

# Etat des lieux et expérimentations dans le secteur des personnes âgées

**HCAAM – 22 février 2018**

## — De fortes évolutions ces dernières années

### — Des personnes âgées et très âgées de plus en plus nombreuses

- Le très grand âge progresse le plus vite que le grand âge : à l'horizon 2040, +85% de PA +75ans, et +144% de PA + 85 ans
  - 3000 personnes âgées dépendantes de plus en IDF chaque année (données INSEE)
  - 3 facteurs à noter :
    - un positif : la réduction des écarts d'espérance de vie hommes/femmes
    - Mais deux facteurs qui pourraient accroître les besoins : poursuite de la décohabitation, l'arrivée au grand âge des baby boomers
- Ces facteurs n'indiquent rien en terme de répartition dans les modes de prise en charge (établissement, domicile) mais supposent incontestablement un accroissement du besoins en soins médicotéchniques et en accompagnement médico-social

Face à cette évolution démographique le système de soin laisse apparaitre des évolutions inquiétantes :

- l'affaiblissement structurel de la médecine ambulatoire
- La progression inquiétante des hospitalisations des personnes très âgées

- Ces éléments nécessitent de repenser en profondeur le fonctionnement du système de soin au regard de la volonté affirmée par les pouvoirs publics de privilégier le maintien à domicile
- Il est possible d'esquisser quelques pistes sous forme de questions :
  - quel est le rôle de l'hôpital dans le maintien à domicile ?
  - les équipes mobiles gériatriques doivent-elles intervenir au domicile des patients ?
  - comment les services de soins infirmiers à domicile - SSIAD (18 000 places en IDF) peuvent davantage contribuer au maintien à domicile ? Sujets du niveau de financement, de l'incitation à prendre en charge les cas plus lourds
  - comment diversifier les offres et les articuler avec l'HAD, les services d'aide à domicile ?

Cependant quelles que soient les évolutions souhaitables, l'EHPAD restera une réalité massive dans l'offre en faveur des personnes âgées dépendantes.

Une évolution majeure dans le profil des publics accueillis en EHPAD :

Passage en 20 ans de « maisons de retraite » assurant la socialisation de personnes isolées, à des EHPAD accueillant des personnes poly pathologiques majoritairement atteintes de troubles cognitifs

- Cette évolution est objectivable à travers la progression du PMP :
  - Rappel de définition :
- Le GMP pour mesurer le « nursing »
- Le GMP pour mesurer les soins médico techniques
- ...qui sont devenus des outils de financement

.

## — L' EHPAD devient un lieu de vie ou l'on soigne

PMP moyen IDF : 212 en 2017 (contre 177 en 2011) /GMP  
moyen : 733 (712 en 2011), représentant une augmentation  
de la charge en soins de 9,3% en 6 ans.

Cet alourdissement est à mettre en lien avec les récents mouvements  
de contestation des personnels soignants en EHPAD.

