiée.**

- 488867 résidents d'EHPAD ayant fait l'objet d'une évaluation GIR et PATHOS sur les 5 années (2015 à 2019 incluses). Cet échantillon inclus 6500 établissements situés au sein de 11 régions (anciennes régions administratives) (cf. tableaux en annexe).
- 8619 patients d'USLD ayant fait l'objet d'une évaluation GIR et PATHOS sur les 5 années (2015 à 2019 incluses). Cet échantillon inclus 169 établissements situés au sein de 11 régions (anciennes régions administratives) (cf. tableaux en annexe).

Remarque : La dernière coupe PATHOS nationale remonte à 2011, malgré la préconisation de réaliser une coupe en 2017 formulée dans le rapport de l'IGAS 2016.

2. **Représentativité de l'échantillon.**



*Source 2009-2018 : DREES, Panorama statistique Jeunesse Sports Cohésion sociale*
*Source 2019 (hors USLD) : Finess, 31/12/2019*

Si l'on se réfère aux données Finess du 31/12/2019, le nombre de places en EHPAD était de 599 991 en 2019 (7519 EHPAD), dont 588 235 de places (587 566 installées) en hébergement permanent. Le nombre de places en USLD était de 31 389 en 2018.

L'échantillon étudié porte respectivement sur 83,1 % et 27,4 % des places d'EHPAD et d'USLD.

3. **Statut juridique des établissements source de l'enquête.**

L'enquête a porté 169 USLD (146 publics rattachés à un EPS, 22 privés non lucratifs et 1 privé commercial) et sur 6500 EHPAD.

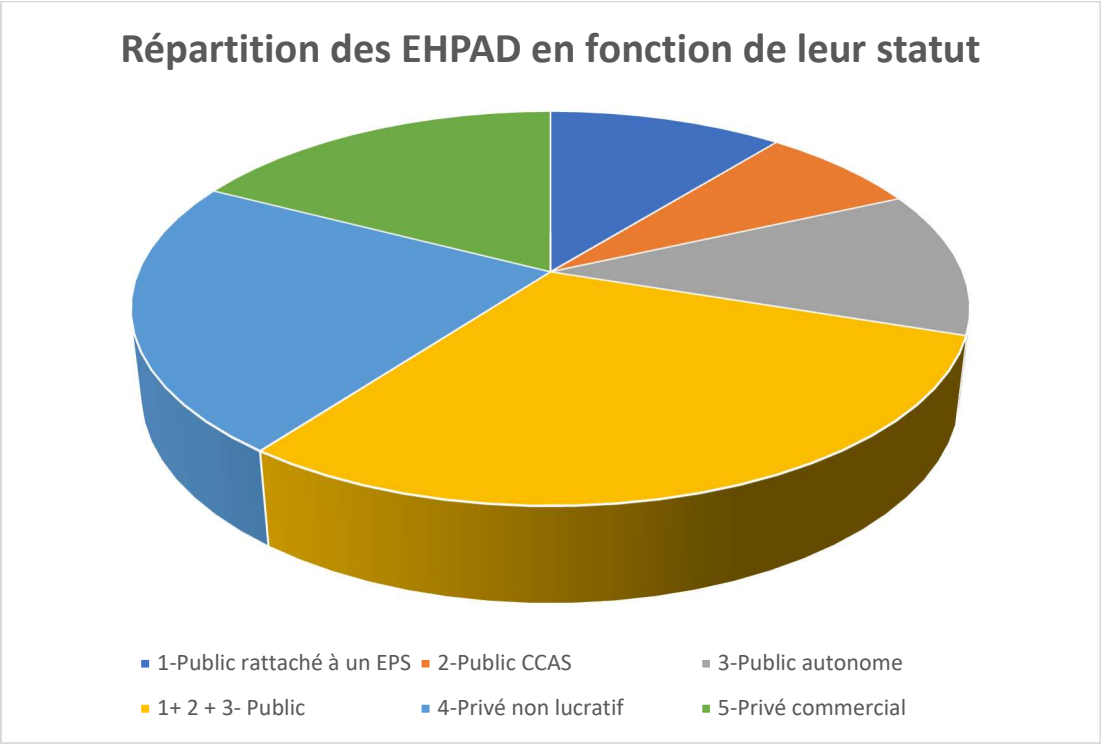
Le statut juridique des EHPAD était pour 43 % d'entre eux public, pour 32 % privé non lucratif et pour 24,8 % privé commercial.

| Région | Catégorie | Nb_Finess |
|---|---|---|
| ALSACE | ESLD | 20 |
| AUVERGNE | ESLD | 4 |
| BOURGOGNE | ESLD | 10 |
| BRETAGNE | ESLD | 27 |
| CENTRE | ESLD | 2 |
| CHAMPAGNE-ARDENNE | ESLD | 12 |
| FRANCHE-COMTE | ESLD | 3 |
| ILE DE FRANCE | ESLD | 33 |
| LIMOUSIN | ESLD | 3 |
| LORRAINE | ESLD | 33 |
| PAYS DE LA LOIRE | ESLD | 10 |
| **Total** | **ESLD** | **157** |

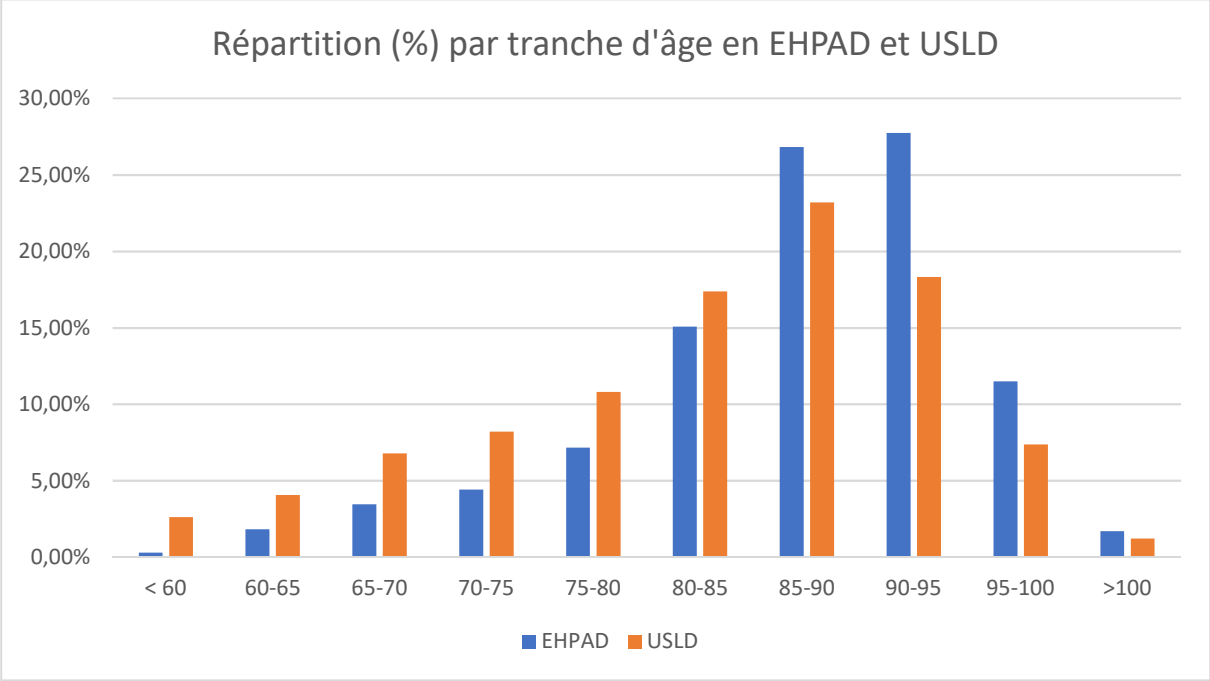
| Région | Nb_Finess | Catégorie |
|---|---|---|
| ALSACE | 886 | ESLD |
| AUVERGNE | 163 | ESLD |
| BOURGOGNE | 392 | ESLD |
| BRETAGNE | 1574 | ESLD |
| CENTRE | 189 | ESLD |
| CHAMPAGNE-ARDENNE | 498 | ESLD |
| FRANCHE-COMTE | 138 | ESLD |
| ILE DE FRANCE | 2979 | ESLD |
| LIMOUSIN | 318 | ESLD |
| LORRAINE | 1085 | ESLD |
| PAYS DE LA LOIRE | 397 | ESLD |
| **Total Echantillon** | **8619** | **ESLD** |

| Catégorie | Statut juridique | Nombre de Finess géographique |
|---|---|---|
| EHPAD | 1-Public rattaché à un EPS | 1004 |
| EHPAD | 2-Public CCAS | 687 |
| EHPAD | 3-Public autonome | 1107 |
| EHPAD | 4-Privé non lucratif | 2090 |
| EHPAD | 5-Privé commercial | 1612 |
| ESLD | 1-Public rattaché à un EPS | 146 |
| ESLD | 4-Privé non lucratif | 22 |
| ESLD | 5-Privé commercial | 1 |

| | |
|---|---|
| 1-Public rattaché à un EPS | 15,40% |
| 2-Public CCAS | 10,60% |
| 3-Public autonome | 17% |
| **1+ 2 + 3- Public** | **43%** |
| **4-Privé non lucratif** | **32%** |
| **5-Privé commercial** | **24,80%** |




**4. Répartition par tranches d'âge en fonction du type d'hébergement (EHPAD ou USLD).**




Les personnes âgées de moins de 60 ans représentent 2,62 % des effectifs en USLD (soit 885 rapporté au nombre de places actuelles) et 0,30 % en EHPAD (soit 1762 rapporté au nombre de places actuelles autorisées).

### 5. Répartition par GIR en fonction du type d'hébergement (EHPAD ou USLD).

| GIR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EHPAD | 99057 | 190826 | 82218 | 86259 | 18606 | 11901 | 488867 |
| | 20,20% | 39% | 16,80% | 17,60% | 3,80% | 2,40% | |
| USLD | 3242 | 3870 | 815 | 568 | 73 | 51 | 8619 |
| | 37,60% | 44,90% | 9,40% | 6,60% | 0,80% | 0,60% | |

- 82,5 % des patients d'USLD sont classés en GIR 1 ou 2 versus 59,2 % des résidents d'EHPAD.
- 34,4 % des résidents d'EHPAD sont classés GIR 3 ou 4 versus 16 % des patients d'USLD.

Cependant en chiffres absolus rapportés au nombre de places actuelles, le nombre de résidents d'EHPAD en GIR 1et 2 s'établit à 347 839 versus 25 895 en USLD.

**Remarque** : Les EHPAD totalisent 77 % de résidents GIR 1 à 3 et de 59,2 % de résident GIR 1 et 2, pourcentages bien supérieurs aux seuils mentionnés dans le décret du 27 mai 2016 (n° 2016-696), article 6, JO du 29 mai 2016 qui précise que : *« Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) se caractériseront à l'avenir par l'accueil de **plus de 15 %** de résidents classés dans les groupes iso-ressources **(GIR) 1 à 3** ; de **plus de 10 %** de résidents classés dans les **GIR 1 à 2** ».*

### 6. Proportions des résidents/patients SMTI en EHPAD et USLD.

Le nombre de résidents et de patients relevant de SMTI étaient respectivement

- De 67 846 pour les EHPAD = 14 % et
- De 3 497 pour les USLD = 40,5 % (vs 52 % en 2011)

Cependant en chiffres absolus rapportés au nombre de places actuelles, le nombre de résidents d'EHPAD SMTI s'établit à 82 259 versus 12 712 en USLD.

### 7. Profils de soins.

Pour rappel, 12 profils de soins sont identifiés.

- T1 Soins importants et multiples avec surveillance médicale quotidienne. Pronostic vital en jeu dans l'immédiat
- T2 Équilibration et surveillance rapprochée. Surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière 24 h sur 24 requise le plus souvent
- P1 Soins de prise en charge psychiatrique de crise, mais aussi de rechutes fréquentes
- P2 Soins de prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapique
- R1 Rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle
- R2 Rééducation fonctionnelle d'entretien, discontinue ou allégée chez un patient ne pouvant supporter une rééducation intensive, parfois collective après évaluation individuelle
- CH Plaies, soins locaux complexes et longs (opérés récents, plaies importantes, dermatose), mobilisant l'infirmière au moins 20 minutes tous les deux jours
- DG Investigations pour un état non diagnostiqué
- M1 Etat terminal soins psychothérapiques et/ou techniques lourds
- M2 Etat terminal d'accompagnement sans soins techniques lourds conduisant au décès à plus ou moins longue échéance
- S1 Surveillance épisodique programmée au long cours des affections chroniques stabilisées et de leurs traitements
- S0 Absence de toute surveillance ou de traitement (pathologie séquellaire, traitement inutile ou inefficace…)

La fréquence (en chiffre absolu et pourcentage) des 12 profils de soins PATHOS et leur répartition entre EHPAD et USLD s'établit de la façon suivante :

| | EHPAD | | USLD | |
|---|---|---|---|---|
| CH | 23099 | 4,60% | 880 | 10% |
| DG | 16424 | 3,30% | 571 | 6,60% |
| M1 | 2472 | 0,50% | 201 | 2% |
| M2 | 9084 | 1,80% | 270 | 3% |
| P1 | 12415 | 2,50% | 557 | 6,40% |
| P2 | 297747 | 59,80% | 4744 | 55% |
| R1 | 9626 | 1,90% | 225 | 2,60% |
| R2 | 158987 | 3,20% | 2037 | 23,60% |
| S0 | 311309 | 62,50% | 6648 | 77% |
| S1 | 492741 | 99% | 8532 | 99% |
| T1 | 291 | 0,06% | 31 | 0,36% |
| T2 | 47122 | 9,50% | 2759 | 32% |

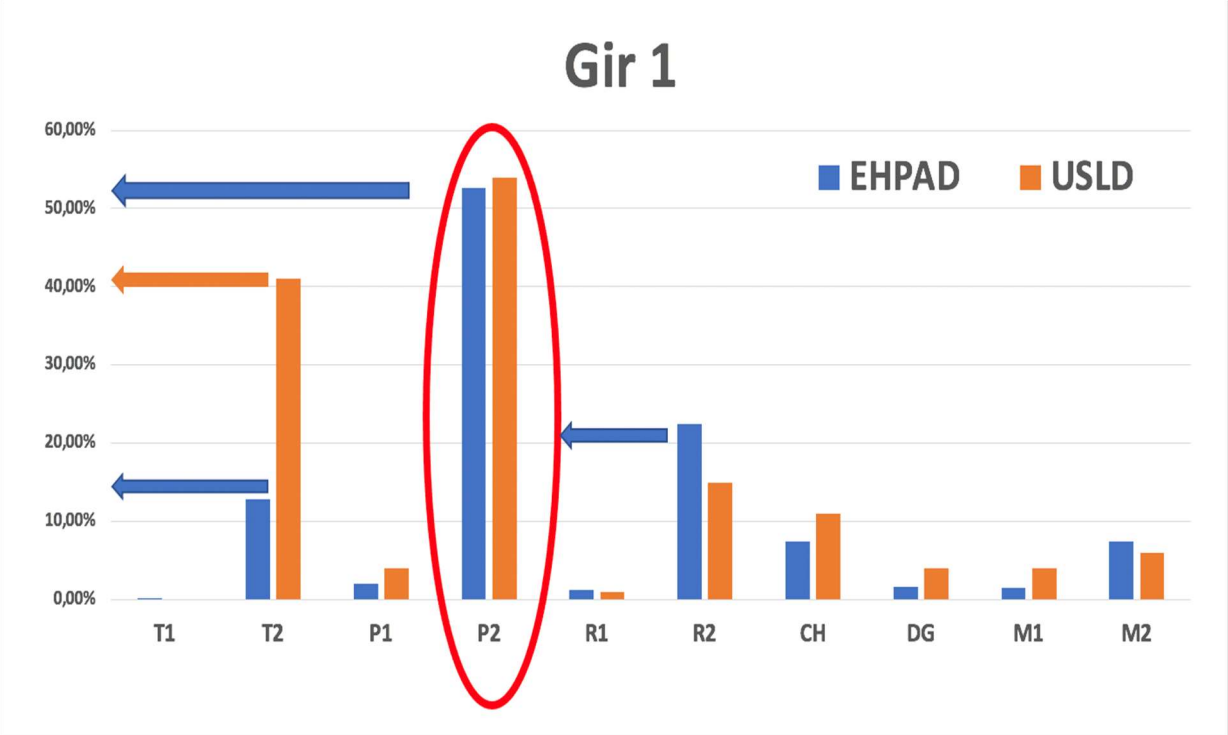
Les profils de soins les plus fréquents sont par ordre décroissant :

