



Ehpad : vers de nouveaux modèles ?

Décembre 2015

kpmg.fr

SOMMAIRE

	Édito	3
1	Méthodologie et présentation de l'échantillon	5
	1.1 Méthodologie de l'étude	5
	1.2 Caractéristiques des répondants	5
2	Impact de l'évolution de la dépendance sur les établissements et le secteur médico-social en général	7
	2.1 L'évolution du maintien à domicile	7
	2.2 Les personnes âgées entrent en établissements médicalisés à des âges plus élevés et plus dépendantes	7
	2.3 Un contexte de contraintes financières, moins favorable au développement du secteur Ehpad	8
3	Stratégies d'adaptation de l'offre de services pour mieux répondre aux évolutions	11
	3.1 La nécessaire conciliation entre qualité et performance économique	11
	3.2 L'impératif de travailler en réseau sur les territoires	14
	3.3 La diversification croissante de l'offre de services	21
	3.4 La mise en place de stratégies de « filière » hétérogènes, divergentes et parfois mixtes	21
	3.5 Les ressources humaines, un levier déterminant pour réussir ces évolutions et gagner en performance	29
4	Enjeux de la concentration du secteur	33
	4.1 Constats et enjeux	33
	4.2 Le mono-établissement pourra de moins en moins faire face à l'évolution de son écosystème	34
	4.3 Une course à la taille critique lancée aussi bien dans le secteur privé commercial que non lucratif	34
	4.4 Quel sera le paysage sectoriel demain ?	37
5	La gestion de l'immobilier, au cœur des évolutions et des stratégies	41
	5.1 Constats et enjeux	41
	5.2 Des stratégies divergentes et en évolution	42
	5.3 Un patrimoine immobilier en recomposition	47
	5.4 Quelles solutions s'offrent aux Ehpad pour répondre simultanément à leurs différents enjeux en matière immobilière ?	50
6	Les Ehpad de demain : entre continuités et innovations	53
	Remerciements	56

Une étude pour observer mais aussi pour agir

Depuis plus de dix ans, KPMG publie un observatoire des Ehpad, analysant les principaux ratios économiques et financiers du secteur de l'hébergement des personnes âgées. Dans la précédente édition, Hélène Gisserot saluait ce qu'elle appelait encore une initiative ; depuis 18 mois, des organismes officiels, la DREES et la CNSA ont produit des contributions substantielles à une meilleure connaissance de la réalité économique des établissements de personnes âgées : les institutions publiques sont là dans leur rôle pour recueillir les données et éclairer les décideurs et gestionnaires. Devions-nous pour autant stopper notre publication ?

Nous avons fait le choix de l'expertise qualitative : comment mieux saisir les évolutions et les attentes d'un secteur qu'en interrogeant celles et ceux qui dirigent au quotidien les établissements qui accueillent nos aînés ?

Les résultats des questionnaires, qui font l'objet de cette étude montrent leur réactivité : ils savent que leurs « murs » sont un gage de choix et que les restructurations physiques sont indispensables en s'éloignant du modèle hospitalier, trop souvent imité. Ils savent également que la taille critique et la mutualisation sont devenues les fondamentaux d'une bonne gestion. Dès lors, ils enclenchent des rapprochements et sont convaincus, même si l'évolution est lente, que le modèle monolithique de l'Ehpad a sans doute vécu.

Ce secteur possède un privilège, parfois un peu encombrant ; trois statuts juridiques se le partagent : le secteur public, collectivités locales et hôpitaux, le secteur privé non lucratif et le secteur privé dit commercial. Les directeurs de structures font le pari que les 3 secteurs vont s'équilibrer dans l'avenir, ce qui veut dire que le secteur public aura tendance à perdre des parts de marché.

Des contraintes internes, des évolutions souhaitées par les utilisateurs, des changements dans le modèle économique, de tout cela les directeurs ont parfaitement conscience et ils sont prêts à adapter leur stratégie : en élargissant l'offre pour gagner en performance, en améliorant la gestion des ressources humaines et en adaptant la gestion de l'immobilier.

Il y a près de 20 ans, le premier directeur de l'Andem, ancêtre de la HAS, mais aussi de l'Anesm, avait fait faire une première étude sur les facteurs de qualité dans les établissements de santé (au sens large). Ce qui ressortait comme le premier facteur de qualité était la qualité...des dirigeants. Nul doute que notre étude vient conforter cette assertion et que les premiers à écouter pour améliorer l'avenir de la prise en charge des personnes âgées sont ceux-là même qui aujourd'hui en ont la charge !