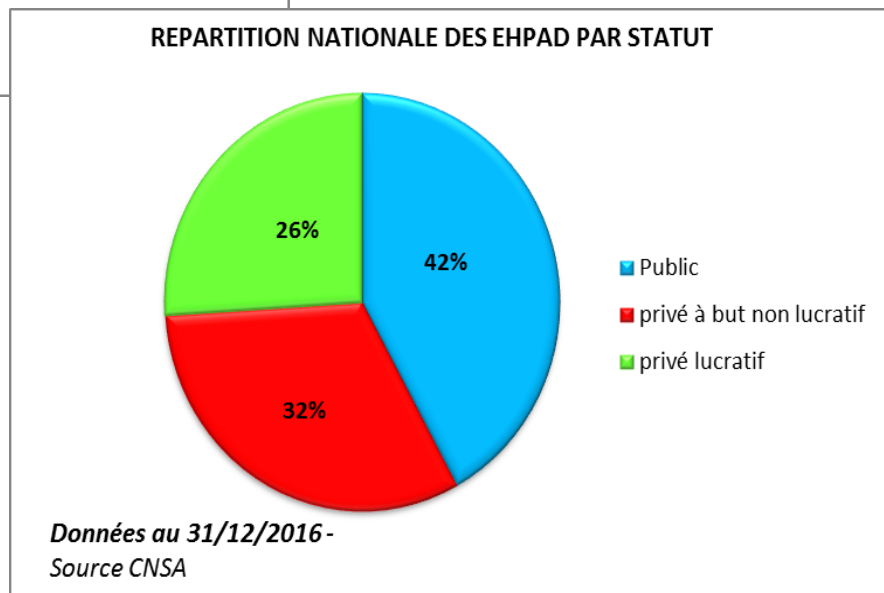
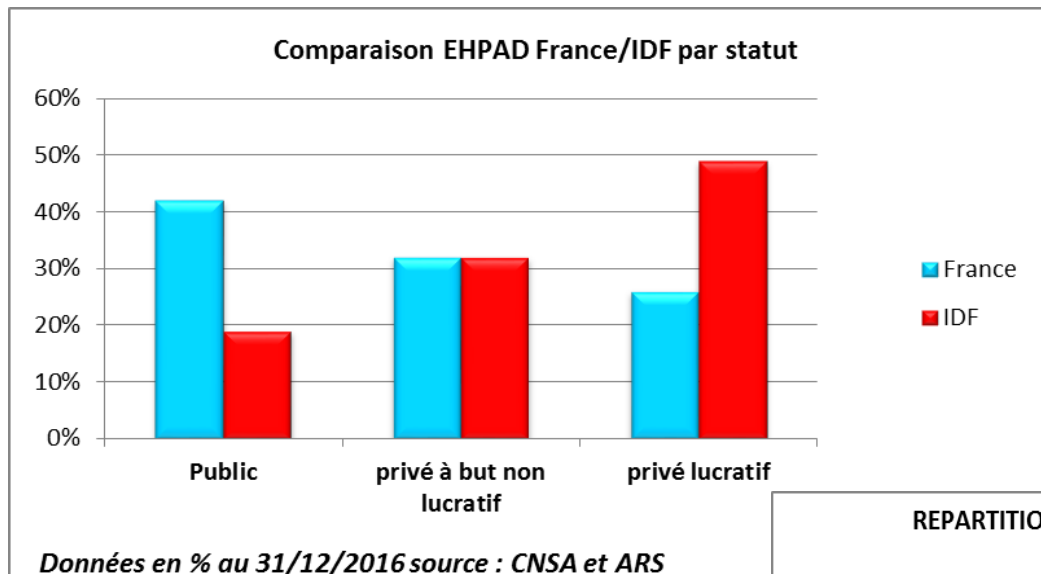
Malgré les efforts des pouvoirs publics (ratio d'encadrement augmenté de  
9% depuis 2010 + 100M€ en IDF pour les EHPAD existants), il y a un  
alourdissement objectivable de la charge en soins, la priorité donnée au  
domicile jouant comme un cercle vicieux au détriment des EHPAD.

A noter, la comparaison avec le champ du handicap apparait très  
défavorable au secteur des EHPAD : Ratio d'encadrement de 0,6 en  
EHPAD contre 0,9 pour les MAS-FAM