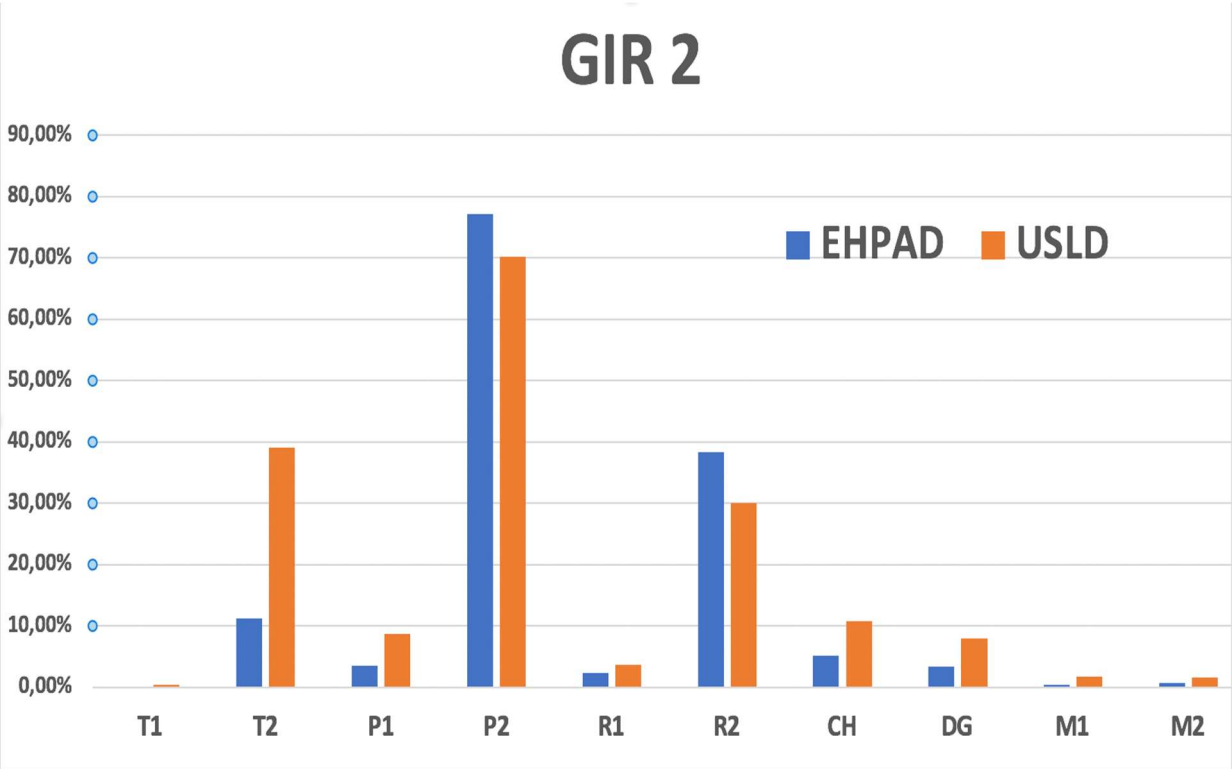
- Pour les EHPAD : S1, S0, P2, R2 et T2
- Pour les USLD : S1, S0, P2, T2 et R2

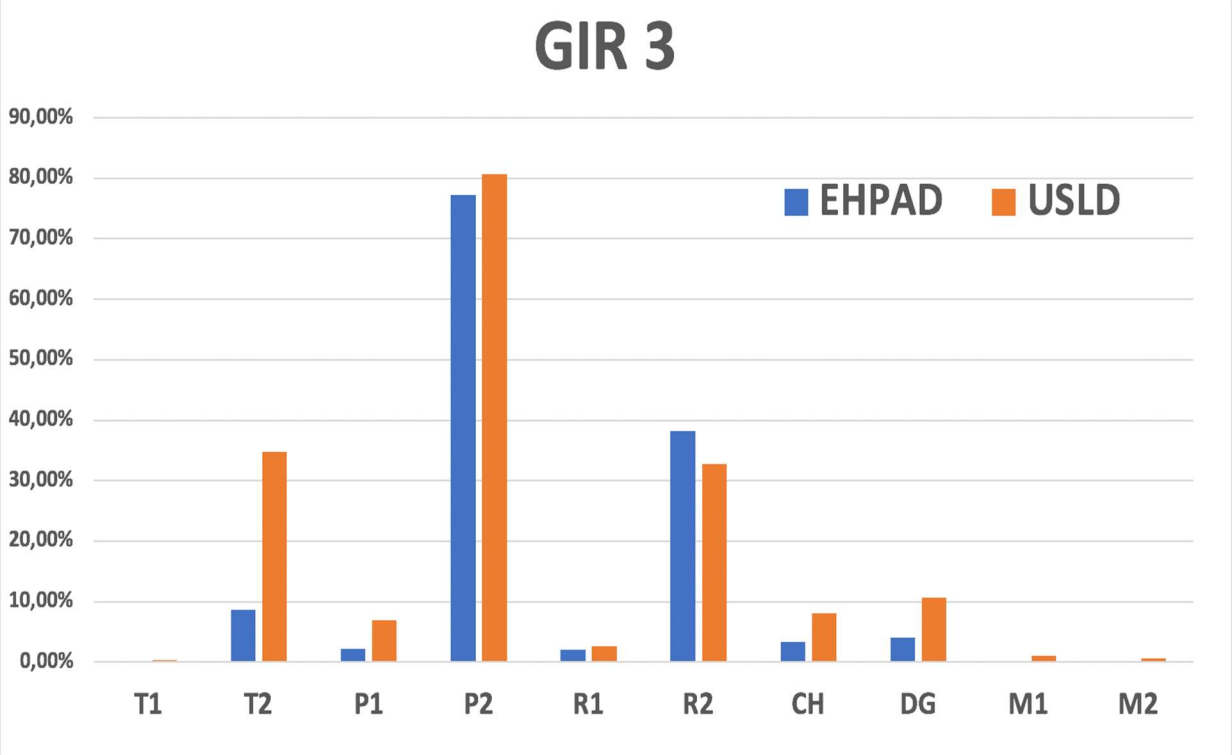
Certains profils s'avèrent plus fréquents en USLD : R2, T2, P1, DG et CH. Cependant en chiffres absolus rapportés au nombre de places actuelles,

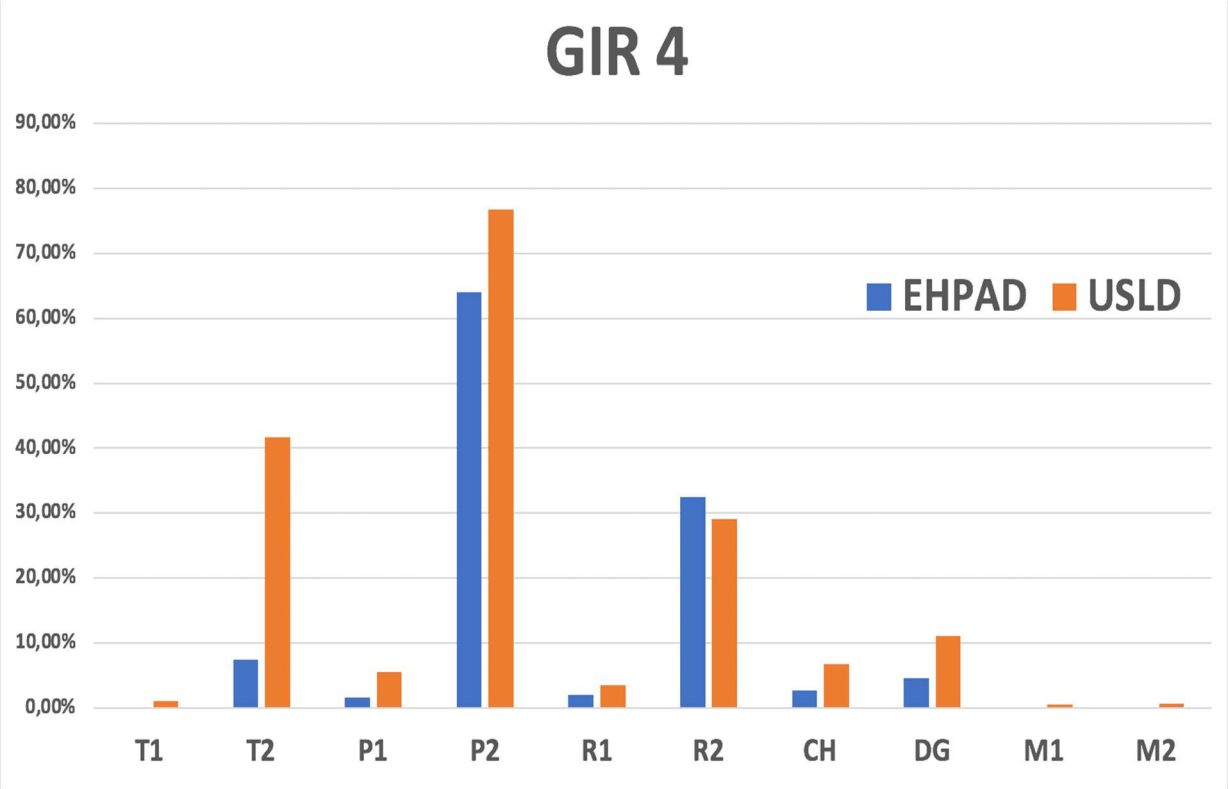
- Le nombre de résidents T2 est respectivement de **55 818** en EHPAD et de **10 044** en USLD.
- Le nombre de résidents R2 est respectivement de **18 802** en EHPAD et de **7407** en USLD.
- Le nombre de résidents P2 est respectivement de **351 364** en EHPAD et de **17 263** en USLD.
- Le nombre de résidents CH est respectivement de **27 028** en EHPAD et de **3138** en USLD.
- Le nombre de résidents DG est respectivement de **19 389** en EHPAD et de **2071** en USLD.

**8. Répartition des profils de soins en fonction du GIR en EHPAD et en USLD.**




GIR 2
90,00%
80,00%
70,00%
60,00%
50,00%
40,00%
30,00%
20,00%
10,00%
0,00%
EHPAD
USLD
T1
T2
P1
P2
R1
R2
CH
DG
M1
M2


GIR 3
90,00%
80,00%
70,00%
60,00%
50,00%
40,00%
30,00%
20,00%
10,00%
0,00%
EHPAD
USLD
T1
T2
P1
P2
R1
R2
CH
DG
M1
M2




## 9. Fréquence et répartition des états pathologiques.

**9.1.** Etats pathologiques **par ordre de fréquence décroissant** (% de chacun des 50 états en EHPAD et USLD).

| Etat pathologique | EHPAD (%) | USLD (%) |
|---|---|---|
| **18 - Syndrome démentiel** | **65,90** | **72,3** |
| **3 - Hypertension artérielle** | **61,50** | **58,1** |
| **14 - Troubles chroniques du comportement** | **55,00** | **57,1** |
| **33 - Syndromes abdominaux** | **51,50** | **68,8** |
| **32 - Syndromes digestifs hauts** | **39,90** | **52,9** |
| **15 - États dépressifs** | **39,00** | **38** |
| **47 - État grabataire, troubles de la marche** | **38,20** | **56,4** |
| **35 - Dénutrition** | **36,70** | **60,1** |
| **41 - Incontinence** | **36,30** | **54,9** |
| **16 - États anxieux** | **35,00** | **35,6** |
| **4 - Troubles du rythme** | **28,40** | **31,2** |
| **30 - Pathologies osseuses d'autres localisations** | **28,20** | **28,6** |

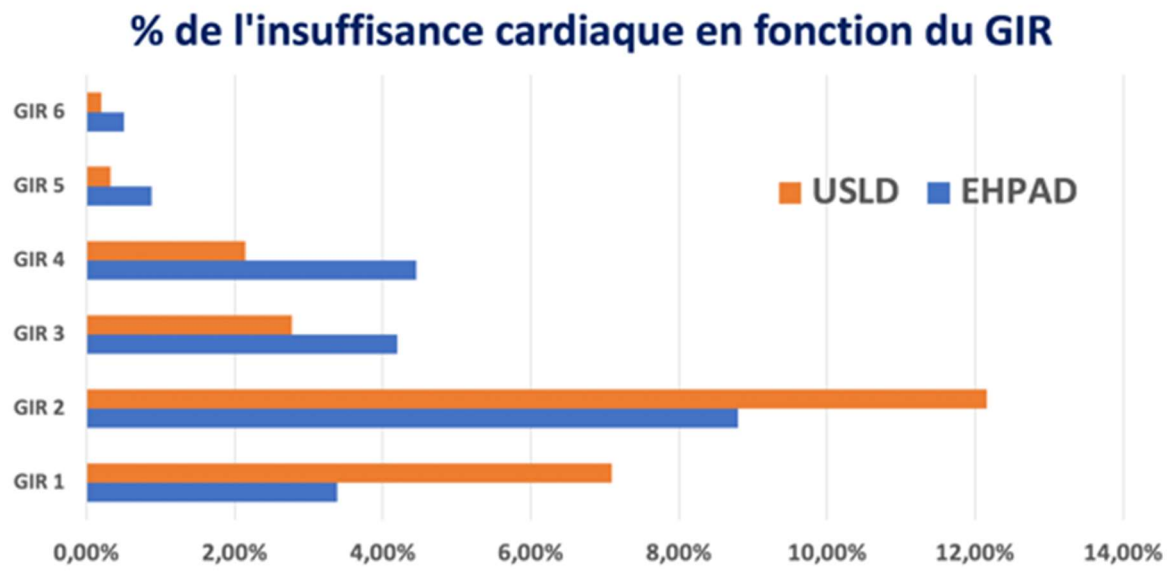
| | | |
|---|---|---|
| **29 - Pathologies vertébro-discales** | **25,10** | **21,5** |
| **5 - Phlébites, lymphœdème, insuffisance veineuse** | **22,80** | **15,4** |
| **1 - Insuffisance cardiaque** | **22,00** | **24,6** |
| **46 - Pathologies oculaires évolutives** | **22,00** | **20,3** |
| **31 - Polyarthrite, pathologies articulaires d'autres localisations** | **18,60** | **17,2** |
| **10 - Accidents vasculaires cérébraux** | **17,70** | **27,7** |
| **42 - Anémies** | **16,00** | **23,1** |
| **37 - Dysthyroïdie** | **15,90** | **16,3** |
| **9 - Malaises, vertiges, perte de connaissance brève, chutes** | **15,70** | **15,5** |
| **36 - Diabète** | **15,50** | **20,3** |
| **2 - Coronaropathie** | **15,00** | **17,2** |
| **40 - Insuffisance rénale** | **14,50** | **23,9** |
| **27 - Pathologie de la hanche** | **14,40** | **14,4** |
| **26 - Autres lésions cutanées graves** | **14,10** | **27,2** |
| **25 - Escarres, ulcères et autres plaies** | **13,50** | **18,6** |
| **43 - États cancéreux** | **12,60** | **15,6** |
| **19 - Broncho-pleuro-pneumopathies** | **12,00** | **20,4** |
| **17 - Psychoses, délires, hallucinations** | **11,70** | **18,1** |
| **12 - Syndrome parkinsonien** | **8,50** | **11,7** |
| **49 - Autres pathologies** | **8,20** | **13** |
| **11 - Épilepsie, comitialité focale ou généralisée** | **7,30** | **15,9** |
| **20 - Insuffisances respiratoires** | **6,80** | **12,2** |
| **38 - Troubles de l'hydratation** | **6,80** | **31,4** |
| **39 - Rétention urinaire** | **6,80** | **12,6** |
| **28 - Pathologie de l'épaule** | **6,00** | **7,1** |
| **24 - Infections urinaires basses** | **4,70** | **8,4** |
| **8 - Hypotension orthostatique** | **4,60** | **7,6** |
| **34 - Pathologie hépatique, biliaire, pancréatique** | **4,60** | **7** |
| **6 - Embolies et thromboses artérielles, gangrène, amputation** | **4,00** | **4,6** |
| **23 - Syndromes infectieux locaux** | **3,70** | **6,3** |
| **48 - État terminal à plus ou moins longue échéance** | **2,30** | **5,4** |

| | | |
|---|---|---|
| **44 - Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique** | **2,00** | **2,7** |
| **21 - Embolies pulmonaires** | **1,50** | **2,1** |
| **7 - Artériopathies chroniques** | **1,00** | **13** |
| **22 - Syndromes infectieux généraux bactériens ou viraux** | **1,00** | **3,5** |
| **45 - Syndrome inflammatoire ou fièvre inexpliqués** | **0,50** | **0,7** |
| **13 - Syndrome confusionnel aigu** | **0,10** | **0,3** |
| **50 - Aucune pathologie pertinente à retenir** | **0,10** | **0,1** |