Benoît Péricard

Associé, Directeur national Secteur public et Santé
KPMG

1 Méthodologie et présentation de l'échantillon

1.1 Méthodologie de l'étude

Elle a été menée à la fois auprès de clients et de non-clients du cabinet, cette caractéristique ne constituant pas un critère de choix pour la réalisation de l'échantillon.

Entre mi-mai et mi-juin 2015, des questionnaires électroniques ont été adressés aux directeurs généraux, directeurs généraux adjoints, directeurs d'établissements et directeurs adjoints d'Ehpad permettant d'établir une étude statistique.

Ces questionnaires ont été complétés par des entretiens menés par des professionnels de KPMG auprès d'acteurs du secteur.

Cette étude donne la parole aux directeurs d'Ehpad. Qu'ils en gèrent un ou plusieurs, leur réponse compte pour une déclaration. La présentation des résultats ci-après est donc faite par directeur et non par établissement. Pour certaines questions, les répondants pouvaient donner plusieurs réponses d'où des taux supérieurs à 100 %.

Les répondants :

306 directeurs d'Ehpad dont 40 dirigent aussi d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux

11 privés commerciaux, 138 publics et 157 privé non lucratifs

Représentant 513 Ehpad

1.2 Caractéristiques des répondants

L'échantillon des répondants est représentatif du secteur au niveau national selon les critères de taille et de localisation.

En revanche, si tous les statuts juridiques sont représentés (public, privé non lucratif et privé commercial), il est à noter que l'échantillon n'est pas représentatif sur ce critère juridique, le privé commercial étant sous-représenté.

Dans la présentation de l'étude, certains zooms peuvent être faits sur les Ehpad publics ou privés non lucratifs, la base de répondants étant suffisante pour analyser des tendances avérées. Ce n'est pas le cas pour les Ehpad privés commerciaux seuls.

2 Impact de l'évolution de la dépendance sur les établissements et le secteur médico-social en général

À la question « *Selon vous, quelles sont les évolutions les plus importantes en cours et à venir qui affecteront le secteur Ehpad ?* », les directions d'Ehpad et groupes d'Ehpad interrogés pointent trois évolutions majeures.

2.1 L'évolution du maintien à domicile

Continuer à « vivre chez soi », y compris quand survient une perte d'autonomie temporaire ou permanente, partielle ou même lourde, est un choix prioritaire chez les personnes âgées qui préfèrent alors recourir aux services à domicile et à l'aide de leurs proches. Outre l'aspiration légitime de conserver leurs modes de vie habituels, la crainte de l'entrée en établissement médicalisé est d'autant plus forte qu'elle a un coût, qu'elle est difficile d'accès dans certains territoires et le plus souvent, synonyme pour les personnes âgées d'une perte de liberté de choix et d'une qualité de vie moindre.

2.2 Les personnes âgées entrent en établissement médicalisé à des âges plus élevés et plus dépendantes

Cette évolution s'est faite progressivement sans rupture et tout indique qu'elle va continuer. Les personnes âgées entrent en établissement médicalisé quand le maintien à domicile a atteint ses limites : une dépendance, notamment psycho-cognitive, devenue trop lourde à gérer par les proches et qui nécessite des soins et des accompagnements croissants, spécialisés et coûteux.

Les Ehpad accueilleront des résidents plus dépendants et verront les niveaux de leurs GMP et PMP¹ progresser encore. Cette plus forte perte d'autonomie des personnes âgées à leur entrée en Ehpad, la part grandissante des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et apparentées, et la dégradation de leur santé en général, nécessiteront des services d'aide et de soins en quantité suffisante et adaptés, des personnels en nombre plus élevé et bien formés. Ces taux d'encadrement probablement supérieurs à leurs niveaux d'aujourd'hui demanderont à être financés.