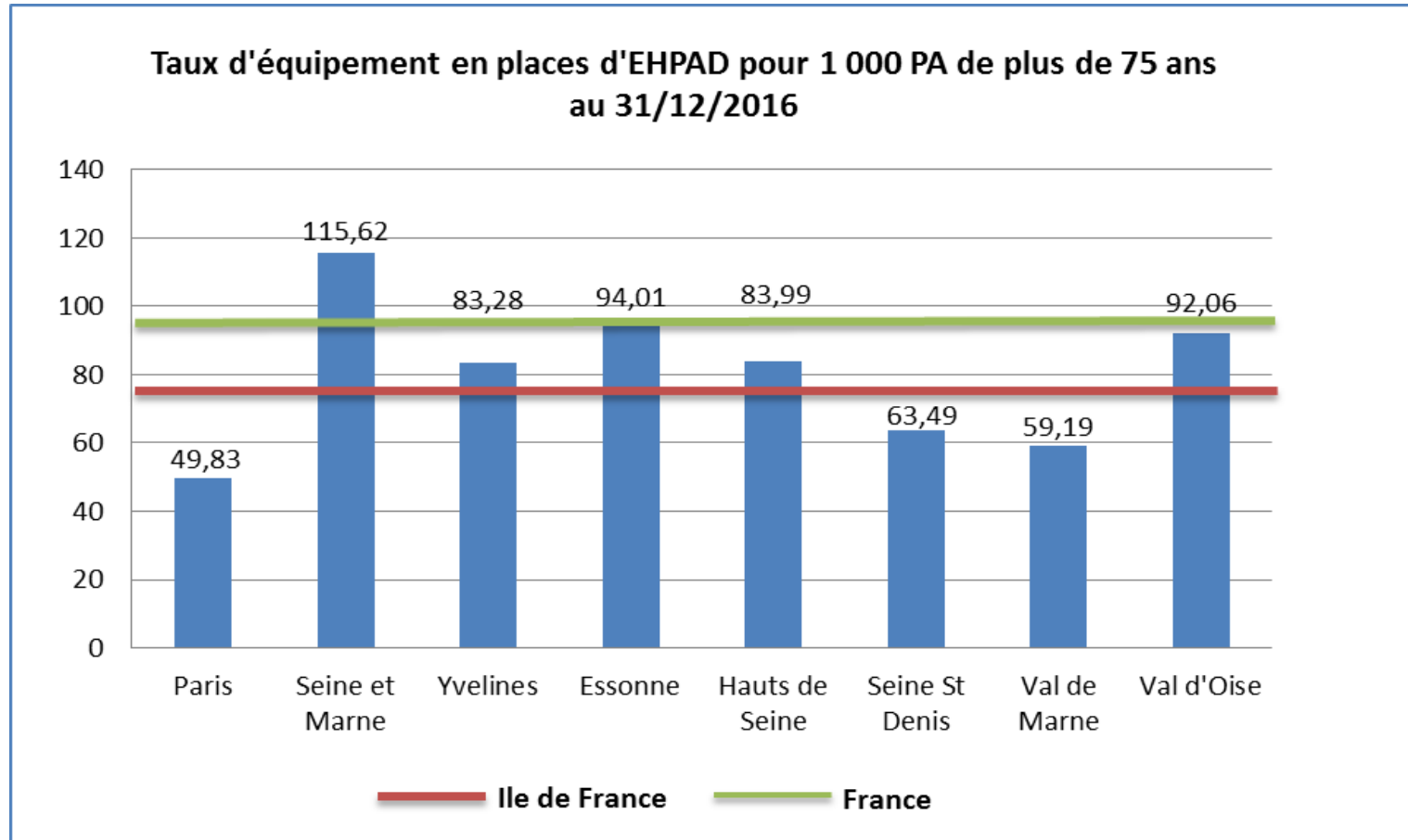
## Quelques chiffres sur les EHPAD en IDF

- 695 EHPAD (62 167 places)
- 2 337 places en accueil de jour et hébergement temporaire
- Taux en places d'EHPAD en IDF : 76,8 ‰ (pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et +), de 20 points en-dessous du taux national
- Enveloppe assurance maladie pour le fonctionnement des EHPAD : + 845 M€, soit 76% de l'enveloppe destinée aux personnes âgées
- Renforcement des moyens en soins des EHPAD : en 5 ans, augmentation de la dotation de plus de 26%
- Sur les 6 dernières années : 6 400 places d'EHPAD créées (dont plus de 5500 places en hébergement permanent) représentant plus de 84,5 Millions €.

# Le statut des EHPAD



## Niveau d'équipement en places d'EHPAD en IDF





## — Caractéristiques principales des EHPAD en IDF

- 80 résidents / EHPAD en moyenne
- Un temps de médecin coordonnateur (fonction de la capacité de l'EHPAD) : 13 missions ; ne peut prescrire qu'en situation d'urgence
- Équipe soignante (financement Assurance maladie) : infirmier(e) coordonnateur, infirmiers, aides-soignants/aides médico-psychologiques, assistants de soins en gérontologie, ergothérapeute, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute, éducateur sportif formé à l'activité physique adaptée, diététicien
- Pas de présence médicale ni infirmière la nuit (sauf exception)
- Le personnel :
  - ratio global constaté en 2016 est de 0,59 ETP pour 1 place, dont 0,33 pour le soin
  - taux de rotation des personnels en EHPAD s'élève en moyenne régionale à 17%
  - taux d'absentéisme global de 10% dans les EHPAD