**9.2.** Etats pathologiques **par domaines pathologique**s (% de chacun des 50 états en EHPAD et USLD).

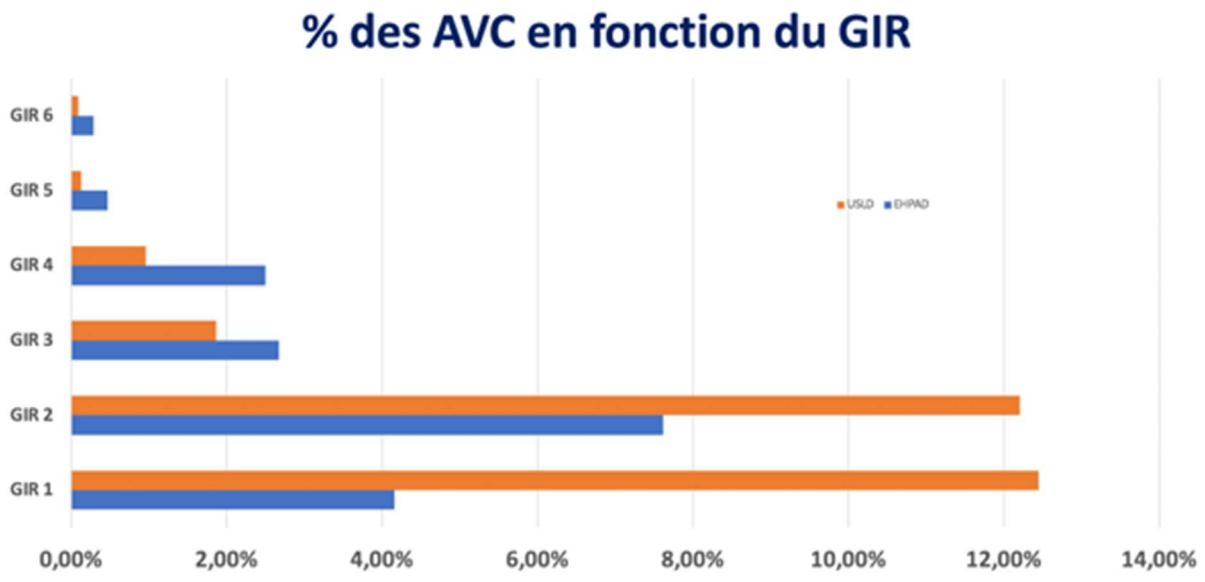
**9.2.1. Affections cardio-vasculaires.**

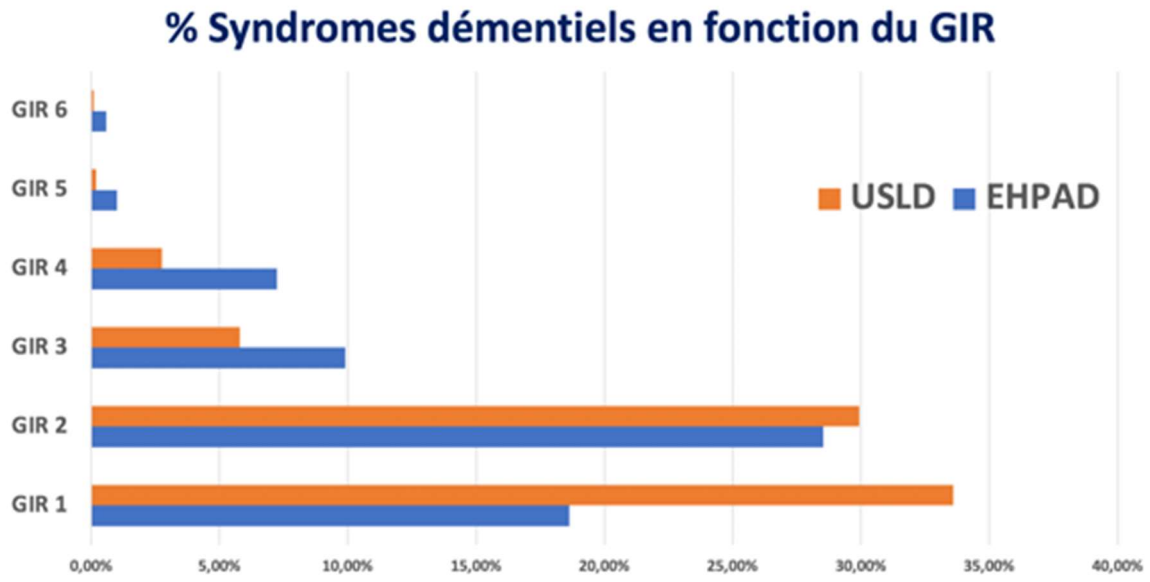
| **Etats pathologiques** | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 1 - Insuffisance cardiaque | **22 %** | **24.6 %** |
| 2 - Coronaropathie | **15 %** | **17.2 %** |
| 3 - Hypertension artérielle | **61.5 %** | **58.1 %** |
| 4 - Troubles du rythme | **28.4 %** | **31.2 %** |
| 5 - Phlébites, lymphœdème, insuffisance veineuse | **22.8 %** | **15.4 %** |
| 6 - Embolies et thromboses artérielles, gangrène, amputation | **4 %** | **4.6 %** |
| 7 - Artériopathies chroniques | **10 %** | **13 %** |
| 8 - Hypotension orthostatique | **4.6 %** | **7.6 %** |



### 9.2.2. Affections neuropsychiatriques.

| **Etats pathologiques** | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 9 - Malaises, vertiges, perte de connaissance brève, chutes | **15.7 %** | **15.5 %** |
| 10 - Accidents vasculaires cérébraux | **17.7 %** | **27.7 %** |
| 11 - Épilepsie, comitialité focale ou généralisée | **7.3 %** | **15.9 %** |
| 12 - Syndrome parkinsonien | **8.5 %** | **11.7 %** |
| 13 - Syndrome confusionnel aigu | **0.1 %** | **0 .3%** |
| 14 - Troubles chroniques du comportement | **55 %** | **57.1 %** |
| 15 - États dépressifs | **39 %** | **38 %** |
| 16 - États anxieux | **35 %** | **35.6 %** |
| 17 - Psychoses, délires, hallucinations | **11.7 %** | **18.1 %** |
| 18 - Syndrome démentiel | **65.9 %** | **72.3 %** |



### 9.2.3. Affections broncho-pulmonaires.

| **Etats pathologiques** | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 19 - Broncho-pleuro-pneumopathies | **12 %** | **20.4 %** |
| 20 - Insuffisances respiratoires | **6.8 %** | **12.2 %** |
| 21 - Embolies pulmonaires | **1.5 %** | **2.1 %** |

### 9.2.4. Affections dermatologiques.

| **Etats pathologiques** | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 25 - Escarres, ulcères et autres plaies | **13.5 %** | **18.6 %** |
| 26 - Autres lésions cutanées graves | **14.1 %** | **27.2 %** |

### 9.2.5. Affections ostéo-articulaires.

| **Etats pathologiques** | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 27 - Pathologie de la hanche | **14.4 %** | **14.4 %** |
| 28 - Pathologie de l'épaule | **6 %** | **7.1 %** |
| 29 - Pathologie vertébro-discale | **25.1 %** | **21.5 %** |
| 30 - Pathologies osseuses d'autres localisations | **28.2 %** | **28.6 %** |
| 31 - Polyarthrite, pathologies articulaires d'autres localisations | **18.6 %** | **17.2 %** |

### 9.2.6. Affections gastro-entérologiques.

| **Etats pathologiques** | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 32 - Syndromes digestifs hauts | **39.9 %** | **52.9 %** |
| 33 - Syndromes abdominaux | **51.5 %** | **68.8 %** |
| 34 - Pathologie hépatique, biliaire, pancréatique | **4.6 %** | **7 %** |
| 35 - Dénutrition | **36.7 %** | **60.1 %** |

### 9.2.7. Affections endocriniennes.

| **Etats pathologiques** | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 36 - Diabète | **15.5 %** | **20.3 %** |
| 37 - Dysthyroïdie | **15.9 %** | **16.3 %** |
| 38 - Troubles de l'hydratation | **6.8 %** | **31.4 %** |

### 9.2.8. Affections uro-néphrologiques.

| Etats pathologiques | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 39 - Rétention urinaire | **6.8 %** | **12.6 %** |
| 40 - Insuffisance rénale | **14.5 %** | **23.9 %** |
| 41 - Incontinence | **36.3 %** | **54.9 %** |

### 9.2.9. Autres domaines pathologiques.

| Etats pathologiques | EHPAD (n = 488867) | USLD (n = 8619) |
|---|---|---|
| 42 - Anémies | **16 %** | **23.1 %** |
| 43 - États cancéreux | **12.6 %** | **15.6 %** |
| 44 - Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique | **2 %** | **2.7 %** |
| 45 - Syndrome inflammatoire ou fièvre inexpliqués | **0.5 %** | **0.7 %** |
| 46 - Pathologies oculaires évolutives | **22 %** | **20.3 %** |
| 47 - État grabataire, troubles de la marche | **38.2 %** | **56.4 %** |
| 48 - État terminal à plus ou moins longue échéance | **2.3 %** | **5.4 %** |
| 49 - Autres pathologies | **8.2 %** | **13 %** |
| 50 - Aucune pathologie pertinente à retenir | **0.1 %** | **0.2 %** |

## 10. Variables explicatives du GIR et des profils de soin.

**Le recours à des analyses de régression** a permis d'établir par ordre hiérarchique les variables explicatives de l'appartenance à un GIR ou à un profil de soin.

- **Variables explicatives du GIR**

L'explication de la variable groupe GIR (1, 2, 3, 4, 5, 6) est étudiée avec comme le GIR 1 comme référence en fonction des 10 variables profils de soins (1=Oui, 0=Non) hors S1 et S0 avec comme référence 0 le fait de ne pas avoir le profil de soin (1 vs 0 probabilité d'avoir le profil de soins vs probabilité de ne pas avoir le profil de soin).

- **Variables explicatives des profils de soin**

L'explication des 10 profils de soins (S0 et S1 n'ayant pas été étudiés) a été étudiée à partir de 10 régressions logistiques des variables profils de soin avec comme référence 0 le fait de ne pas avoir le profil de soin (1 vs 0 ó probabilité d'avoir le profil de soins vs probabilité de ne pas avoir le profil de soin) en fonction :

- De la variable GIR (1, 2, 3, 4, 5, 6) avec comme référence le GIR1
- De 48 variables « états pathologiques » avec comme référence 0 le fait de ne pas avoir l'état pathologique (1 vs 0 probabilité d'avoir l'état pathologique vs probabilité de ne pas l'état pathologique).

Deux états pathologiques ont été exclus car :

- Le pathos « 8 -Hypotension orthostatique » est constitué uniquement de profils de soins S1 et S0.

- Le Pathos « 50-Aucune pathologie pertinente à retenir » est absent de la base.

**PROFIL T2**

Annexe 2 : T2 - groupes - Pathologies

| Variable d'intérêt PS_T2 -Equilibration et surveillance (ref=0) | Variables explicatives triée par khi-2 | Effectif | Khi-2 | Pr > khi-2 | OddsRatio | LowerCL | UpperCL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Groupe 6 vs 1 | 649 | 146,1487 | <.0001 | 0,40 | 0,34 | 0,46 |
| 1 | Groupe 5 vs 1 | 1 021 | 219,966 | <.0001 | 0,40 | 0,35 | 0,45 |
| 1 | Groupe 4 vs 1 | 6 290 | 594,7145 | <.0001 | 0,44 | 0,41 | 0,47 |
| 1 | Groupe 3 vs 1 | 6 975 | 469,0721 | <.0001 | 0,49 | 0,46 | 0,52 |
| 1 | Groupe 2 vs 1 | 21 252 | 355,5426 | <.0001 | 0,61 | 0,58 | 0,64 |
| 1 | Groupe ref=GIR 1 | 12 817 | | | Ref | | |
| 1 | 19-Broncho-pleuro-pneumopathies 1 vs 0 | 4 194 | 21585,8868 | <.0001 | 122,17 | 114,59 | 130,26 |
| 1 | 32-Syndromes digestifs hauts 1 vs 0 | 8 202 | 20623,7726 | <.0001 | 1354,28 | 1227,35 | 1494,34 |
| 1 | 35-Dénutrition 1 vs 0 | 10 599 | 18558,2189 | <.0001 | 2936,78 | 2618,05 | 3294,31 |
| 1 | 20-Insuffisance respiratoire 1 vs 0 | 2 370 | 14250,4555 | <.0001 | 249,20 | 227,61 | 272,83 |
| 1 | 1-Insuffisance cardiaque 1 vs 0 | 5 581 | 12772,9354 | <.0001 | 2643,60 | 2305,94 | 3030,71 |
| 1 | 33-Syndromes abdominaux 1 vs 0 | 1 423 | 9630,3961 | <.0001 | 88,49 | 80,92 | 96,78 |
| 1 | 4-Troubles du rythme 1 vs 0 | 1 591 | 8167,9725 | <.0001 | 613,70 | 533,94 | 705,37 |
| 1 | 43-Etats cancéreux 1 vs 0 | 1 092 | 7355,6836 | <.0001 | 58,94 | 53,70 | 64,70 |
| 1 | 39-Rétention urinaire 1 vs 0 | 1 077 | 6151,6916 | <.0001 | 397,32 | 342,13 | 461,41 |
| 1 | 22-Syndromes infectieux généraux 1 vs 0 | 985 | 5682,5457 | <.0001 | 360,71 | 309,51 | 420,39 |
| 1 | 23-Syndromes infectieux locaux 1 vs 0 | 646 | 4577,8876 | <.0001 | 156,20 | 134,94 | 180,81 |
| 1 | 3-Hypertension artérielle 1 vs 0 | 1 141 | 4292,7919 | <.0001 | 1465,53 | 1178,38 | 1822,64 |
| 1 | 42 Anémies 1 vs 0 | 639 | 4150,2164 | <.0001 | 58,59 | 51,76 | 66,31 |
| 1 | 40-Insuffisance rénale 1 vs 0 | 574 | 3914,2921 | <.0001 | 322,18 | 268,86 | 386,07 |
| 1 | 11-Comitialité focale ou généralisée 1 vs 0 | 534 | 3479,8836 | <.0001 | 386,41 | 317,03 | 470,98 |
| 1 | 44-Hémopathies malignes 1 vs 0 | 341 | 2925,9242 | <.0001 | 189,51 | 156,71 | 229,17 |

Pour toutes les analyse, la référence est le GIR 1.

Cette analyse montre :

- L'association entre le profil T2 et le GIR est maintenue dans l'analyse incluant les pathologies : la présence du profil T2 augmente la probabilité d'être en GIR 1, puis 2, 3, 4, 5, 6.
- Les plus fortes associations qui ressortent sont : la bronchopneumopathie, le syndrome digestif haut, la dénutrition, l'insuffisance respiratoire et cardiaque.

Les associations les moins fortes sont observées avec les pathologies psychiatriques.

Cette analyse révèle la présence de deux populations : d'une part les résidents présentant des problèmes médicaux (respiratoires, digestifs, nutritionnels, cardiaques), caractérisés par la présence d'un profil T2, d'autre part côté les résidents qui présentent un syndrome démentiel ou une pathologie psychiatrique, mais sans profil T2 associé.

**PROFIL P1**

Annexe 3 : P1 – groupes - pathologies

| Variable d'interêt PS_P1-Soins psychiatriques intensifs (ref=0) | Variables explicatives triées par Khi-2 | Effectif | Khi-2 | Pr > khi-2 | OddsRatio |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Groupe 6 vs 1 | 171 | 0,2694 | 60,38% | 0,96 |
| 1 | Groupe 5 vs 1 | 255 | 4,8524 | 2,76% | 0,86 |
| 1 | Groupe 4 vs 1 | 1 406 | 9,3111 | 0,23% | 0,89 |
| 1 | Groupe 3 vs 1 | 1 798 | 0,0207 | 88,57% | 1,01 |
| 1 | Groupe 2 vs 1 | 6 997 | 262,7721 | <.0001 | 1,52 |
| 1 | Ref = GIR 1 | 2 105 | | | Ref |
| 1 | 17-Psychose, délires, hallucination 1 vs 0 | 2 450 | 5543,3532 | <.0001 | 6,69 |
| 1 | 14-Troubles chroniques du comportement 1 vs 0 | 8 885 | 2463,052 | <.0001 | 3,39 |
| 1 | 15-Etats dépressifs 1 vs 0 | 1 100 | 447,6746 | <.0001 | 1,96 |
| 1 | 18-Syndrome démentiel 1 vs 0 | 111 | 325,3222 | <.0001 | 0,46 |
| 1 | 13-Syndrome confusionnel aigu 1 vs 0 | 65 | 191,0078 | <.0001 | 5,69 |
| 1 | 9-Malaises, vertiges, pertes de connaissance, chutes 1 vs 0 | 30 | 164,3669 | <.0001 | 0,49 |
| 1 | 16-Etats anxieux 1 vs 0 | 482 | 12,4854 | 0,0004 | 1,14 |

Pour toutes les analyse, la référence est le GIR 1.

Le profil P1 ne s'applique qu'aux pathologies psychiatriques et au syndrome démentiel et syndrome confusionnel.

Cette analyse montre :

- Une association forte entre le profil P1 et le GIR 2, une association équivalente entre ce profil et les groupes GIR 1 et 3, et une association négative avec les autres groupes.
- Les pathologies les plus fortement associées sont les psychoses, les syndromes confusionnels, et les troubles du comportement.