1. GMP : Groupe iso-ressources Moyen Pondéré ; PMP : Pathos Moyen Pondéré



« Les résidents accueillis en Ehpad auront davantage un profil USLD (Unité de Soins Longue Durée) ou avec des pathologies psychiatriques. Pour cela, il faudrait davantage de moyens humains et matériels. Les personnes âgées restent de plus en plus longtemps à domicile, grâce aux aides humaines et techniques. C'est souvent un choix mais cela peut aussi être subi par manque de moyens financiers pour payer l'Ehpad. La hausse du tarif hébergement et le faible niveau des retraites va poser des difficultés s'il n'y a pas de nouveaux modes de financements. On risque de revenir à une notion d'« hospice » : des établissements publics qui accueilleront les personnes qui ne peuvent pas s'acquitter du tarif hébergement. »

Myriam Rollot, Coordinatrice du pôle personnes âgées, Hôpitaux Privés de Metz (HPM)

2.3 Un contexte de contraintes financières, moins favorable au développement du secteur Ehpad

Après deux décennies de politiques publiques (plans « Grand âge ») en faveur des établissements médicalisés, on constate depuis 2010 un net ralentissement des créations des nouvelles places médicalisées. Cette tendance devra continuer durablement².

Les opérateurs d'Ehpad le constatent tous les jours sur le terrain. Les appels à projets se raréfient et concernent essentiellement la rénovation et la médicalisation de places existantes et de moins en moins de créations nouvelles. Les agences régionales de santé et les conseils départementaux deviennent de plus en plus exigeants, font pression sur les tarifs et font jouer les mesures de reprise d'excédents par section, impactant ainsi la gestion des services et leur équilibre financier.

Dès lors, les opérateurs d'Ehpad font la course à la taille pour répondre à ces évolutions et à ces contraintes avec l'objectif de réduire leurs coûts et d'augmenter leur efficacité.

Enfin, les acquisitions sur le marché français devenues trop chères, certains opérateurs du secteur commercial sont de plus en plus tentés d'aller chercher des opportunités d'affaires à l'étranger, en Europe, marché en croissance et d'accès plus facile, voire même en Chine, le plus grand marché en émergence.

Alors, quel sera l'avenir du secteur Ehpad en France ?

Une quasi-unanimité se dégage des entretiens avec les directeurs d'Ehpad et de leurs groupements : le secteur continuera à se développer et à accroître ses capacités, lentement mais sûrement, en raison du vieillissement de la population française en progression

à échéance de 2030-2050, avec notamment une progression forte des 85 ans et plus.

Malgré la tendance en faveur du « maintien à domicile » et l'accroissement prévisible du nombre des personnes âgées de 85 ans et plus, un âge où le risque dépendance est significatif, l'offre d'hébergement en établissements médicalisés devra s'adapter. Sauf progrès scientifique et clinique significatif dans le dépistage et le traitement des maladies en particulier neurodégénératives, si le contexte actuel perdure, il est à craindre de voir s'aggraver les pressions déjà palpables sur les services à domicile et l'accueil en établissement médicalisé.

Le défi pour la collectivité sera d'assurer un financement à la hauteur des enjeux en particulier pour solvabiliser la part de la charge des ménages. Ce financement devra mobiliser tous les leviers existants : l'État, l'assurance maladie, les collectivités, les caisses de retraite, les ménages et également les assureurs. Sans cela, le secteur Ehpad vivra au ralenti et les personnes âgées dépendantes et leurs proches, sans avoir réellement la possibilité de choisir la solution qui leur conviendrait ou que la situation exigerait, devront assumer des charges financières plus lourdes.

Au cœur des politiques publiques depuis plus de deux décennies, le secteur Ehpad montre des signes de fragilité mais il continue à accueillir des centaines de milliers de personnes âgées dépendantes. Le défi pour les opérateurs d'Ehpad sera de pouvoir accueillir des personnes âgées en nombre croissant, plus dépendantes, à la santé fragile, qui auront besoin de soins croissants et de services d'accompagnement de qualité et accessibles financièrement. Mais pas seulement, car de nouvelles opportunités se présentent. Le secteur a besoin de se repositionner, se réinventer, d'innover.

2. Entre 2007 et 2011, le rythme moyen de création de places était de plus de 15 000 par an (DRESS – n°877 – février 2014 – L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011). En 2014, la CNSA compte la création de 6 289 places et annonce une perspective 2015-2019 des ouvertures envisagées par les ARS de 18 600 places au total en Ehpad.

Va-t-il se spécialiser dans la grande dépendance ou accueillir toutes les dépendances, devenir plutôt un « lieu de soins » ou rester d'abord un « lieu de vie » ? Maintenir son activité traditionnelle ou diversifier davantage son offre de services ? Exploiter seul ou rejoindre un groupement ? S'enfermer dans ses murs ou oser le travail en réseau ? Rester une solution par défaut ou investir le champ du domicile ? Quels choix en matière de gestion immobilière ?