# Le bilan des plans de développement des EHPAD : Une médicalisation inachevée

- Un succès quantitatif incontestable : il n'y a plus de liste d'attente !
- Mais une réponse très imparfaite aux besoins en soins et accompagnement
- Rappel des périmètre tarifaires :
  - Tarif partiel (majoritaire) : IDE, AS, dispositif médicaux, médecin coordonnateur
  - Tarif global : tarif partiel + médecins prescripteurs + tous les para paramédicaux
  - avec ou sans pharmacie à usage intérieur

D'apparence technique, ces périmètres induisent des différences profondes en terme d'organisation des soins et d'impact sur l'état de santé des résidents

- 4 illustrations :
  - le rôle des médecins prescripteurs en EHPAD
  - L'intervention des kinésithérapeutes
  - La gestion des médicaments
  - La gestion des transports sanitaires

Cette médicalisation inachevée et cette volonté d'intégrer plus fortement les EHPAD dans la filière de soins a conduit l'ARS IDF à lancer une série d'expérimentations.

# — Focus sur les expérimentations franciliennes

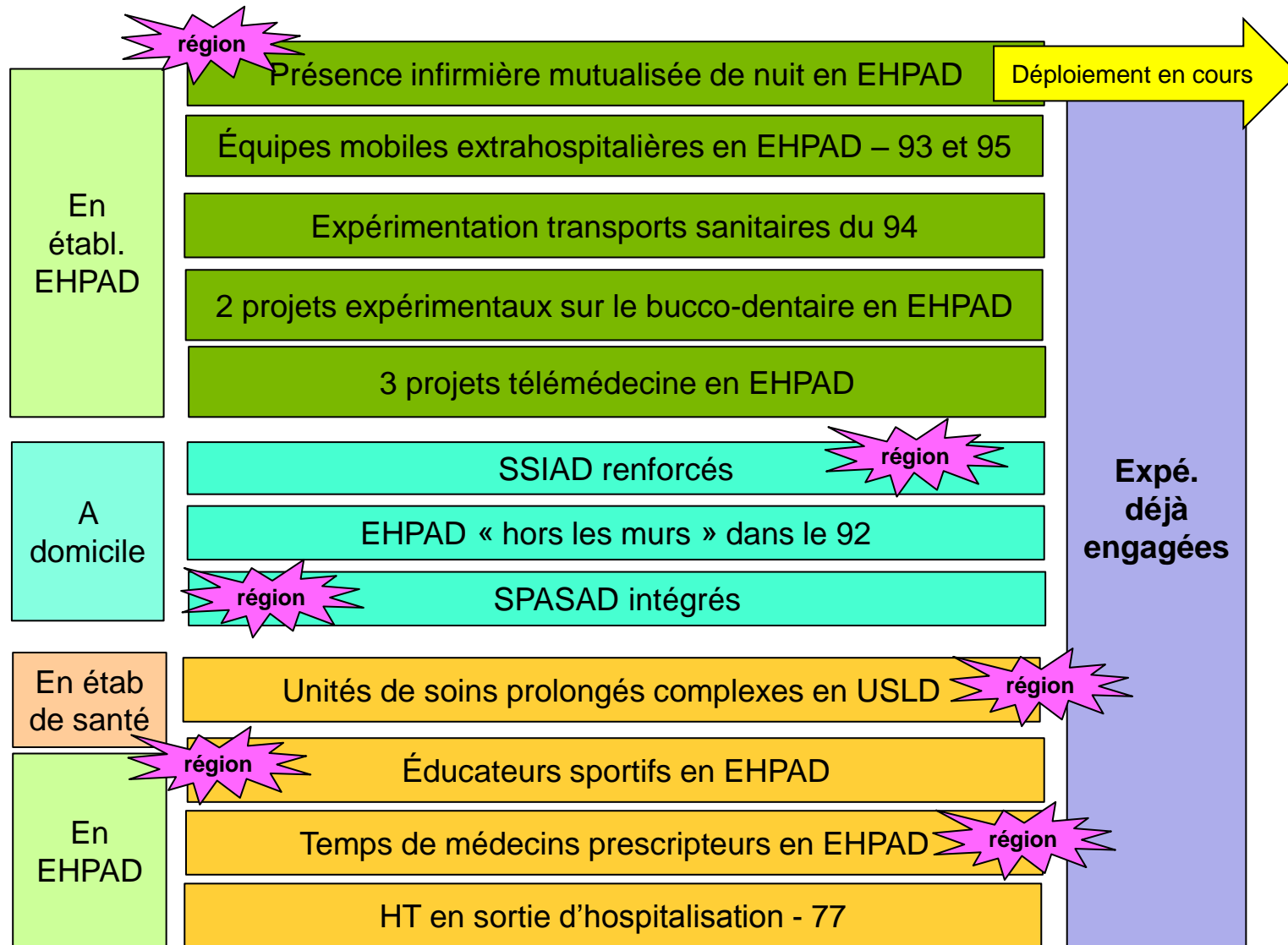
## — Objectifs stratégiques :