**PROFIL P2**

Annexe 4 : P2 – groupes - pathologies

| Variable d'interet PS_P2-Soins psychiatriques continus (ref=0) | Variables à expliquer | Effectif | Khi-2 | Pr > khi-2 | OddsRatio | LowerCL | UpperCL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Groupe 6 vs 1 | 4 781 | 188,9601 | <.0001 | 0,80 | 0,69 | 0,92 |
| 1 | Groupe 5 vs 1 | 8 421 | 0,0452 | 0,8316 | 0,93 | 0,83 | 1,04 |
| 1 | Groupe 4 vs 1 | 47 811 | 2,851 | 0,0913 | 0,94 | 0,88 | 1,01 |
| 1 | Groupe 3 vs 1 | 54 306 | 1,5769 | 0,2092 | 0,99 | 0,93 | 1,06 |
| 1 | Groupe 2 vs 1 | 131 746 | 10,1307 | 0,0015 | 0,70 | 0,67 | 0,74 |
| 1 | Ref=GIR 1 | 50 172 | | | Ref | | |
| 1 | 14-Troubles chroniques du comportement1 vs 0 | 184 415 | 23706,375 | <.0001 | 6979,93 | 6236,20 | 7812,35 |
| 1 | 15-Etats dépressifs 1 vs 0 | 47 226 | 21056,229 | <.0001 | 11510,37 | 10144,63 | 13059,97 |
| 1 | 18-Syndrome démentiel 1 vs 0 | 51 280 | 19659,045 | <.0001 | 4751,56 | 4221,23 | 5348,52 |
| 1 | 16-Etats anxieux 1 vs 0 | 39 702 | 18240,306 | <.0001 | 19336,94 | 16756,48 | 22314,77 |
| 1 | 17-Psychose, délires, hallucination 1 vs 0 | 21 919 | 16300,608 | <.0001 | 2305,25 | 2046,90 | 2596,21 |
| 1 | 49-Autres pathologies 1 vs 0 | 153 | 249,5342 | <.0001 | 11,19 | 8,29 | 15,09 |

Pour toutes les analyse, la référence est le GIR 1.

Le profil P2 est moins fréquemment associé au GIR2. Les répartitions dans les autres groupes se fait de façon équivalente.

Il n'y a pas de distribution particulière pour les pathologies psychiatriques.

## 11. Regroupements de profils de soin.

Un résident ou patient peut cumuler plusieurs profils de soins.
Afin de caractériser chacun des GIR en terme de profils de soins, une analyse en composante principale a été réalisée en regroupant l'ensemble des effectifs de résidents d'EHPAD et de patients d'USLD.

### 11.1 Classification en 5 classes de 401 031 résidents sur les 10 profils de soins (hors S1 et S0).

Echantillon étudié **:** 401 031 résidents à partir des coupes pathos de 2015 à 2019 (hors profils de soins Surveillance programmée (S1) et Absence de soins (S0).

Méthode :

- Classification des nuées dynamiques : elle permet de construire par itération une partition en k classes c'est à dire en k-moyennes. Le problème est de diviser en k groupes, souvent appelés clusters (classes). On considère la distance d'un point à la moyenne des points de son cluster. La fonction à minimiser est la somme des carrés de ces distances.
  Avantage : elle permet la classification d'ensemble volumineux.
  Inconvénient : on impose au départ un nombre de classes.
- Nombre maximum de classes = 5 classes
- Variables actives (en nombre de profils de soins par résidents) : T1-Soins techniques importants, T2-Equilibration et surveillance, P1-Soins psychiatriques intensifs, P2-Soins psychiatriques continus, R1-Rééducation fonctionnelle lourde, R2-Rééducation fonctionnelle allégée, CH-Pansements d'opérés – plaies…, DG-Pathologie non diagnostiquée, M1-Accompagnement de fin de vie et M2-Etat crépusculaire.
  Un résident peut avoir plusieurs états pathologiques et donc plusieurs profils de soins.

Résultats de l'analyse de classification :

**La Classe 1 est composée de 3 565 résidents ayant une part importante de profils de soins d'équilibration et surveillance (nombre moyen de T2 = 2.09), et dans une moindre mesure de soins psychiatriques continus (nombre moyen de P2 = 0.55) et dans une moindre mesure de rééducation fonctionnelle allégée (nombre moyen de R2 = 0.28).**
**Les résidents de cette classe ont un niveau de dépendance très élevé : 1 580 sont classés en GIR 2 (soit 44.32%) et 1 111 sont classés en GIR 1 (soit 31.16%).**
**100% des résidents relèvent de Soins Médicaux Techniques Importants.**
**L'âge moyen des résidents appartenant à cette classe est de 85 ans et la médiane est de 87 ans.**

**La Classe 2 est composée de seulement 128 résidents ayant une part importante de profils de soins psychiatriques intensifs (nombre moyen de P1 = 2.12) et dans une moindre mesure de rééducation fonctionnelle allégée (nombre moyen de R2 = 0.18).**
**Les résidents de cette classe ont un niveau de dépendance très élevé : 71 sont classés en GIR 2 (soit 55.47%) et 21 sont classés en GIR 1 (16.41%).**
**100% des résidents relèvent de Soins Médicaux Techniques Importants.**
**L'âge moyen des résidents appartenant à cette classe est de 80 ans et la médiane est de 82 ans.**

**La Classe 3 est composée de 99 940 résidents ayant une part importante de profils de soins de rééducation fonctionnelle allégée (nombre moyen de R2 = 0.55) et dans une moindre mesure en équilibration et surveillance (nombre moyen de T2 = 0.21).**
**Les résidents de cette classe ont un niveau de dépendance plus varié : 36 917 sont classé en GIR 2 (soit 36.94%), 26 211 sont classés en GIR 1 (soit 26.23%), 17 122 sont classés en GIR 4 (soit 17.13%) et 14 738 sont classés en GIR 3 (soit 14.75%).**
**35 338 résidents (soit 35.4%) relèvent de Soins Médicaux Techniques Importants.**
**L'âge moyen des résidents appartenant à cette classe est de 87 ans et la médiane est de 88 ans.**

**La Classe 4 est composée de 101 906 résidents ayant une part importante de profils de soins psychiatriques continus (nombre moyen de P2 = 1.12) et de rééducation fonctionnelle allégée (nombre moyen de R2 = 1.05).**
**Les résidents de cette classe sont classés essentiellement en GIR 2 (soit 48.76%), GIR 3 (soit 20.09%) et GIR 4 (soit 15.48%).**
**9 052 résidents (soit 8.88%) relèvent de Soins Médicaux Techniques Importants.**
**L'âge moyen des résidents appartenant à cette classe est de 86 ans et la médiane est de 88 ans.**

**La Classe 5 est composée de 195 492 résidents ayant tous et quasi-uniquement le profil de soins psychiatriques continus (nombre moyen de P2=1.14).**
**Les résidents de cette classe ont des résidents classés essentiellement en GIR 2 (soit 41.98%), GIR 1 (soit 18.86%), GIR 3 (soit 17.38%) et GIR 4 (soit 16.50%).**
**21 073 des résidents (soit 10.78%) ont des Soins Médicaux Techniques Importants.**
**L'âge moyen des résidents appartenant à cette classe est de 86 ans et la médiane est de 87 ans.**

### 11.2. Synthèse des classes.

| Classe | Fréquence | Ecart type RMS | Distance max. de la valeur initiale à l'obs. | Cluster le + proche | Distance entre centroïdes des clusters |
|---|---|---|---|---|---|
| **Classe 1** | 3 565 | 0.3149 | 4.4879 | **Classe** 3 | 1.9876 |
| **Classe 2** | 128 | 0.4493 | 3.8199 | **Classe** 3 | 2.0668 |
| **Classe 3** | 99 940 | 0.2886 | 3.9591 | **Classe** 4 | 1.2470 |
| **Classe 4** | 101 906 | 0.1922 | 4.3122 | **Classe** 5 | 1.0507 |
| **Classe 5** | 195 492 | 0.1786 | 4.9357 | **Classe** 4 | 1.0507 |

### 11.3. Moyennes du nombre de profils de soins par classe.

| Profils de soins | Numéro de classe | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 |
| Nombre moyen de PS T1 - Soins techniques important | 0.00 | 0.24 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Nombre moyen de PS T2 - Equilibration et surveillance | 2.09 | 0.12 | 0.21 | 0.08 | 0.09 |
| Nombre moyen de PS P1 - Soins psychiatriques intensifs | 0.03 | 2.12 | 0.11 | 0.00 | 0.01 |
| Nombre moyen de PS P2 - Soins psychiatriques continus | 0.55 | 0.08 | 0.00 | 1.12 | 1.14 |
| Nombre moyen de PS CH - Pansements d'opérés – plaies... | 0.15 | 0.04 | 0.11 | 0.04 | 0.04 |
| Nombre moyen de PS DG - Pathologie non diagnostiquée | 0.05 | 0.05 | 0.08 | 0.03 | 0.03 |
| Nombre moyen de PS R1 - Rééducation fonctionnelle lourde | 0.05 | 0.13 | 0.04 | 0.01 | 0.02 |
| Nombre moyen de PS R2 - Rééducation fonctionnelle allégée | 0.28 | 0.18 | 0.55 | 1.05 | 0.00 |
| Nombre moyen de PS M1 - Accompagnement de fin de vie | 0.00 | 0.00 | 0.03 | 0.00 | 0.00 |
| Nombre moyen de PS M2 - Etat crépusculaire | 0.00 | 0.01 | 0.09 | 0.00 | 0.00 |


| Profils de soins | Numéro de classe | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 |
| Nombre moyen de PS T1 - Soins techniques important | 0.00 | 0.24 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Nombre moyen de PS T2 - Equilibration et surveillance | 2.09 | 0.12 | 0.21 | 0.08 | 0.09 |
| Nombre moyen de PS P1 - Soins psychiatriques intensifs | 0.03 | 2.12 | 0.11 | 0.00 | 0.01 |
| Nombre moyen de PS P2 - Soins psychiatriques continus | 0.55 | 0.08 | 0.00 | 1.12 | 1.14 |
| Nombre moyen de PS CH - Pansements d'opérés – plaies... | 0.15 | 0.04 | 0.11 | 0.04 | 0.04 |
| Nombre moyen de PS DG - Pathologie non diagnostiquée | 0.05 | 0.05 | 0.08 | 0.03 | 0.03 |
| Nombre moyen de PS R1 - Rééducation fonctionnelle lourde | 0.05 | 0.13 | 0.04 | 0.01 | 0.02 |
| Nombre moyen de PS R2 - Rééducation fonctionnelle allégée | 0.28 | 0.18 | 0.55 | 1.05 | 0.00 |
| Nombre moyen de PS M1 - Accompagnement de fin de vie | 0.00 | 0.00 | 0.03 | 0.00 | 0.00 |
| Nombre moyen de PS M2 - Etat crépusculaire | 0.00 | 0.01 | 0.09 | 0.00 | 0.00 |

### 11.4. Répartition du nombre de profils de soins (en nombre et %) par classe (plusieurs profils de soins par résidents).

| Profils de soins | | Numéro de classe | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 |
| Nombre de PS T1<br>Soins techniques important | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 12<br>0.17% | 20<br>9.09% | 184<br>0.15% | 20<br>0.01% | 84<br>0.04% |
| Nombre de PS T2<br>Equilibration et surveillance | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 3 565<br>49.25% | 14<br>6.36% | 20 549<br>17.11% | 7 875<br>3.60% | 17 001<br>7.31% |
| Nombre de PS P1<br>Soins psychiatriques intensifs | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 110<br>1.52% | 126<br>57.27% | 10 643<br>8.86% | 452<br>0.21% | 1 401<br>0.60% |
| Nombre de PS P2<br>Soins psychiatriques continus | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 1 719<br>23.75% | 10<br>4.55% | 0<br>0.00% | 100 016<br>45.71% | 195 492<br>84.10% |
| Nombre de PS CH<br>Pansements d'opérés – plaies... | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 527<br>7.28% | 5<br>2.27% | 11 057<br>9.21% | 4 299<br>1.96% | 7 618<br>3.28% |
| Nombre de PS DG<br>Pathologie non diagnostiquée | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 179<br>2.47% | 6<br>2.73% | 7 372<br>6.14% | 3087<br>1.41% | 6 111<br>2.63% |
| Nombre de PS R1<br>Rééducation fonctionnelle lourde | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 160<br>2.21% | 15<br>6.82% | 4 248<br>3.54% | 1 115<br>0.51% | 4 149<br>1.78% |
| Nombre de PS R2<br>Rééducation fonctionnelle allégée | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 952<br>13.15% | 23<br>10.45% | 54 832<br>45.65% | 101 906<br>46.57% | 45<br>0.02% |
| Nombre de PS M1<br>Accompagnement de fin de vie | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 4<br>0.06% | 0<br>0.00% | 2 527<br>2.10% | 10<br>0.00% | 89<br>0.04% |
| Nombre de PS M2<br>Etat crépusculaire | *Fréquence*<br>*Pourcentage* | 11<br>0.15% | 1<br>0.45% | 8 698<br>7.24% | 25<br>0.01% | 459<br>0.20% |
| **Total en nombre de profils de soins** | ***Fréquence***<br>***Pourcentage*** | **7 239**<br>**100.00%** | **220**<br>**100.00%** | **120 110**<br>**100.00%** | **218 805**<br>**100.00%** | **232 449**<br>**100.00%** |

### 11.5. Répartition des GIR (en nombre et %) par classe.

| Groupe GIR | | Numéro de classe | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 |
| GIR 1 | Fréquence<br>Pourcentage | 1 111<br>31.16% | 21<br>16.41% | 26 211<br>26.23% | 13 018<br>12.77% | 36 868<br>18.86% |
| GIR 2 | Fréquence<br>Pourcentage | 1 580<br>44.32% | 71<br>55.47% | 36 917<br>36.94% | 49 692<br>48.76% | 82 074<br>41.98% |
| GIR 3 | Fréquence<br>Pourcentage | 427<br>11.98% | 13<br>10.16% | 14 738<br>14.75% | 20 474<br>20.09% | 33 980<br>17.38% |
| GIR 4 | Fréquence<br>Pourcentage | 342<br>9.59% | 12<br>9.38% | 17 122<br>17.13% | 15 775<br>15.48% | 32 260<br>16.50% |
| GIR 5 | Fréquence<br>Pourcentage | 56<br>1.57% | 3<br>2.34% | 3 123<br>3.12% | 1 911<br>1.88% | 6 546<br>3.35% |
| GIR 6 | Fréquence<br>Pourcentage | 49<br>1.37% | 8<br>6.25% | 1 829<br>1.83% | 1 036<br>1.02% | 3 764<br>1.95% |
| **Total** | **Fréquence**<br>**Pourcentage** | **3 565**<br>**100%** | **128**<br>**100%** | **99 940**<br>**100%** | **101 906**<br>**100%** | **195 492**<br>**100%** |

### 11.6. Age moyen des résidents et dispersion par classe.

| Numéro de classe | Nombre de structures | Moyenne | Premier décile (D1) | Médiane | Neuvième décile (D9) |
|---|---|---|---|---|---|
| Classe 1 | 3 565 | **85** | 72 | **87** | 95 |
| Classe 2 | 128 | **80** | 63 | **82** | 96 |
| Classe 3 | 99 940 | **87** | 75 | **88** | 96 |
| Classe 4 | 102 000 | **86** | 75 | **88** | 95 |
| Classe 5 | 195 000 | **86** | 73 | **87** | 95 |

### 11.7. Répartition des Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI) (en nombre et %) par classe et total.

| Groupe GIR | | Numéro de classe | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 | |
| SMTI | Fréquence | 3 565 | 128 | 35 338 | 9 052 | 21 073 | **69 156** |
| | Pourcentage ligne | 5.16% | 0.19% | 51.10% | 13.09% | 30.47% | **100.00%** |
| | Pourcentage colonne | 100.00% | 100.00% | 35.36% | 8.88% | 10.78% | **17.24%** |
| ***Total des résidents*** | ***Fréquence*** | **3 565** | **128** | **99 940** | **101 906** | **195 492** | **401 031** |
| | ***Pourcentage*** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** |

### 11.8. Répartition des résidents par catégorie EHPAD et USLD (en nombre et %) par classe.

| Catégorie | | Numéro de classe | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 | |
| EHPAD | Fréquence | 3 003 | 114 | 97 557 | 100 748 | 192 184 | **393 606** |
| | Pourcentage en ligne | 0.76% | 0.03% | 24.79% | 25.60% | 48.83% | **100.00%** |
| | Pourcentage en colonne | 84.24% | 89.06% | 97.62% | 98.86% | 98.31% | **98.15%** |
| ESLD | Fréquence | 562 | 14 | 2 383 | 1 158 | 3 308 | **7 425** |
| | Pourcentage en ligne | 7.57% | 0.19% | 32.09% | 15.60% | 44.55% | **100.00%** |
| | Pourcentage en colonne | 15.76% | 10.94% | 2.38% | 1.14% | 1.69% | **1.85%** |

### 11.9. Classification en 5 classes de 401 031 résidents sur les 10 profils de soins (hors S1 et S0) : répartition selon la classe d'âge.

| Classe d'âge | | Numéro de classe | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | Classe 5 |
| 01-Moins de 60 ans | Fréquence | 34 | 7 | 333 | 325 | 747 |
| | Pourcentage en ligne | 2.4% | 0.5% | 23.0% | 22.5% | 51.7% |
| | Pourcentage en colonne | 1.0% | 5.5% | 0.3% | 0.3% | 0.4% |
| 02-Entre 60 et 70 ans | Fréquence | 249 | 21 | 4 705 | 5 103 | 12 849 |
| | Pourcentage en ligne | 1.1% | 0.1% | 20.5% | 22.3% | 56.0% |
| | Pourcentage en colonne | 7.0% | 16.4% | 4.7% | 5.0% | 6.6% |
| 03-Entre 70 et 80 ans | Fréquence | 530 | 26 | 10 918 | 12 533 | 25 204 |
| | Pourcentage en ligne | 1.1% | 0.1% | 22.2% | 25.5% | 51.2% |
| | Pourcentage en colonne | 14.9% | 20.3% | 10.9% | 12.3% | 12.9% |
| 04-Plus de 80 ans | Fréquence | 2 752 | 74 | 83 984 | 83 945 | 156 692 |
| | Pourcentage en ligne | 0.8% | 0.0% | 25.6% | 25.6% | 47.9% |
| | Pourcentage en colonne | 77.2% | 57.8% | 84.0% | 82.4% | 80.2% |
| **Total** | **Fréquence** | **3 565** | **128** | **99 940** | **101 906** | **195 492** |

### 12. Analyse en Composantes Principales et Classification Ascendante Hiérarchique sur 5 743 structures (USLD et EHPAD) et les 10 Profils de soins (en % de résidents par structure).