Toutes ces questions et bien d'autres, ont été posées aux directeurs d'Ehpad et de leurs groupements qui ont accepté de répondre en apportant leurs visions, analyses et propositions pour l'avenir.

Trois mots sont constamment revenus dans l'enquête et les entretiens comme autant de *leitmotivs* : les Ehpad devront faire preuve de beaucoup **d'humanité, de performance, d'innovation.**



« Le vieillissement de la population française est tangible et ce pour plusieurs décennies. Les Ehpad sont d'ores et déjà confrontés à un vieillissement croissant de leurs résidents (âge moyen, environ 87 ans dans nos établissements) et à une dépendance plus lourde avec des pathologies chroniques nombreuses, sept à huit chez une même personne. De ce fait, deux enjeux majeurs doivent être relevés à échéance de 2030, quand les baby-boomers auront atteint l'âge de la dépendance : pouvoir accueillir un public en nombre croissant (hébergement et dépendance) et renforcer la médicalisation. Or, dans le contexte actuel de contraintes sur les budgets publics, État comme collectivités, nous nous devons de faire preuve d'imagination et d'innovation dans la gestion de nos établissements (parcours de soins, formation, télémédecine,...). »

Jean-Philippe Sarrette, Directeur général, Arepa

« Le coût de prise en charge en Ehpad n'est pas excessif au regard des services fournis et de leur qualité et demeure plus adapté lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, notamment dans des situations de dépendance lourde. Cependant, il y a un problème de financement du reste à charge pour une partie des personnes âgées. De ce fait, les entrées en Ehpad se font de plus en plus tardivement ; quand la dépendance devient trop coûteuse ou ingérable pour les aidants proches et les durées de séjour raccourcissent, environ deux ans chez Korian France.

Il faut réduire le reste à charge des personnes âgées qui assurent aujourd'hui près de 65 % du coût total, toutes prestations confondues. Il faut viser un objectif de partage des dépenses de prise en charge en Ehpad de 50-50 % entre les ménages et les pouvoirs publics (assurance maladie et Conseil départemental), comme c'est le cas en Allemagne. Nos voisins ont récemment mis sur la table 5 milliards d'euros en plus des dispositifs de financement existants, en particulier de l'assurance dépendance. En France, la réforme du financement de la dépendance devra être posée clairement, car la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement mobilise peu de moyens et est centrée sur le domicile et la prévention.

De ce fait, les créations de nouvelles places médicalisées se sont nettement ralenties en raison des contraintes des budgets publics (État et Conseils départementaux). Qu'en sera-t-il alors à échéance de 2030-2040 ? Le vieillissement et son corollaire, la dépendance sont des données tangibles en France comme en Europe. Il est indispensable d'assurer des solutions innovantes à la hauteur des enjeux et durables pour à la fois répondre aux besoins des personnes âgées et de dynamiser un secteur économique créateur de richesses et de nombreux emplois pour la France. »