- Fluidifier les prises en charge, dans une logique de parcours, en renforçant l'offre médico-sociale pour éviter des hospitalisations et compenser des dispositifs ou professionnels manquants
- démontrer une plus grande efficacité de notre système de santé en agissant sur des modalités de prises en charge ou de tarifications différentes
- ambition de rendre l'offre plus souple, mieux adaptée aux souhaits et besoins des personnes

## — Objectifs des expérimentations :

- Réduire les hospitalisations et les réhospitalisations évitables
- Permettre des retours d'hospitalisation anticipés
- Retarder l'entrée en établissement
- Améliorer la continuité des soins
- Améliorer la qualité de vie des usagers en perte d'autonomie

# Expérimentations dans le champ des personnes âgées

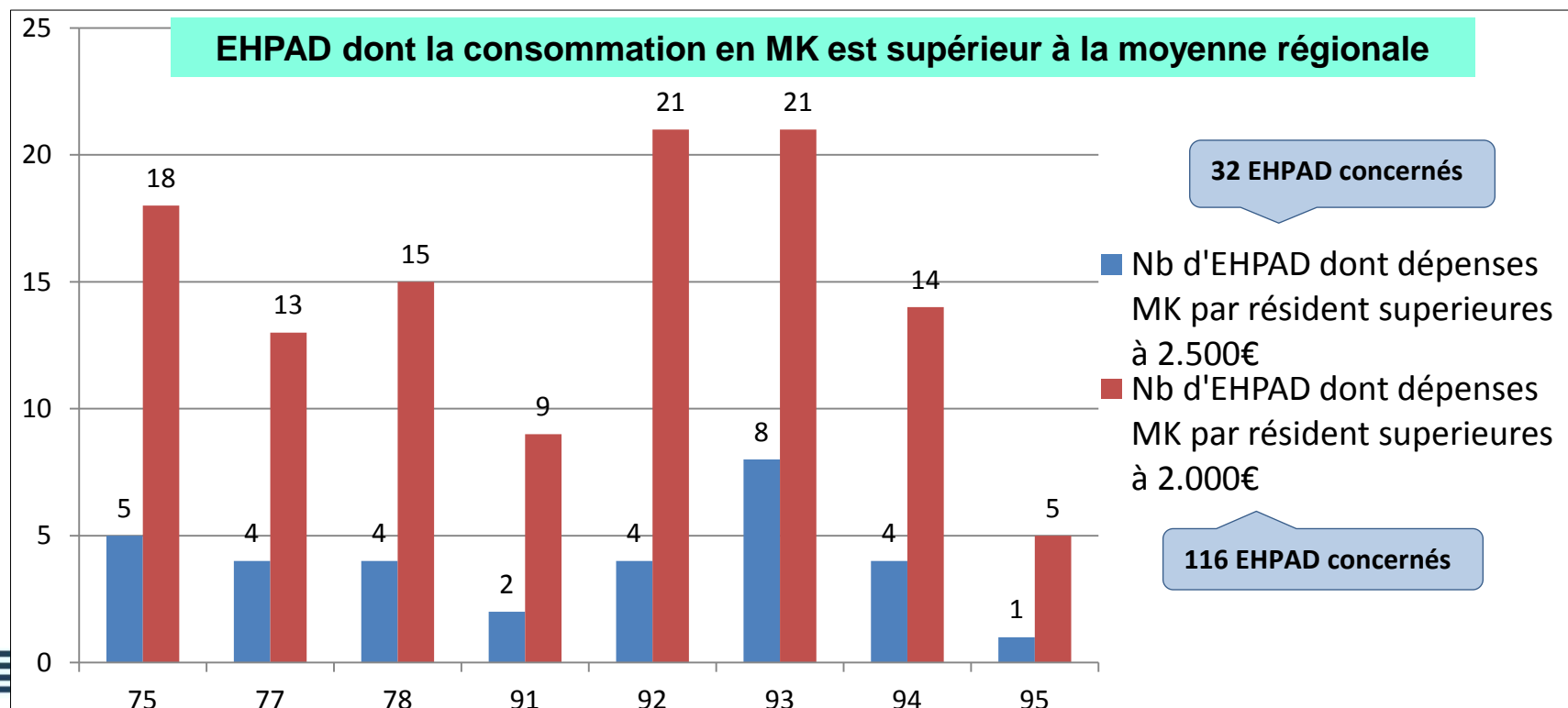


## — Présence IDE de nuit mutualisée en EHPAD

- **Expérimentation régionale** lancée dès 2013 auprès de 7 des 8 départements franciliens (Paris intégrant une variante du dispositif mi 2015). Exploitation des données réalisée sur 24 EHPAD : 3 EHPAD par département
- **Objectifs** : Améliorer l'orientation des résidents aux horaires nocturnes, la prise en charge des retours d'hospitalisation, la continuité des soins et entre autres les soins palliatifs en EHPAD, en sécurisant les équipes, et démontrer une baisse des hospitalisations évitables
- **Modèle testé** : mutualisation d'un IDE sur 3-4 EHPAD de proximité, passant chaque nuit dans chacun d'entre eux, mobilisable à tout moment
- **Evaluation médico-économique** menée par GéronD'If sur tranche 2014-2015 et prévue sur 2016-2017 :
  - Réduction significative de la durée des hospitalisations : 4.07 jours d'hospitalisation en moins / résident / an
  - Réduction des hospitalisations après un passage aux urgences