Méthode :

- L'Analyse en Composante Principale :

Le but de l'analyse en composante principale est de représenter les établissements sur un minimum d'axes (donc en retenant les variables les plus significatives), tout en conservant le maximum d'informations contenues dans ces variables.

- La Classification Ascendante Hiérarchique :

Elle permet de regrouper les établissements en un nombre restreint de classes homogènes.
La méthode de classification utilisée est la méthode WARD qui maximise l'inertie interclasse (les classes doivent être très différentes les unes des autres) et minimise l'inertie intra-classe (les établissements d'une même classe doivent être le plus semblable possible).

### 12.1. Observation d'individus extrêmes et moyennes échantillon

Ce jeu de données contient 5 743 EHPAD et 10 variables actives (Part_T1, Part_T2, Part_P1, Part_P2, Part_CH, Part_DG, Part_R1, Part_R2, Part_M1 et Part_M2.

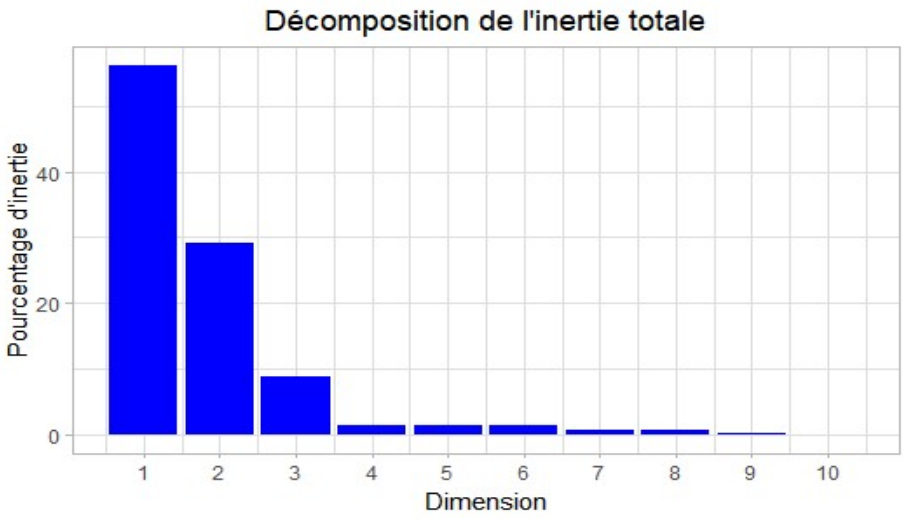
| Profils de soins | Total Echantillon structures |
|---|---|
| Nombre de structures | **5 743** |
| Part (en %) de T1 | **0.08%** |
| Part (en %) de T2 | **10.79%** |
| Part (en %) de P1 | **2.52%** |
| Part (en %) de P2 | **68.24%** |
| Part (en %) de CH | **4.87%** |
| Part (en %) de DG | **3.40%** |
| Part (en %) de R1 | **2.03%** |
| Part (en %) de R2 | **33.35%** |
| Part (en %) de M1 | **0.55%** |
| Part (en %) de M2 | **1.88%** |

**Matrice de corrélation.**

| Matrice de corrélation | Part_T1 | Part_T2 | Part_P1 | Part_P2 | Part_CH | Part_DG | Part_R1 | Part_R2 | Part_M1 | Part_M2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Part_T1 | 1.00 | 0.16 | 0.18 | -0.07 | 0.07 | 0.14 | 0.19 | -0.05 | 0.01 | -0.02 |
| Part_T2 | 0.16 | 1.00 | 0.14 | -0.12 | 0.19 | 0.16 | 0.07 | -0.14 | 0.20 | 0.02 |
| Part_P1 | 0.18 | 0.14 | 1.00 | 0.00 | 0.00 | 0.06 | 0.03 | -0.10 | 0.08 | 0.04 |
| Part_P2 | -0.07 | -0.12 | 0.00 | 1.00 | -0.04 | -0.13 | 0.01 | 0.22 | -0.05 | -0.05 |
| Part_CH | 0.07 | 0.19 | 0.00 | -0.04 | 1.00 | 0.01 | 0.05 | 0.05 | 0.13 | 0.06 |
| Part_DG | 0.14 | 0.16 | 0.06 | -0.13 | 0.01 | 1.00 | 0.04 | -0.10 | 0.00 | -0.03 |
| Part_R1 | 0.19 | 0.07 | 0.03 | 0.01 | 0.05 | 0.04 | 1.00 | 0.12 | 0.05 | -0.03 |
| Part_R2 | -0.05 | -0.14 | -0.10 | 0.22 | 0.05 | -0.10 | 0.12 | 1.00 | -0.01 | -0.04 |
| Part_M1 | 0.01 | 0.20 | 0.08 | -0.05 | 0.13 | 0.00 | 0.05 | -0.01 | 1.00 | 0.14 |
| Part_M2 | -0.02 | 0.02 | 0.04 | -0.05 | 0.06 | -0.03 | -0.03 | -0.04 | 0.14 | 1.00 |

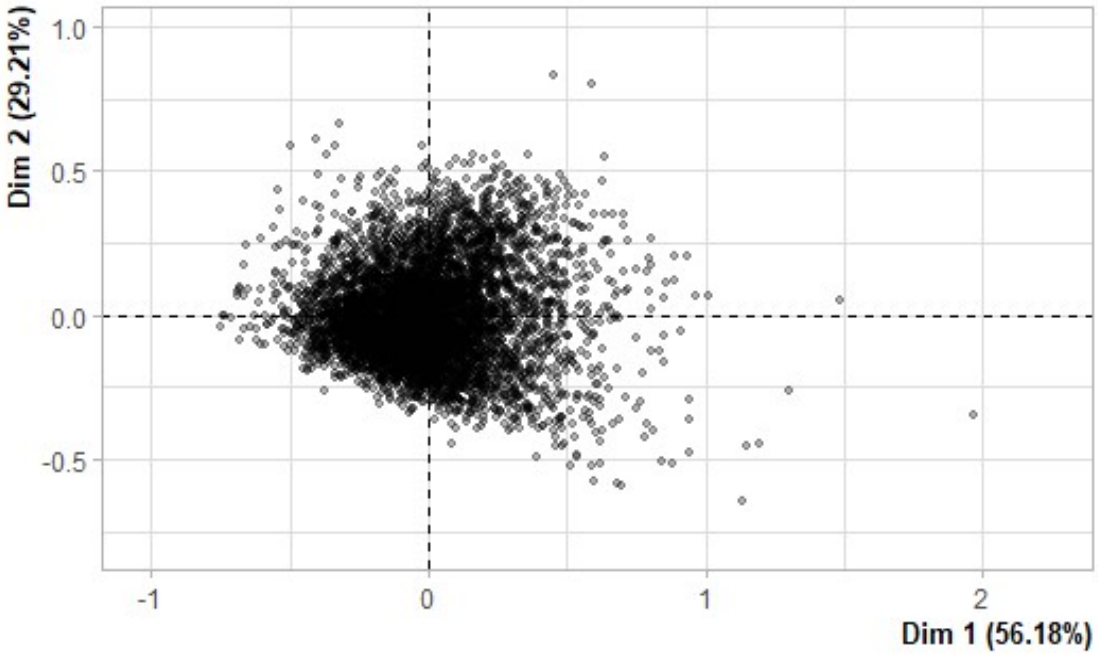
### 12.2. Distribution de l'inertie.

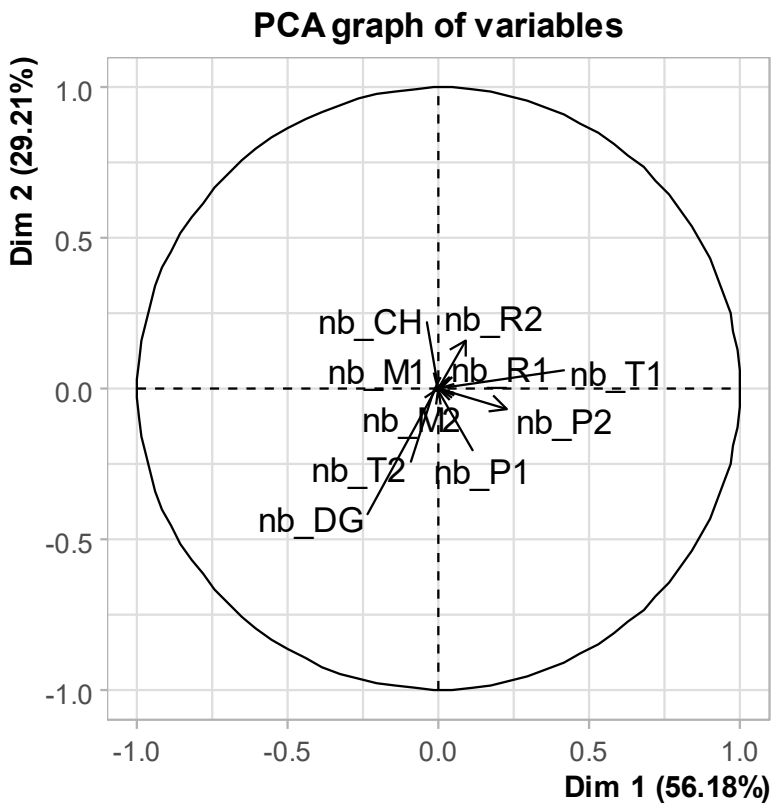
L'inertie des axes factoriels indique d'une part si les variables sont structurées et suggère d'autre part le nombre judicieux de composantes principales à étudier.
**Les 2 premiers axes de l'analyse expriment 85.39%** de l'inertie totale du jeu de données ; cela signifie que 85.39% de la variabilité totale du nuage des individus (ou des variables) est représentée dans ce plan. C'est un pourcentage élevé, et le premier plan représente donc bien la variabilité contenue dans une très large part du jeu de données actif. Cette valeur est nettement supérieure à la valeur référence de **21.48%**, la variabilité expliquée par ce plan est donc hautement significative. Du fait de ces observations, il n'est probablement pas nécessaire pour l'analyse d'interpréter les dimensions suivantes.



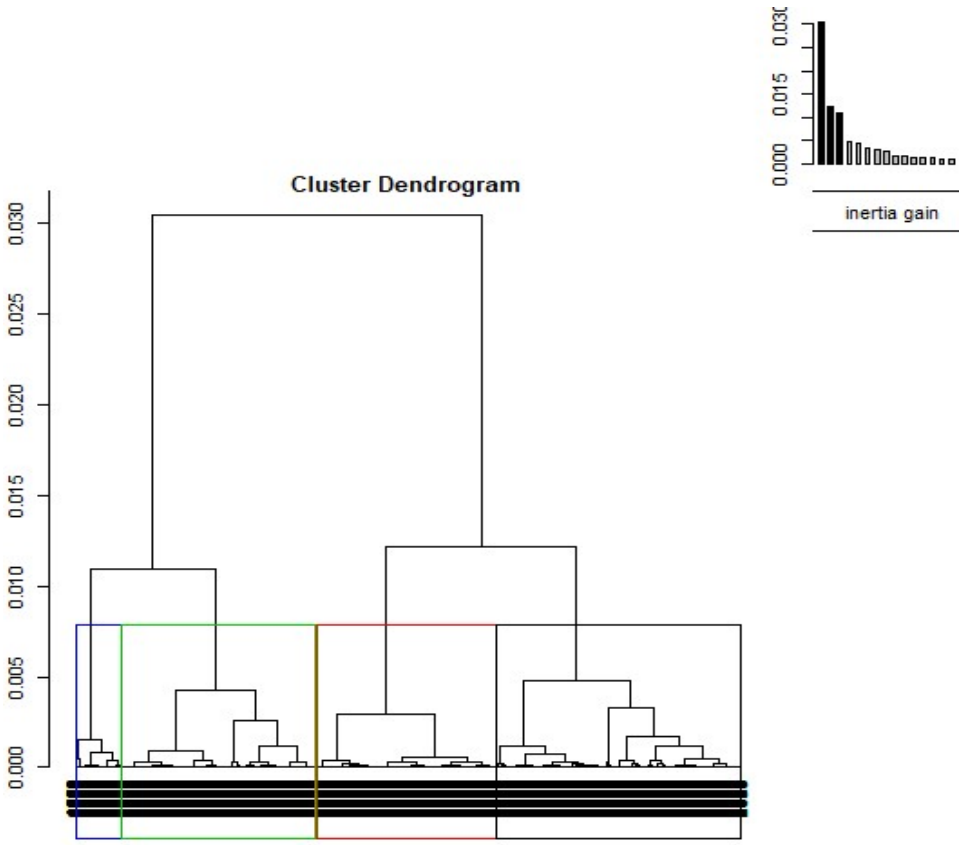

### 12.3. Description du plan 1 : 2.

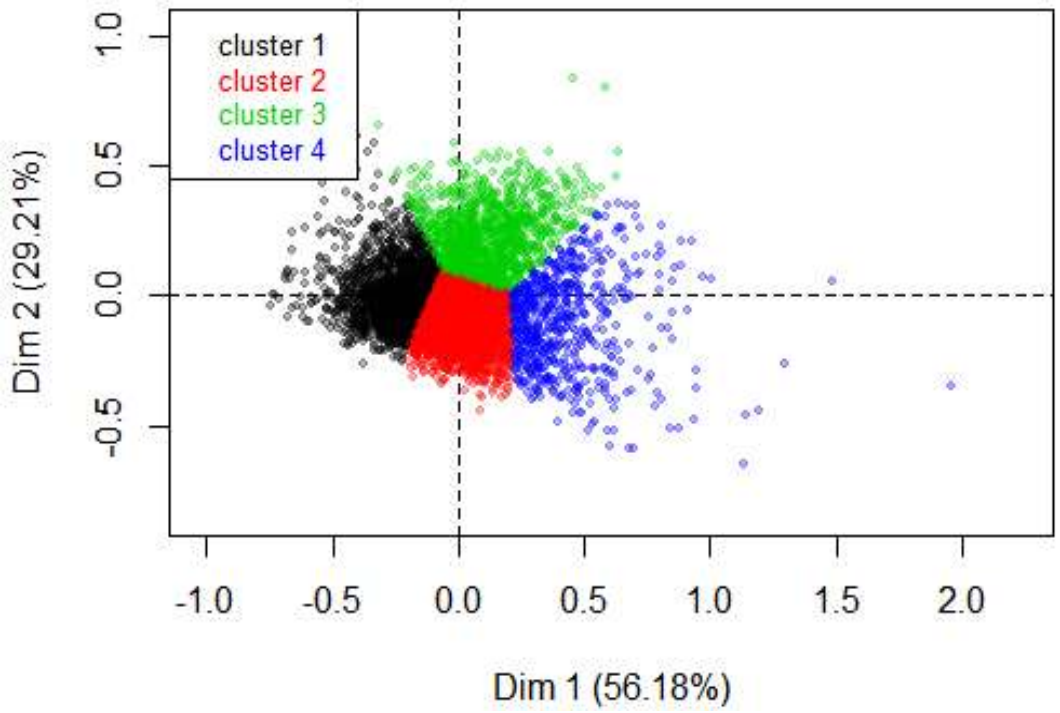
Les 2 premiers axes de l'analyse expriment **85.39%** de l'inertie totale du jeu de données.