Yann Coléou, ancien Directeur général, Groupe Korian

3 Stratégies d'adaptation de l'offre de services pour mieux répondre aux évolutions

3.1 La nécessaire conciliation entre qualité et performance économique

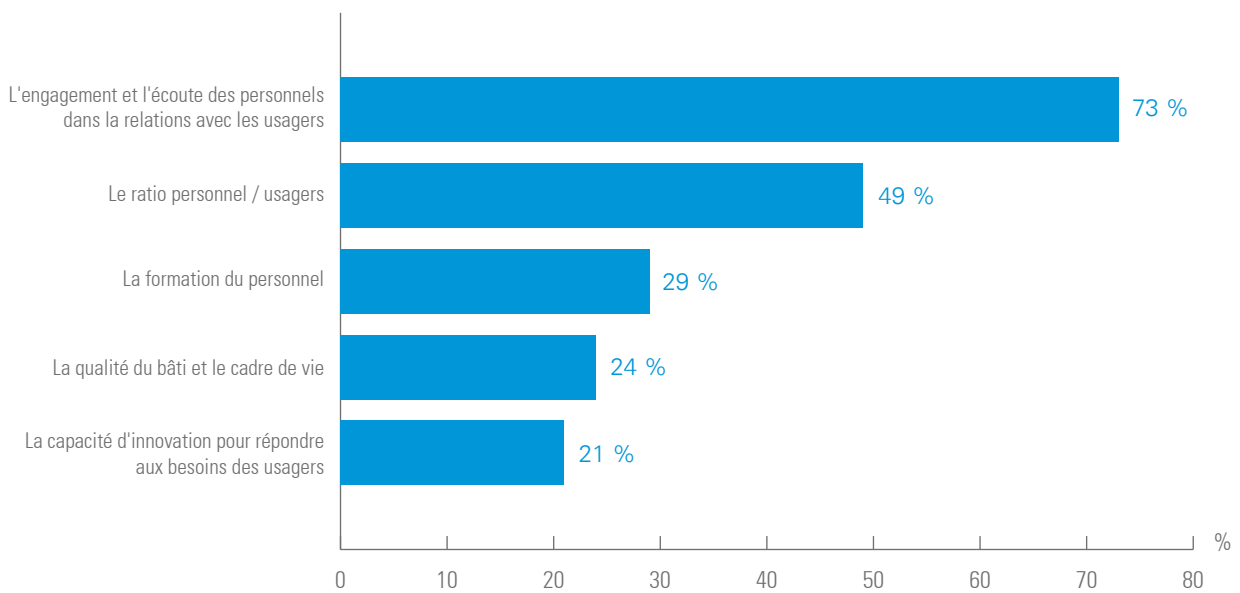
Les directions d'Ehpad sont conscientes que les évolutions économiques et sociétales impactent et impacteront les Ehpad, leurs métiers, leurs modes d'organisation, le fonctionnement des services au quotidien et les interactions avec l'environnement. Parce qu'ils accueillent des personnes plus âgées, plus dépendantes, atteintes de plusieurs pathologies chroniques, en particulier neurodégénératives et

psychiatriques, parfois quasiment « en fin de vie », les Ehpad se doivent de renforcer leurs offres de soins en quantité suffisante et de qualité et ainsi se doter de personnels adaptés et bien formés. En même temps, ils doivent rester des « lieux de vie », avec des services liés à la vie quotidienne adaptés et personnalisés, une vie sociale et une ouverture sur l'environnement proche. Il s'agit là d'une culture partagée et enracinée dans le secteur. Le défi à relever est de concilier adaptation aux demandes et aux profils, qualité et réussite économique.

Une vision globale se dégage des éléments de l'enquête sur les **conditions requises pour assurer une qualité** des services proposés au sein des Ehpad. Le facteur humain est cité en premier et c'est d'abord la qualité de la relation des professionnels avec les résidents qui prime (73 %). Toutefois, cette condition requiert des personnels en nombre suffisant (49 %) ; le taux d'encadrement étant un sujet prégnant dans le secteur et bien formés (29 %).

Viennent enfin, la qualité du bâti et du cadre de vie (24 %) et les capacités à faire évoluer l'offre de services pour mieux répondre aux besoins et aux attentes des résidents (21 %).

Selon vous, de quelle(s) caractéristique(s) dépend(ent) principalement la qualité de service d'un Ehpad ?
(Deux réponses maximum)



Base analyse : 306 répondants

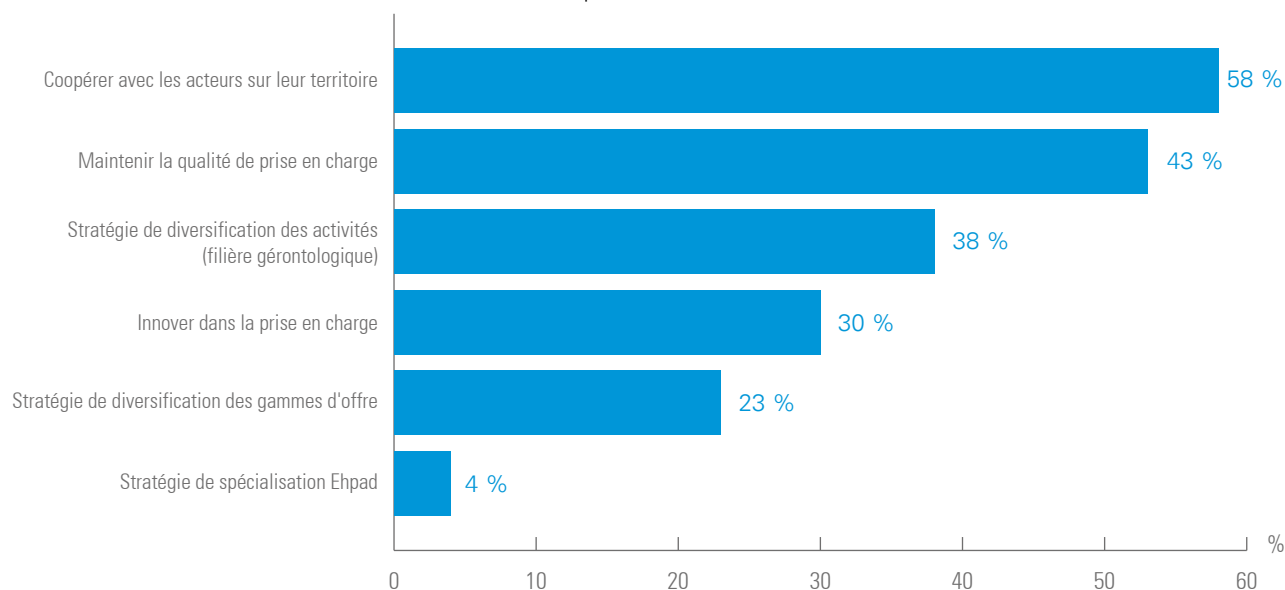
Les deux principales caractéristiques qui, selon les 306 directeurs d'Ehpad interrogés, permettraient de mieux **réussir économiquement** sont les coopérations avec les acteurs sur le territoire ainsi que la capacité à maintenir la qualité de prise en charge. Ces deux propositions arrivent en tête, quels que soient la taille de la structure et le statut juridique de l'organisme gestionnaire. La réussite économique est conditionnée d'abord par une bonne gestion de l'existant.