  - Augmentation des retours à l'EHPAD après un passage aux urgences
  - Tendance à plus de décès dans les EHPAD (fin de vie)

# Développement de l'activité physique adaptée (APA) en EHPAD

- **Constat** : selon les chiffres de Resid-EHPAD, les dépenses de masseurs-kinésithérapeutes de ville dépassent en moyenne 1400€ par an et par résident
- **Objectif** : Développer les actions de prévention auprès des résidents des EHPAD, en tarif partiel, ayant une consommation d'actes de MK très importante (+2000€/an)
- **Appel à candidatures** auprès des ESMS ciblés, pour le développement de l'activité physique adaptée par des éducateurs physiques issus notamment de la filière STAPS, et attribution d'un montant forfaitaire annuel de 500€ par résident.



## — Médecins prescripteurs en EHPAD

- Objectifs : sécuriser le suivi médical dans les EHPAD ne disposant pas de médecins salariés (soit 75 % des EHPAD).
- Méthode suivie : Appel à candidatures ouvert aux EHPAD en tarif partiel qui rencontrent des difficultés à faire intervenir les médecins traitants dans l'établissement. Financement d'une intervention forfaitaire auprès des résidents pour prévenir les risques épidémiques et iatrogènes et assurer un suivi minimal de tous les résidents.
- Critères prioritaires retenus :
  - Identification à ce jour des résidents sans médecin traitant, ou sans médecin en possibilité de se déplacer
  - Identification d'un médecin potentiellement disponible pour intervenir sur un temps salarié
- Mobilisation sur crédits ARS de 700 K€ en 2018 pour financer un temps complémentaire du médecin coordonnateur, ou de salarier un temps de médecin pour déployer cette intervention auprès des résidents.
- 29 EHPAD retenus, permettant de financer 5,8 ETP de médecins au global et représentant 0,1 à 0,3 par EHPAD