**12.4. Classification en 4 classes.**






**La classification réalisée sur les individus fait apparaître 4 classes.**

La **classe 1** est composé d'individus partageant :
- de fortes valeurs pour les variables *Part_T2*, *Part_DG*, *Part_T1*, *Part_P1* et *Part_M1* (de la plus extrême à la moins extrême).
- de faibles valeurs pour les variables *Part_P2*, *Part_R2* et *Part_R1* (de la plus extrême à la moins extrême).
- Cette classe est constituée de 1 737 structures (1 657 EHPAD et 80 ESLD)

La **classe 2** est composé d'individus partageant :
- de fortes valeurs pour la variable *Part_P2*.
- de faibles valeurs pour les variables *Part_R2*, *Part_R1*, *Part_CH* et *Part_M1* (de la plus extrême à la moins extrême).
- Cette classe est constituée de 2 106 structures (2 052 EHPAD et 54 ESLD)

La **classe 3** est composé d'individus partageant :
- de fortes valeurs pour les variables *Part_R2*, *Part_R1*, *Part_P2*, *Part_CH* et *Part_M1* (de la plus extrême à la moins extrême).
- de faibles valeurs pour les variables *Part_T2*, *Part_DG*, *Part_P1* et *Part_T1* (de la plus extrême à la moins extrême).
- Cette classe est constituée de 1 248 structures (1 237 EHPAD et 11 ESLD)

La **classe 4** est composé d'individus partageant :
- de fortes valeurs pour les variables *Part_P2* et *Part_R2* (de la plus extrême à la moins extrême).
- de faibles valeurs pour les variables *Part_M2*, *Part_T2*, *Part_DG*, *Part_M1* et *Part_CH* (de la plus extrême à la moins extrême).
- Cette classe est constituée de 652 structures (640 EHPAD et 12 ESLD).

| Profils de soins | Numéro de classe | | | | Total Echantillon structures |
|---|---|---|---|---|---|
| | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | |
| Nombre de structures | 1 737 | 2 106 | 1 248 | 652 | **5 743** |
| **Variables actives** | | | | | |
| Part (en % de résidents) de T1 | 0.16% | 0.07% | 0.02% | 0.03% | **0.08%** |
| Part (en % de résidents) de T2 | 12.74% | 11.10% | 8.45% | 9.01% | **10.79%** |
| Part (en % de résidents) de P1 | 2.75% | 2.60% | 2.04% | 2.61% | **2.52%** |
| Part (en % de résidents) de P2 | 44.08% | 73.31% | 70.93% | 111.04% | **68.24%** |
| Part (en % de résidents) de CH | 4.97% | 4.68% | 5.19% | 4.56% | **4.87%** |
| Part (en % de résidents) de DG | 4.16% | 3.34% | 2.70% | 2.94% | **3.40%** |
| Part (en % de résidents) de R1 | 1.89% | 1.89% | 2.39% | 2.15% | **2.03%** |
| Part (en % de résidents) de R2 | 24.92% | 23.72% | 58.09% | 39.54% | **33.35%** |
| Part (en % de résidents) de M1 | 0.62% | 0.51% | 0.62% | 0.43% | **0.55%** |
| Part (en % de résidents) de M2 | 1.93% | 1.96% | 1.91% | 1.39% | **1.88%** |
| **Variable illustrative** | | | | | |
| GIR 1 (en % de résidents) | 20.7% | 20.8% | 19.7% | 19.9% | **20.4%** |
| GIR 2 (en % de résidents) | 36.9% | 38.9% | 41.3% | 40.9% | **39.0%** |
| GIR 3 (en % de résidents) | 15.9% | 16.9% | 17.3% | 17.5% | **16.8%** |
| GIR 4 (en % de résidents) | 18.9% | 17.4% | 16.7% | 16.9% | **17.6%** |
| GIR 5 (en % de résidents) | 4.5% | 3.7% | 3.0% | 3.1% | **3.8%** |
| GIR 6 (en % de résidents) | 3.1% | 2.2% | 2.1% | 1.7% | **2.4%** |
| SMTI (en % de résidents) | 15.9% | 14.2% | 11.8% | 12.3% | **14.0%** |
| Age moyen | 86 | 86 | 87 | 86 | **86** |

| Catégorie et statut juridique | Numéro de classe | | | | Total Echantillon structures |
|---|---|---|---|---|---|
| | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 | Classe 4 | |
| **EHPAD** | **1 657** | **2 052** | **1 237** | **640** | **5 586** |
| 1-Public | 870 | 910 | 360 | 260 | 2 400 |
| 2-Privé non lucratif | 497 | 669 | 373 | 242 | 1 781 |
| 3-Privé commercial | 290 | 473 | 504 | 138 | 1 405 |
| **ESLD** | **80** | **54** | **11** | **12** | **157** |
| 1-Public | 66 | 49 | 9 | 11 | 135 |
| 2-Privé non lucratif | 14 | 5 | 1 | 1 | 21 |
| 3-Privé commercial | | | 1 | | 1 |
| **Total général** | **1 737** | **2 106** | **1 248** | **652** | **5 743** |

**Taux d'hospitalisation par classe et par option tarifaire (source CNAMTS)**

| Catégorie | Option tarifaire | Numéro Classe | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Classe1 | | Classe 2 | | Classe 3 | | Classe 4 | |
| | | Nb EHPAD | Taux hospitalisation | Nb EHPAD | Taux hospitalisation | Nb EHPAD | Taux hospitalisation | Nb EHPAD | Taux hospitalisation |
| EHPAD | TG avec PUI | 300 | 1.11% | 286 | 1.25% | 84 | 1.09% | 76 | 1.07% |
| EHPAD | TG sans PUI | 214 | 1.50% | 309 | 1.17% | 133 | 1.28% | 97 | 1.16% |
| EHPAD | TP avec PUI | 36 | 1.56% | 38 | 1.16% | 24 | 1.38% | 14 | 1.46% |
| EHPAD | TP sans PUI | 1 073 | 1.37% | 1 378 | 1.36% | 912 | 1.38% | 436 | 1.38% |
| **EHPAD** | **Total** | **1 623** | **1.33%** | **2 011** | **1.31%** | **1 153** | **1.34%** | **623** | **1.30%** |

(*) Taux d'hospitalisation = somme (journées d'hospitalisation) / somme (journées EHPAD) par classe – source CNAMTS

# ANNEXE B

# QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE

## 1- Evolution de la PRISE en SOIN : reconversion des USLD en soins prolongés complexes

1-1. Au regard des données issues de l'étude ci-jointe et des scenarii exposés, **est-il selon vous pertinent de transformer les unités de soins de longue durée (SLD) en unités de soins prolongés complexes (SPC) relevant d'un financement exclusivement sanitaire** à l'instar des unités actuellement dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (Cf. circulaire 3 mai 2002) ? Actuellement, les profils de patients gériatriques sont très majoritaires, ces unités de SPC seraient ouvertes à des patients adultes de tous âges.

OUI – NON
Commentaires :

1-2. Dans l'affirmative, **quelles indications (patients, pathologies, profils de soins)** considériez-vous comme pertinentes pour l'admission en unités de soins prolongés complexes ? Pensez-vous utile des spécialisations spécifiques dans les champs ci-dessous ? Développez.

1-2-1 : indications issues du champ du handicap (résidents de FAM, de MAS ou d'autres unités…). Précisez bien la catégorie de handicap concerné.
1-2-2 : indications issues de la neurologie
1-2-3 : indications issues de la médecine physique et de réadaptation (MPR) ou plus largement des Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR).
1-2-4 : indications issues de la psychiatrie (troubles mentaux)
1-2-5 : autres indications

1-3. Dans l'hypothèse d'une reconversion des SLD, **considérez-vous que les patients d'UHR** :

1-3-1 : relèveraient d'unités de soins prolongés complexes : OUI – NON
1-3-2 : pourraient relever du secteur médico-social (EHPAD) : OUI – NON

1-4. Toujours dans cette hypothèse, **de quelles structures actuellement en place seraient issus les patients accueillis au sein de ces unités de soins prolongés complexes** ? Développez.

1-5. Dans l'affirmative, **à combien estimez-vous les besoins nationaux en nombre de lits de telles unités de soins prolongés complexes** ?

1-6. Si vous représentez une spécialité médicale ou un type de prise en charge spécifique dans le champ du **handicap, à combien estimez-vous les besoins nationaux en nombre de lits de telles unités** ?

- A 5 ans :
- A 10 ans :
- A 15 ans :

1-7. Selon vous, quelle serait la maille géographique la plus pertinente ces unités de soins prolongés complexes :

- Infra-départementale (proximité) :
- Départementale :
- Régionale :

***NB : Référence à la circulaire d 10 mai 20O7 relative aux USLD (annexe 2)***

**5- Implantation géographique**

L'implantation des USLD sur le territoire régional doit assurer un maillage permettant aux USLD de remplir leur rôle d'aval au sein de la filière gériatrique tout en respectant le souci de proximité afin que les familles et les proches puissent avoir accès à ces structures dans des délais de transport raisonnables.

## 2- Evolution de la PRISE en SOIN : adaptation/médicalisation des EHPAD

2-1. Au regard des données issues de l'étude ci-jointe et des scenarii exposés, **est-il selon vous pertinent de tenir compte des profils de résidents en EHPAD** dans l'optique :
- d'une sectorisation au sein de l'établissement : développez.
- d'une spécialisation des prises en soin au sein d'établissements dédiés : développez.

2-2. Pensez-vous utile l'identification spécifique **d'EHPAD dédiés aux résidents relevant de la dépendance cognitive et comportementale** qui représentent une population importante (66 % des résidents en EHPAD présentent des troubles neurocognitifs majeurs de type Alzheimer ou apparenté), et ont des besoins très ciblés de projets de vie intégrant une vision humaine et non médicamenteuse impliquant une modification culturelle de la prise en soin ? Développez.

2-3. **A quelles conditions les EHPAD devraient-ils répondre pour intégrer des profils de soins médicaux de patients relevant aujourd'hui d'USLD** (catégories de personnel, ratio RH, taux d'encadrement, temps médical, équipements…) ? Développez.

2-4. **Quels leviers peuvent-ils être mis en œuvre pour parvenir à une meilleure médicalisation des EHPAD** (généralisation du tarif global, présence d'une PUI, contractualisation avec une officine pour la gestion de médicaments) ? Développez.

2-5. Dans ces perspectives, **l'évolution de l'EHPAD vers un rôle de « centre de ressources »** mettant à disposition professionnels de santé, équipements et organisation logistique (téléconsultation…) au service des personnes âgées dépendantes à domicile vous apparaitrait-elle pertinente ? Développez.

## 3- Evolution des RESSOURCES HUMAINES non médicales en EHPAD

***NB : Référence à la circulaire d 10 mai 20O7 relative aux USLD (annexe 2)***

- Personnel médical et non médical

Une présence infirmière et aide soignante doit être assurée 24h sur 24. Une permanence médicale sous forme de garde médicale ou astreinte est également organisée.

En tout état de cause, il est recommandé qu'une USLD redéfinie prenant en charge des patients requérant des soins médico-techniques importants tende vers un taux d'encadrement compatible avec la lourdeur des patients pris en charge, soit un taux d'encadrement (infirmier, aide soignant, agent hospitalier, personnel paramédical, personnel médical) de l'ordre de 1,1 équivalent temps plein par lit recouvrant :

- 0,5 équivalent temps plein de personnel médical pour environ 30 lits,
- 0,8 équivalent temps plein de personnel soignant (infirmier, aide soignant, agent hospitalier) par lit,
- du temps de kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, podologue, psychologue, diététicienne et assistante sociale.

Ces indicateurs ne constituent cependant pas des normes d'encadrement.

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques.

**Au regard des profils de soins des résidents d'EHPAD constatés sur les 5 dernières années et de l'accroissement du degré de dépendance moyen observé sur cette même période** :

3.1. Considérez-vous comme nécessaire d'accroitre les ratios en AS ? : OUI - NON

3.2. Considérez-vous comme nécessaire d'accroitre les ratios en IDE ? : OUI - NON

3.3. Considérez-vous comme nécessaire d'accroître les rations en AMP ? : OUI - NON

3.4. Considérez-vous comme nécessaire d'instaurer le principe d'une permanence IDE de nuit ?

OUI - NON

3.5. Ou considérez-vous que la généralisation d'astreintes IDE mutualisées entre plusieurs EHPAD est une mesure suffisante et adaptée.

OUI – NON

3.6. **Validez-vous le principe d'une dotation des EHPAD selon les ratios soignants minimaux suivants** :

*Ces seuils minimums sont définis sur la base du GIR Moyen Pondéré (GMP) National et du Pathos Moyen Pondéré (PMP) National, dans un EHPAD de 80 à 90 places, sans tenir compte des dotations spécifiques liées à des activités supplémentaires comme un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) ou la permanence des soins :*

- 7 ETP Infirmiers (dont 1 IDEC)
- 26 ETP d'Aides-soignants (dont 20 % d'ASG)
- 1 ETP Psychologue
- 1 ETP Ergothérapeute
- 0,5 ETP Psychomotricien

- 0,5 ETP Kinésithérapeute
- 0,5 ETP Enseignant en Activité Physiques Adaptées (EAPA)
- 18 ETP Agents des Services Hospitaliers (ASH)

Commentaires libres :

3.7. La fonction d'IDEC/IDER demande qu'un cadre réglementaire soit fixé pour poser l'obligation pour un EHPAD de disposer d'un temps d'IDEC/IDER, pour officialiser les missions de l'IDEC en EHPAD et pour inscrire un niveau de formation minimale. **Est-ce opportun** ? Développez.

## 4- Evolution des RESSOURCES HUMAINES médicales en EHPAD

Au regard des profils de soins des résidents d'EHPAD constatés sur les 5 dernières années (Cf. données mentionnées dans l'étude jointe), de l'accroissement du degré de dépendance moyen observé sur cette même période, des taux de recours à l'hospitalisation ou à la HAD et des leçons tirées de la crise sanitaire liée à la COVID :

4.1. **Le modèle actuel de l'EHPAD apparaît-il encore pertinent pour répondre à une prise en soins adaptée des personnes âgées dépendantes ?** Développez.

4.2. **Le modèle actuel s'appuyant sur l'intervention des médecins traitants et la présence d'une fonction de médecin coordonnateur vous semble-t-il encore adapté ?**

OUI – NON
Commentaires :

4.3. **Dans la négative, est-il souhaitable de recourir à un temps médical exclusivement dédié à l'EHPAD sous la forme d'une fonction médicale salariée ?**

OUI - NON
Commentaires :

4.4. Dans cette hypothèse, **quel ratio en temps médical devrait être retenu ?** (NB : pour les USLD, les recommandations sont de 0.5 ETP pour 30 lits).

- Pour un EHPAD de moins de 50 places : ETP
- Pour un EHPAD de 50 à 100 places : ETP
- Pour un EHPAD de plus de 100 places : ETP

4.5. Dans cette hypothèse, **le principe d'une permanence médicale basée sur la mutualisation de temps médicaux inter-établissements vous semble-t-elle envisageable ?**

OUI - NON
Commentaires :

4.6. Dans l'hypothèse d'un maintien de l'organisation médicale actuelle impliquant les médecins traitants, **quelles évolutions vous semblent-elles indispensables afin de palier l'insuffisance (de) ou le manque de disponibilité des médecins traitants au sein de certains territoires** ?

Commentaires :

## 5- Evolution des EHPAD au regard des appuis de l'offre SANITAIRE

La crise sanitaire a confirmé l'importance pour les EHPAD de pouvoir recourir à un appui de l'offre sanitaire de proximité (facilitation de l'accès à l'HAD, équipes opérationnelles d'hygiène, astreintes et filières gériatriques hospitalières, équipes mobiles de gériatrie, équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile de géronto- ou psycho-gériatrie…).

**5.1. Parmi l'ensemble des solutions d'appui sanitaire déployées en EHPAD, lesquelles ont été les plus opérantes pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes ?**

Commentaires :

5.2. Selon vous, **cette offre complète et optimisée est-elle de nature à étayer/conforter assurer les réponses adaptées et nécessaires l'EHPAD dans les 5 ans – 10 ans à venir**.

OUI – NON

5.3. **Ou considérez- vous qu'une telle offre, même complète et optimisée, n'est pas suffisante pour répondre aux besoins médicaux et profils de soins actuels et futurs** qui justifient par conséquent une organisation médicale révisée s'appuyant sur une fonction médicale salariée dédiée (Cf. point 4.2).

OUI - NON
Commentaires :

## 6 - Evolution des fonctions managériales au sein de l'EHPAD

6.1. Au regard des enjeux sanitaires associés aux profils de soins et états pathologiques décrits et à leur évolution prévisible au cours des prochaines années et du renforcement des fonctions médicales et soignantes devant en résulter, **considérez-vous comme nécessaire de faire évoluer le positionnement statutaire de ces dernières au sein de l'EHPAD.**

OUI – NON
Dans l'affirmative, selon quelles modalités ? Développez.