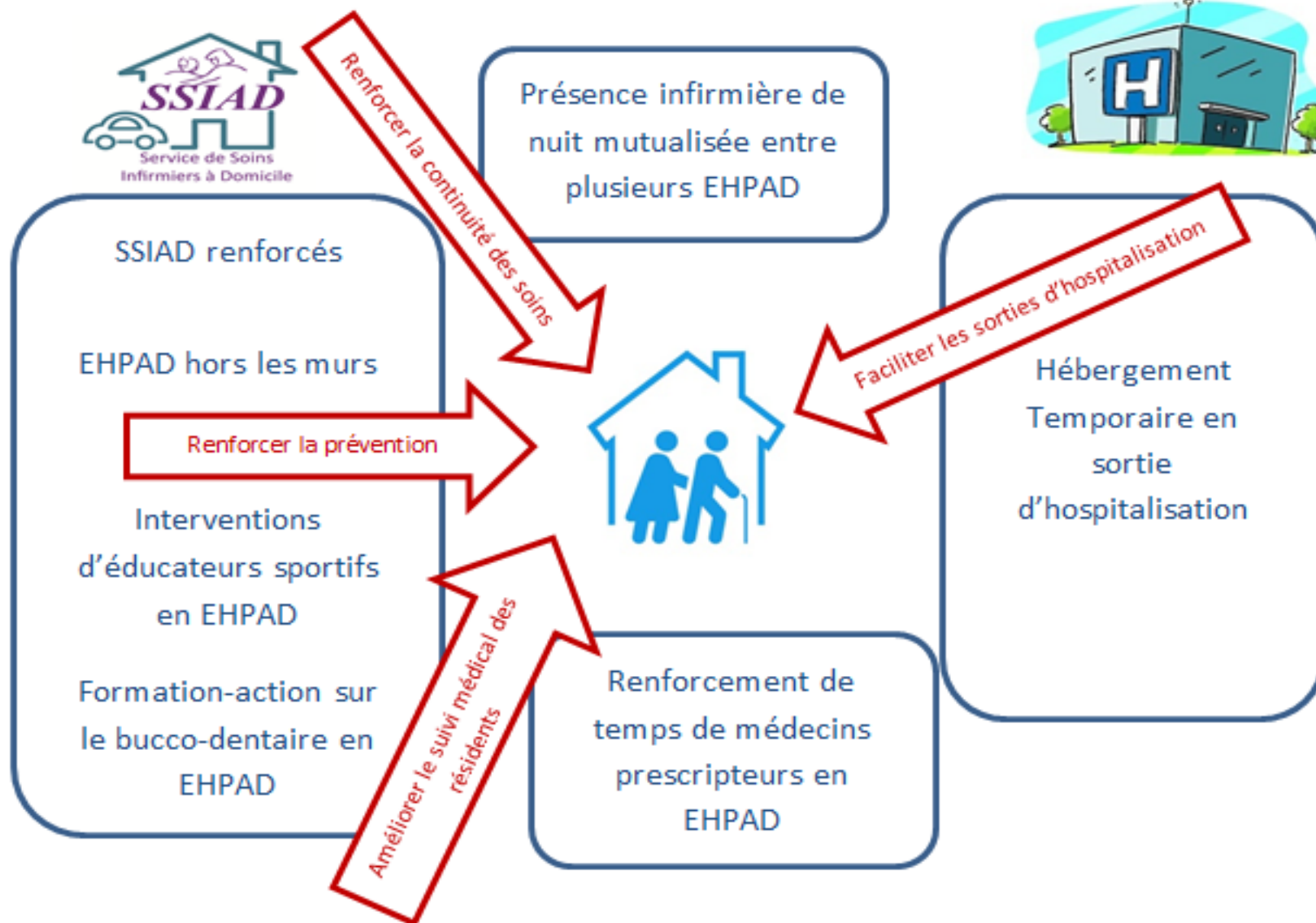
## — Hébergement Temporaire en EHPAD en sortie d'hospitalisation

- Déjà testé à Paris 9-10-19ème dans le cadre de l'expérimentation nationale « PAERPA »
- Objectif : Il vise à fluidifier le parcours de soins et de vie de personnes âgées qui, à l'issue d'un séjour hospitalier, ont des difficultés à retourner chez elles malgré un état de santé stabilisé.
- Enjeux : réduction des durées d'hospitalisations, lever le frein du reste à charge, suivi en médico-social tourné vers retour à domicile,
- Proposer un HT dont le tarif hébergement est identique au cout du forfait hospitalier (20€), pendant 1 mois
- Financements prévus :
  - Sur le tarif hébergement : 60€/jour/résident pendant 1 mois, soit près de 900 000€ sur 1 an pour 40 places
  - Sur le tarif soins : revalorisation à 15 000€/place/an, conformément aux travaux régionaux de 2014 sur l'hébergement temporaire, soit potentiellement 100 000€
- AAC lancé fin 2017 pour autoriser 40 places d'HT en EHPAD en Seine-et-Marne. 2 opérateurs retenus proposant chacun 20 pl d'HT, en liens étroits avec des établissements de santé en vue de faciliter les sorties de médecine-chirurgie et de SSR



## — EHPAD « hors les murs », une idée d'avenir dont le modèle économique reste à trouver

- AAP conjoint ARS-CD 92 en 2016, dans le nord 92
- 1 opérateur gestionnaire d'ESMS retenu : création de 30 pl de SSIAD, 50% de places à l'aide sociale à l'hébergement pour PA à domicile (sans récupération des frais)
- Budget global de 700 000€ (Ass M + CD)
- Objectif : offrir une palette de services à domicile équivalente à celle proposée en établissement, éviter l'entrée en EHPAD et l'hôpital
- Services rendus:
  - Un référent unique pour l'utilisateur, avec facture unique
  - Un opérateur qui articule l'ensemble des prises en charge au domicile et réévalue régulièrement les besoins
  - Sécurisation et adaptation du domicile
  - Aides et soins gradués à domicile (repas, loisirs, soins, aides aux actes de la vie quotidienne)
  - nouvelles technologies pour organisation des soins



## — Le sujet majeur du reste à charge

- Le sujet du reste à charge est prégnant dans les grandes agglomérations
- Les frais de séjour en EHPAD s'élèvent en France en moyenne à 2171€/mois : 1713€ pour l'hébergement et 458€ pour la dépendance. Les personnes âgées touchent ensuite un montant moyen d'aide de 413€/ mois soit un reste à charge net de 1758€/mois alors que leurs ressources sont comprises entre 1200€ et 1400€ mois. 17% de ces personnes résident dans des EHPAD privés à but lucratif.
- En IDF : d'après une enquête sur les tarifs hébergement en EHPAD, menée par ARS IDF sur année 2014, le tarif hébergement moyen francilien est de **2 430€/mois**, qui varie fortement selon le statut juridique de l'établissement : 1890€/mois pour le public, 2280€/mois pour l'associatif et 2910€/mois pour le privé lucratif.
- Si le dispositif actuel d'aide sociale à l'hébergement solvabilise correctement les plus démunis, en revanche le niveau croissant du reste à charge représente un poids particulièrement lourd pour les classes moyennes

## — Quelques pistes de changements plus radicaux

- Réformer l'aide sociale : vers un « bouclier autonomie » : à coût constant pour les finances publiques, il serait possible d'introduire une solvabilisation croissante en fonction de la durée de la dépendance (à domicile comme en établissement)
- Question du patrimoine : comment mobiliser le patrimoine pour financer l'accompagnement médico-social ? Développer « le Viager solidaire » pour solvabiliser les plans d'aide de la classe moyenne ?
- Faut-il instaurer une assurance dépendance à partir de 40 ans ?
- Une réforme technique très « politique » : Forfait soin : généraliser à cout constant pour l'assurance maladie un forfait élargi pour prendre en compte les besoins de la population polypathologique des EHPAD