6.2. **La possibilité pour les autorités de tutelle de participer au processus de nomination des directeurs d'EHPAD vous apparaît-elle pertinente ?**

OUI - NON

## 7 - Evolution du modèle FINANCIER de l'EHPAD

Au regard des considérations précédentes et de la nécessité d'un renforcement des dimensions médicales et soignantes :

**7.1. Considérez-vous la tarification ternaire comme un modèle devant être :**

Maintenu tel que : OUI – NON
Révisé : OUI – NON, si OUI, selon quelles modalités ? développez.

**7.2. Considérez-vous la tarification soin comme devant plutôt relever de l'option :**

Globale : OUI – NON
Partielle : OUI - NON

Commentaires :

**7.3. Considérez-vous les instruments de tarification (GIR et PATHOS) comme devant être modifiés ? Si oui avec quels objectifs ? Développez :**

**7.4. Des incitations financières vous semblent-elles souhaitables ?**

Visant à réduire les risques d'aggravation de la perte d'autonomie : OUI – NON

Visant à réduire des hospitalisations « évitables » : OUI – NON

Visant à réduire les risques d'EIG liés aux soins : OUI - NON

**7.5. Considérez-vous les enveloppes soins et dépendance comme devant fusionner ?**

OUI – NON
Commentaires :

**7.6. Quelles sont selon vous les forces et faiblesses des EHPAD en fonction de leur statut ?**

Pour les EHPAD relevant du secteur public (autonome ou CCAS) :

- Forces
- Faiblesses

Pour les EHPAD relevant du secteur public hospitalier :

- Forces
- Faiblesses

Pour les EHPAD relevant du secteur privé solidaire :

- Forces
- Faiblesses

Pour les EHPAD relevant du secteur privé lucratif :

- Forces
- Faiblesses

## 8 - Evolution de la réglementation type J et type U

Au regard de l'évolution des profils de soins des résidents et des contraintes imposées aux EHPAD par la crise sanitaire en matière en particulier de recours aux fluides et à l'oxygénothérapie, **vous semble-t-il pertinent de procéder à une révision de la réglementation de type J s'appliquant à ces établissements recevant des publics.**

OUI – NON

***NB : Référence à la circulaire d 10 mai 20O7 relative aux USLD (annexe 2)***

- Locaux et équipements

A terme, les USLD devraient disposer de locaux et d'équipements adaptés aux patients présentant une dépendance physique ou psychique :

- des chambres à un ou deux lits équipées en fluides médicaux (oxygène et vide) et adaptées à la dépendance (lits à hauteur variable électriques, systèmes de transferts…) disposant d'un cabinet de toilette avec WC ou d'une douche avec siphon de sol et accessible aux personnes en fauteuil roulant,
- des espaces de circulation équipés de main courante,
- un lieu de réception des familles,
- des locaux de stockage de matériels pour personnes handicapées (fauteuils roulants, aides à la marche…),
- des lieux de convivialité (salons, salle à manger…).

## 9 - NUMERIQUE en EHPAD

**Selon vous, quelles évolutions doivent être envisagées en matière de numérique au sein des EHPAD ?**

- Dans l'optique d'une optimisation du parcours de santé des résidents : Développez.
- Dans l'optique d'un meilleur suivi du dossier médical du résident.
- Dans l'optique d'intégration des données de santé issues des EHPAD dans le SNDS.
- Dans l'optique d'une plus grande interopérabilité des systèmes informatiques des différents EHPAD.
- Dans l'optique d'un mode de lutte contre l'isolement des résidents.

## 10 – QUALITE des SOINS

**7.1. Est-il souhaitable d'appliquer en EHPAD le principe d'une déclaration exhaustive des EIG liés aux soins ? `**

OUI - NON

**7.2. Est-il souhaitable de généraliser le principe des CREX/RMM en EHPAD ?**

OUI – NON

**7.3. Quelles autres mesures peuvent-elles être envisagées ? Développez.**

# ANNEXE C

## Activités des IDE/IDEC/IPAG en EHPAD

**(Contribution de Loriane SALIEGE, Présidente de l'AFIPAG*)**
***Association française des infirmiers de pratique avancée en gérontologie**

| EXAMEN CLINIQUE | |
|---|---|
| IDE | IDEC |
| ➢ Renseigner le recueil de données (ADL, IADL, EN, Algoplus, Braden…..)<br>➢ Surveiller de l'état clinique sur prescription médicales<br>➢ Elaborer des diagnostiques infirmiers<br>➢ Réaliser l'accueil du résident et l'information des résidents et visiteurs<br>➢ Encadrer les aides-soignants pour les soins techniques<br>➢ Participer aux toilettes identifiées par l'IDEC | ➢ Promouvoir et développer la téléconsultation et télé-expertise<br>➢ Organiser la mise en place et le programme de soins personnalisé du résident<br>➢ Garantir la qualité de l'accueil et de l'information des résidents et visiteurs<br>➢ Participer aux réunions avec les familles<br>➢ Participer à l'élaboration du projet de soins et coordonner son application sur le terrain<br>➢ Contribuer à la gestion administrative : entrée des résidents, profil sécurité sociale… |

…/…

| IPAG |
| --- |
| ➢ Réaliser l'examen clinique du sujet âgé avec la connaissance des présentations souvent atypiques des symptômes du sujet âgé comprenant le repérage des fragilités et vulnérabilités.<br>➢ Interpréter les signes et symptômes du sujet âgé polypathologique et à risque de perte d'autonomie et des plus de 75 ans en réalisant les examens et test requis tels que l'évaluation gériatrique multi-dimensionnelle :<br>- Les habilités fonctionnelles et capacités physiques<br>- Les performances physiques<br>- Le cognitif<br>- Les affects<br>- La nutrition<br>- Les comorbidités<br>- La douleur<br>- L'aidant<br>➢ Identifier le risque iatrogène<br>➢ Dépister et évaluer les déterminants de la perte d'autonomie et des syndromes gériatriques dans l'objectif de prévention du risque de décompensation :<br>- Du risque de survenue ou aggravation d'une dépendance<br>- Du risque de chute<br>- Du déclin des performances physiques<br>- Des troubles sensoriels<br>- Des troubles trophiques et usage des pansements<br>- Des troubles cognitifs<br>- Du syndrome confusionnel<br>- De la dépression, du risque suicidaire, ainsi que la prise en compte de l'isolement et de la solitude<br>- Des troubles nutritionnels<br>- Du risque de iatrogénie médicamenteuse, de la dépendance iatrogène, et du suivi de l'observance des traitements<br>- Des facteurs de risque et des comorbidités<br>- Des syndromes de fragilité<br>- Dépistage de l'épuisement de l'aidant<br>- De la maltraitance<br>- Des prises en soins complexes<br>➢ Formuler des conclusions cliniques et des diagnostics infirmiers avec le consentement du patient<br>➢ Dépister les besoins techniques<br>➢ Surveiller, suivre et adapter les traitements médicamenteux et non médicamenteux de la personne âgée<br>- Participer à la réflexion et au conseil pour la hiérarchisation des traitements multiples en fonction de l'évolution des différentes pathologies : usage des psychotropes, usage des traitements antalgiques<br>- Evaluer et apporter le regard clinique concernant l'usage des pansements pour les plaies chroniques et escarres<br>- Surveiller, conseiller et former aux bonnes pratiques pour l'usage des modes de contention physiques et chimiques<br>- Repérer et participer à la prise en charge du symptôme de régression psychomotrice (post-chute, post-immobilisation, post-évènement aigu)<br>➢ Promouvoir et développer la téléconsultation et télé-expertise en réalisant l'examen clinique<br>➢ Suivre les différents parcours de soins avec synthèse et évaluation régulière de la pertinence en fonction de l'évolution de vie du patient |

<table>
<tr><th colspan="2">PRESCRIPTIONS, RENOUVELEMENT DE PRESCRIPTIONS ET REALISATION D’ACTES TECHNIQUES</th></tr>
<tr><th>IDE</th><th>IDEC</th></tr>
<tr><td>➢ Prodiguer les soins techniques, les actes relevant du rôle propre de l’infirmière, les actes paramédicaux prescrits<br>➢ Dispenser les traitements,<br>➢ Gérer les renouvellements de traitements (RDV, commandes,…)<br>➢ Modifier les soins en fonction des prescriptions<br>➢ Gérer les périmés</td><td>➢ Organiser et collaborer avec la pharmacie et les intervenants de l’EHPAD<br>➢ Mettre en place des conventions<br>➢ Gérer le circuit du médicament, les relations avec la pharmacie : cartes vitales, commandes, réception des chariots de médicaments…<br>➢ Gérer la traçabilité du dossier de soins<br>➢ Gérer les commandes et les stocks, participer aux choix des matériels et des produits<br>➢ Gérer le carnet maintenance du matériel<br>➢ Gérer administrativement les dossiers de prestation sociales ou médico-sociales : APA…<br>➢ Gérer et organiser les Rdv du résident</td></tr>
<tr><th colspan="2">IPAG</th></tr>
<tr><td colspan="2">➢ Prescrire des examens complémentaires nécessaires au dépistage, à la prévention, au suivi, en fonction des risques, des syndromes gériatriques, des comorbidités et de la situation (examens biologiques, imagerie, orientation vers des professionnels de santé)<br>➢ Renouveler des prescriptions médicales et adapter les posologies à l’issue d’une évaluation globale<br>➢ Prescrire, renouveler et adapter les soins infirmiers, bilans kinésithérapeutiques, orthophonique, podologique, ergothérapeutique, orienter l’équipe support, ESA…<br>➢ Prescrire, renouveler et adapter la posologie de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire :<br>- Aliments diététiques destinés à des fins médicales spécifiques<br>- Traitements support concernant notamment les troubles du transit, l’hydratation<br>- Dispositifs médicaux : collecteurs d’urines, étuis péniens, urinal, appareils destinés au soulèvement du malade, matelas d’aide à la prévention des escarres …<br>➢ Elaborer les dossiers et réaliser les certificats ouvrant droit à des prestations sociales ou médico-sociales : APA….<br>➢ Prescrire ou orienter vers un programme d’éducation thérapeutique<br>➢ Prescrire des bons de transport dans le cadre de suivis coordonnés<br>➢ Réaliser des actes techniques sans prescription médicale : Cf. décret IPA<br>➢ Effectuer le suivi vaccinal, selon le calendrier vaccinal</td></tr>
</table>

| CONCEPTION, MISE EN ŒUVRE ET EVALUATION D'ACTIONS DE PREVENTION ET D'EDUCATION THERAPEUTIQUE | |
|---|---|
| IDE | IDEC |
| ➢ Participer au projet d'animation | ➢ Gérer les directives anticipées et le recueil des consentements<br>➢ Gérer et organiser des actions dans le cadre de projets territoriaux de santé<br>➢ Aider à la prévention des accidents du travail<br>➢ Participer au projet d'animation |
| IPAG | |
| ➢ Réaliser des consultations d'annonce de diagnostic difficile et suivi<br>➢ Soutenir les choix de vie de la personne et le recueil des directives anticipées : délivrer une information adaptée afin de permettre à la personne d'anticiper la rédaction de ses volontés de niveau de traitement de fin de vie, dans le respect de ses choix<br>➢ Concevoir, conduire, mettre en œuvre et évaluer un projet dans le domaine du soin en gérontologie et gériatrie (éducation, prévention, soins, accompagnement, projet de vie…) en intégrant la recherche d'actions<br>➢ Réaliser des actions dans le cadre de projets territoriaux de santé | |

| PARTICIPATION A L'ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS ET DE SANTE | |
|---|---|
| IDE | IDEC |
| ➢ Animer et encadrer les équipes de soins<br>➢ Intégrer les élevés/stagiaires<br>➢ Appliquer et faire appliquer l'organisation des transmissions médicales et paramédicales<br>➢ Etre garante de l'utilisation des logiciels informatiques et participe à la motivation des équipes<br>➢ Participer à l'élaboration du projet de soins et coordonner son application sur le terrain<br>➢ Etre garante de la bonne distribution des médicaments, de la traçabilité<br>➢ Etre garante du chariot d'urgence, de la distribution des protections<br>➢ Planifier les rendez-vous, les examens, les passages du laboratoire, des médecins<br>➢ Planifier le travail des équipes de soins, savoir faire face au quotidien et à l'urgence<br>➢ Participer à l'élaboration du projet de vie | ➢ Organiser le parcours de soins et de santé et les activités en lien avec le médecin traitant ou médecin spécialiste de recours et l'ensemble des acteurs du parcours<br>➢ Garantir le projet d'établissement<br>➢ Animer et encadrer les équipes<br>➢ Intégrer le personnel et les élèves/stagiaires : participer au recrutement du personnel, informer, former le personnel et évaluer son besoin en formation<br>➢ Gérer les plannings dans le respect de la législation du travail, participer aux variables de paye<br>➢ Mettre en place l'organisation des transmissions médicales, paramédicales et d'accompagnement et contrôler leur bon fonctionnement<br>➢ Etre garant de l'utilisation des logiciels informatiques et participer à la formation des équipes<br>➢ S'assurer de la continuité des soins, gérer le pool de remplaçants<br>➢ Satisfaire aux obligations légales et règlementaires des autorités médico-sociales<br>➢ Participer à l'élaboration du projet de vie et coordonner son application |

| IPAG |
|---|
| ➢ Organiser et animer des réunions de concertation pluri-professionnelles avec les différents professionnels des champs sanitaire, sociale et médico-social intervenant dans le parcours de soin du patient<br>➢ Organiser des parcours de soins et de santé et des activités en lien avec le médecin traitant ou médecin spécialiste de recours et l'ensemble des acteurs du parcours :<br>- Enrichir le dossier médical du patient rendant compte des actions menées et des propositions visant à l'amélioration de la prise en charge,<br>- Contribuer au suivi de files actives de patients, enregistrement et transmission sécurisée des données permettant la continuité du parcours de soins du patient,<br>- Établir la liaison entre l'urgence, l'unités de soins et les ressources communautaires<br>➢ Formuler des conclusions cliniques avec mise en place de préconisations et diagnostics infirmiers, au sein de l'équipe interprofessionnelle, et avec la participation du patient et de son entourage<br>➢ Orienter et coordonner des actions dans le domaine médico-social en fonction de la situation et des interlocuteurs adéquats et disponibles :<br>- Analyser et anticiper des soins de support (douleur, soins palliatifs, plaie et cicatrisation, annonce…)<br>- Accompagner et contribuer à l'orientation personnalisée aux différentes étapes du parcours de soins,<br>- Réaliser tout dossier d'admission, certificats utiles à l'orientation de la personne<br>- Orienter pour des bilans approfondis en fonction de l'évaluation gériatrique standardisée<br>➢ Participer aux bases de données, enquêtes, ou registres ciblant les populations âgées. |

| MISE EN ŒUVRE D'ACTIONS D'EVALUATION ET D'AMELIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES | |
|---|---|
| IDE | IDEC |
| ➢ Evaluer la qualité des soins et s'assurer du respect des bonnes pratiques, des protocoles de soins, de la tenue des différents supports en vigueur<br>➢ Etre garante de l'hygiène générale, de la tenue des chariots de soins, du respect des consignes en matière d'hygiène des mains | ➢ Participer aux réunions de direction et être force de propositions<br>➢ Participer à l'élaboration du rapport d'activité annuel en parallèle de celui du médecin coordonnateur<br>➢ Evaluer la qualité des soins et s'assurer du respect des bonnes pratiques<br>➢ Superviser le service (nettoyage, repas, alimentation ) |
| IPAG | |
| ➢ Contribuer à la prise en charge de la personne âgée par l'apport de son expertise gérontologique en complémentarité des autres domaines de pratiques avancée<br>➢ Participer à l'élaboration et à l'évaluation de protocoles de soins pluri professionnels : développer des standards de soins et des protocoles en soins afin de permettre l'avancement de la pratique<br>➢ Promouvoir et mettre en œuvre des pratiques professionnelles fondées sur des données probantes existantes et les recommandations<br>➢ Collaborer à la rédaction de référentiels de bonnes pratiques et de données probantes dans les situations fréquemment rencontrées<br>➢ Contribuer à la rédaction et la communication de rapports auprès des établissements et des autorités<br>➢ Contribuer à la formation et la diffusion de la culture gériatrique | |

| CONTRIBUTION A DES ETUDES ET DES TRAVAUX DE RECHERCHES | |
|---|---|
| IDE | IDEC |
| | ➢ Organisation du parcours de soins et de santé et des activités en lien avec le médecin traitant ou médecin spécialiste de recours et l'ensemble des acteurs du parcours<br>➢ Etre relais des écoles aides-soignants et infirmiers |
| IPAG | |
| ➢ Participer ou piloter la recherche en géronto-gériatrie et à l'amélioration des pratiques<br>➢ Valoriser et contribuer au développement des sciences infirmières<br>➢ Promouvoir une approche interdisciplinaire de la recherche au bénéfice des personnes âgées<br>➢ Valoriser la recherche en gérontologie par la publication d'articles scientifiques<br>➢ Concevoir des projets visant à améliorer la qualité des soins, à développer l'evidence based nursing | |

# ANNEXE D

**Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L. 314-8 et R. 314-162 du même code (extraits).**

**Liste des dispositifs médicaux compris dans le tarif afférent aux soins prévu à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application de l'article R. 314-162 et sous les conditions posées à l'article L. 314-8 du même code.**

Les dispositifs médicaux cités dans la présente annexe et inscrits en outre sur la liste des produits et prestations remboursables mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale doivent respecter les spécifications techniques prévues, le cas échéant, par ladite liste.

4. **Petit matériel et fournitures médicales**

- Abaisse-langue sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
- Accessoires pour électrocardiogramme sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
- Crachoir.
- Doigtier sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
- Fil à sutures sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
- Gant stérile sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
- Garrot sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
- Masque.
- Bande de crêpe et de contention.
- Articles pour pansements.
- Dispositif médical pour autocontrôle (urine, sang).
- Nutriment pour supplémentation orale et nutriment pour supplémentation entérale.
- Sondes nasogastriques ou naso-entérale.
- Dispositif médical pour incontinence urinaire à l'exclusion des stomies.
- Sonde vésicale pour hétéro-sondage intermittent.
- Seringue et aiguille sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.

5. **Matériel médical amortissable**

- Armoire de pharmacie.
- Aspirateur à mucosité.
- Chariot de soins et / ou de préparation de médicaments.
- Container pour stockage des déchets médicaux.
- Electrocardiographe.
- Matériel nécessaire pour sutures et pansements tel que pince de Péan, pince Kocher, ciseaux.
- Matériel lié au fonctionnement d'une pharmacie à usage intérieur, lorsqu'elle existe, nécessaire à l'exercice des missions définies à l'article L. 595-2 du code de la santé publique.
- Pèse-personne ou chaise-balance.
- Pompe pour nutrition entérale.
- Négatoscope.
- Otoscope.
- Stérilisateur.
- Stéthoscope et tensiomètre y compris les tensiomètres électriques.
- Table d'examen.
- Thermomètre électronique.
- Appareil générateur d'aérosol et nébuliseur associé.

- Appareil de mesure pour glycémie.
- Matériels de perfusion périphérique et leurs accessoires (pied à sérum, potence, panier de perfusion).
- Béquille et canne anglaise.
- Déambulateur.
- Fauteuil roulant à pousser ou manuel non affecté à un résident particulier pour un handicap particulier.
- Siège pouvant être adapté sur un châssis à roulettes.
- Lit médical et accessoires.
- Soulève-malade mécanique ou électrique.
- Matelas simple, matelas ou surmatelas d'aide à la prévention d'escarres et accessoires de protection du matelas ou surmatelas.
- Compresseur pour surmatelas pneumatique à pression alternée.
- Coussin d'aide à la prévention d'escarres.
- Chaise percée avec accoudoirs.
- Appareil de verticalisation.

Le Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019, pris pour l'application de l'article 64 la loi n° 2018-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2019, encadre et précise les conditions d'exercice du pouvoir de prescription médicamenteuse des médecins coordonnateurs en EHPAD.

Sur les **14 missions** du médecin coordonnateur (Cf. article D312-158 du code de l'action sociale et des familles),

- **Une a été supprimée :**
  **11°**Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique
- **Une a été créée :**
  **6** Coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin.
- **5 ont été modifiées (texte en italique) :**
  - **7°**Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale . *Il prend en compte les recommandations de bonnes pratiques existantes en lien, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique.*
  - **8°**Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement. *Il peut également participer à l'encadrement des internes en médecine et des étudiants en médecine, notamment dans le cadre de leur service sanitaire.*
  - **10°***Coordonne* (au lieu de « Etablit »), avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport.
  - **11** *Identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents.* A cette fin, il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels. *Il favorise la mise en œuvre des projets de télémédecine.*

- **13** Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, *incluant la prescription de vaccins et d'antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement.*

*Il peut intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou téléprescription.*

Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
*Liberté*
*Égalité*
*Fraternité*

**Direction générale de l'offre de soins**
La directrice générale
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Bureau R4
Affaire suivie par : Anne-Noëlle Machu
Pégase : I-20-003191

**Direction générale de la cohésion sociale**
La directrice générale
Sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
Bureau SD3A
Affaire suivie par :

Paris, le 31 AOUT 2020

Monsieur le Professeur Claude Jeandel,
Monsieur le Professeur Olivier Guérin,

La réforme du Grand âge, qui devrait être annoncée prochainement en tirant les enseignements de la crise sanitaire liée à la Covid-19, prône un nouveau modèle d'EHPAD avec un encadrement médical et soignant renforcé et des unités de vie resserrées plus chaleureuses. Compte tenu des attentes et souhaits exprimés par les personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible à leur domicile, elle met également l'accent sur la nécessité de développer, d'adapter et de renforcer l'ensemble des solutions du soutien au domicile. Dans la lignée de ces travaux, les concertations du Ségur de la santé ont confirmé le besoin de renforcement de la médicalisation des EHPAD et l'urgence d'un plan de rénovation de ces établissements afin de mieux prendre en compte les besoins des personnes âgées accueillies au sein de ces derniers.

Vingt après la réforme des établissements par la création des EHPAD sous-tendue par la Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Etablissements, cette nécessaire évolution des EHPAD s'impose face à l'accroissement du degré de dépendance en établissement d'hébergement, documenté par l'évaluation de l'autonomie pour les actes de la vie quotidienne et les variables de la grille AGGIR, le score moyen du GMP (Gir Moyen Pondéré) passant de 564 en 2001 à 680 en 2010 pour atteindre 726 en 2017. Cette plus forte dépendance des résidents est la résultante d'une prévalence croissante des morbidités chroniques, source d'incapacités fonctionnelles et de désavantages. Ainsi, elle est corrélée à des profils de soins requis de plus en plus élevés comme en témoigne un score PMP (Pathos Moyen Pondéré) passant de 125 en 2001, à 180 en 2010 pour atteindre 213 en 2017.

Monsieur le Professeur JEANDEL
Service de gérontologie
Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier
191 av. du Doyen Giraud
34295 MONTPELLIER cedex 5

14, avenue Duquesne – 75700 Paris
Téléphone : 01 40 56 00 00 – Télécopie : 01 40 56 00 00

Au-delà, elle interroge également le positionnement des 600 unités de soins de longue durée (USLD), activité de soins des établissements de santé, qui accueillent très majoritairement des personnes âgées dans le cadre de filières essentiellement gériatriques mais également des patients plus jeunes, dans le cadre d'un référentiel datant de 2007[1].
Les positionnements respectifs de l'offre en USLD et en EHPAD doivent ainsi être redéfinis afin de répondre aux enjeux associés au vieillissement de la population pour les 15 ans à venir et à l'augmentaton de la prévalence des troubles cognitifs.

Dans ce contexte, nous souhaitons engager sous le pilotage de la DGOS et la DGCS, en lien avec les acteurs, la réforme des USLD afin notamment de redéfinir leurs missions, leurs conditions d'autorisation et leur modèle de financement, à la fois pour les personnes âgées dans le cadre de la réforme Grand âge, mais également vis-à-vis de patients plus jeunes.
S'agissant des personnes âgées, il s'agit de centrer les USLD de demain sur les besoins de soins les plus importants, complexes et prolongés dans une complémentarité et une gradation avec les EHPAD de demain. Cette orientation nécessite de définir précisément les profils de soins relevant plus spécifiquement des USLD et des EHPAD ainsi que les adaptations nécessaires afin d'optimiser l'accompagnement et la prise en soin des personnes accueillies au sein de ces établissements voire de s'interroger quant à la pertinence du maintien de cette dualité de réponse.

Nous souhaitons donc vous confier une mission portant sur les profils de soins des personnes âgées relevant d'un accompagnement et d'une prise en soin en établissement (EHPAD ou USLD) dès lors que le soutien au domicile n'est plus envisageable, notamment parce que nécessitant une surveillance médicale et paramédicale renforcée et ce dans le cadre du parcours de santé à partir du domicile et des services de soins de suite et réadaptation (SSR) et de court séjour.

Les objectifs principaux de cette mission sont les suivants :

1. Définir les profils de soins relevant plus spécifiquement des USLD et des EHPAD ;
2. Définir, en fonction des besoins de soins, la place des USLD et des EHPAD de demain dans le parcours de santé des personnes âgées ;
3. Définir les modalités d'évaluation de ces besoins de soins et identifier les outils pertinents ;
4. Proposer les adaptations et modalités de prise en soin nécessaires au regard des profils de besoins, ainsi que des objectifs de qualité de vie au sein de ces structures.

Dans le cadre de votre mission, vous prendrez en compte les besoins de soins dans une vision prospective à 15 ans, intégrant à la fois l'évolution de l'état de santé, les conditions environnementales et les attentes des personnes âgées. La dimension des soins devra être entendue au sens large (soins somatiques dont les soins palliatifs, cognitifs et psychiques), intégrant les dimensions du « cure » et du « care ».

[1] « *Personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.* ». Suivant le rapport de l'IGAS de 2016 portant sur les USLD, ces personnes plus jeunes sont majoritairement des personnes handicapées.

Par ailleurs, cette réflexion devra prendre en compte les besoins de soins de longue durée des personnes avec une perte d'autonomie entre 60 et 75 ans, dans une perspective de continuum de parcours de prévention, de vie et de soins de la population âgée.

En premier lieu, vous vous attacherez à définir les profils d'admission, décrire les états pathologiques pouvant relever d'une prise en charge en soins de longue durée et définir les critères d'orientation en USLD ou en EHPAD, à pathologies identiques ou différenciées. Vous examinerez l'éventuelle hétérogénéité de ces besoins de soins, afin de déterminer si l'activité des USLD doit répondre à un socle de besoins variés ou si elle doit également se concentrer sur une catégorie de besoins dans le cadre notamment de SLD spécialisés. Vous évaluerez la nécessité de renforcer l'expertise en soins palliatifs au sein des USLD.
En outre, vous interrogerez les besoins de soins dans le cadre du parcours de la personne âgée dans une perspective de gradation des soins en provenance des services de soins de SSR ou du court séjour, des EHPAD ou encore du domicile, en intégrant ces besoins de soins dans le cadre d'un lieu de vie permanent mais également d'un séjour temporaire avec un retour EHPAD ou à domicile.

Vous pourrez vous appuyer sur les données de l'Agence technique de l'hospitalisation (ATIH) et de la Caisse nationale de solidarité à l'autonomie (CNSA), avec le concours étroit de la DGOS et de la DGCS.

Par ailleurs, nous souhaitons que vous puissiez appuyer ces recommandations en matière de critères d'admission et de prise en soin à venir en USLD par des préconisations concernant les modalités d'évaluation des besoins, en vous aidant de la littérature actuelle nationale et internationale. Cette étude devra notamment dresser le panorama des outils d'évaluation existants et aboutir à des préconisations portant sur les outils susceptibles d'appuyer cette gradation (nouveaux outils ou évolution d'outils existants).

Afin de mener votre mission, nous souhaitons que vous vous attachiez un groupe d'experts intégrant également des professionnels non médicaux et les sociétés savantes que vous jugerez utile d'associer telles que la SOFMER, la Société française de neurologie (SFN) et les sociétés savantes de psychiatrie. Il sera également utile de prendre l'attache des fédérations d'établissements ainsi que des représentants des patients/des usagers.

Nous souhaitons que vous puissiez nous rendre votre rapport au plus tard fin novembre 2020, à l'issue de points d'étapes mensuels réalisés avec les équipes de la DGOS et de la DGCS.

Nous vous prions d'agréer, Messieurs les professeurs, l'expression de ma considération distinguée.

Katia Julienne
La Cheffe de service
e à la Directrice Générale de l'Offre de Soins

Stéphanie DECOOPMAN

Virginie Lasserre

## LISTE DES PERSONNES et ORGANISMES AUDITES

Claude JEANDEL et Olivier GUERIN tiennent à remercier tout particulièrement la CNSA ainsi que l'ensemble des représentants des organismes et des personnes mentionnés ci-dessous pour leur contribution.

Agence Régionale de Santé de Nouvelle Aquitaine
Agence Régionale de Santé du Grand Est
Agence Régionale de Santé de l'Occitanie
Association des Jeunes Gériatres (AJG)
Association Hospitalière SAINTE-MARIE
Association Nationale des Centres Hospitaliers Locaux (ANCHL)
Association Nationale des Gériatres et Gérontologues Libéraux (ANGGEL)
Association Nationale des Médecins Coordonnateurs et du secteur médico-social (MCOOR)
Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG)
Conférence Nationale des Directeurs d'Etablissements pour Personnes Agées et Handicapées (CNDEPAH)
Conseil National Professionnel (CNP) de Gériatrie et ses composantes
Conseil National Professionnel (CNP) de Médecine Physique et Rééducation
Conseil National Professionnel (CNP) de Neurologie
Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires (FEHAP)
Fédération Hospitalière de France (FHF)
Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissements et Services pour Personnes Agées (FNADEPA)
Fédération Nationale des Associations de Retraités (FNAR)
Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD)
Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)
Fondation Partage & Vie
Groupe ADEF
Groupe ACPPA
Groupe Arpavie
Groupe Colisée
Groupe Domus-Vi
Groupe Edenis
Groupe Foyers de Provence
Groupe Korian
Groupe LNA
Groupe Maisons de famille
Groupe Orpéa
Groupe SOS
Groupe UNIVI
Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs (FFAMCO)
Hospices Civils de Lyon (HCL)
Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)
Syndicat CSMF des médecins coordonnateurs en EHPAD (SMCG-CSMF)
Syndicat National des Etablissements et Résidences Privés et Services d'Aide à Domicile pour Personnes Agées (SYNERPA)
Syndicat National de Gérontologie Clinique (SNGC)
Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS)

Dr Catherine ALVAN (groupe ACPPA)
Dr Didier ARMAINGAUD (groupe Korian)
Dr François BERTIN-HUGAULT (groupe Orpéa)
Dr Anne BREARD (SNGC)
Fany CERESE (architecte - Montpellier)
Dr Pierre-Marie COQUET (SMCG-CSMF)
Dr Benjamin DAVILLER (ARS Nouvelle Aquitaine)
Dr Florence DECOTTIGNIES (groupe Edenis)
Pr Laure DE DECKER (CHU de Nantes)
Dr Christophe DEJAEGER (ANGGEL)
Blandine DELFOSSE (groupe Emera)
Dr François DEPARIS (groupe Arpavie)
Delphine DUPRE LEVEQUE (Docteur en Anthropologie - Paris)
Dr Gael DUREL (MCOOR)
Dr Yannick EON (CNSA)
Dr Bruno FAVIER (groupe Vyv)
Pr Bertrand FOUGERE (CHU de Tours)
Lynda GAILLARD-TERSAIN (Fondation Partage & Vie)
Dr Thierry GAILLARDA (Commission de psychiatrie de la personne âgée)
Dr Xavier GERVAIS (FFAMCO)
Dr Yvette GIACCARDI (SMCG-CSMF)
Dr Esther GUENNICHE (groupe Domus-Vi)
Dr Corinne HAGLON (groupe LNA)
Dr Véronique HANSMANN (ARS Grand Est)
Dr Paul-Emile HAY (groupe Colisée)
Pr Olivier HANON (SFGG)
Dr Fariba KABIRIAN (groupe Korian)
Dr Eric KARIGER (groupe Maisons de famille)
Dr Pierre JEANDEL (groupe Foyers de Provence)
Dr Vincent KLOTZ (groupe Colisée)
Pr Frédéric LIMOSIN (Commission de psychiatrie de la personne âgée)
Dr Caroline MASSE (Commission de psychiatrie de la personne âgée
Dr Nathalie MAUBOURGUET (FFAMCO)
Dr Pascal MEYVAERT (SMCG-CSMF)
Grégory NINOT (Université de Montpellier)
Pr Jean-Luc NOVELLA (CHU de Reims)
Dr Yves PASSADORI (SFGG)
Dr Matthieu PICCOLI (AJG)
Dr Odile REYNAUD-LEVY (MCOOR)
Pr Yves ROLLAND (CHU de Toulouse)
Pr Nathalie SALLES (CHU de Bordeaux)
Loriane SALIEGE (Présidente de l'AFIPAG)
Pr Dominique SOMME (CHU de Rennes)
Marie-Hélène TOUPIN (CNSA)
Sandrine VALLORANI (SFGG)

**Claude JEANDEL et Olivier GUERIN remercient également :**

Marianne CORNU-PAUCHET (Haut fonctionnaire au handicap et à l'inclusion pour le Ministère des Solidarités et de la Santé).

La Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) auditionnée par la mission.

Les représentants des ARS ayant participé aux trois réunions d'échanges organisées par le Secrétariat Général des ARS.