Plus tournées vers l'avenir, les stratégies de diversification de l'offre de services sont citées ensuite, avec 38 % pour les stratégies de filière gérontologique, 30 % pour les capacités à innover³ et 23 % pour les diversifications de gammes d'offre adaptées au marché.

À noter, les stratégies de spécialisation des Ehpad selon les types de dépendance ou de pathologies sont citées à la marge (4 %).

3. Innovation au sens large : offres de services, organisation, gestion, etc.

Les caractéristiques qui vont permettre aux gestionnaires d'Ehpad de mieux réussir économiquement que les autres relèvent de leur capacité à :
(Deux réponses maximum)



Base analyse : 306 répondants



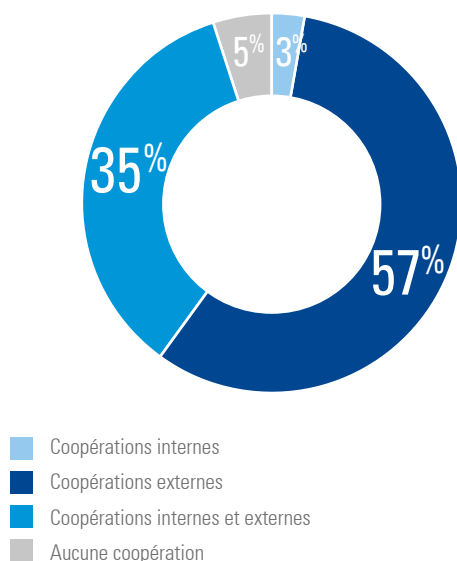
Par coopération, il faut comprendre ici toutes formes de collaboration entre les professionnels, les pratiques ou les structures du secteur social et médico-social, sanitaire ou autres partenariats permettant d'offrir aux personnes âgées dépendantes un panel de solutions et services diversifiés et adaptés à leurs besoins et d'assurer la coordination des interventions des professionnels et structures, auprès des usagers. Les coopérations internes sont réalisées avec des établissements et services médico-sociaux ou non gérés, par le même organisme gestionnaire. Les coopérations externes sont celles avec des établissements et services médico-sociaux ou non gérés par d'autres acteurs du territoire.

3.2 L'impératif de travailler en réseau sur les territoires



Ce taux très élevé est quasi-identique quels que soient le statut juridique et le nombre d'établissements en gestion. Ces coopérations prennent des formes différentes : externes, internes ou un mélange des deux.

Votre/vos Ehpad ont mis en place des coopérations :
(Plusieurs réponses possibles)



Base analyse : 306 répondants

Les **coopérations internes** uniquement sont marginales (3 %) dans le panel, tout comme ceux qui n'en font aucune (5%).

Les coopérations externes uniquement sont plus fréquemment citées (57 %), ensuite un mixte des deux (35 %). Cependant, au total, le taux de déclaration des directeurs pour les coopérations externes (réponses mixtes comprises) est deux fois plus important que celui relatif aux coopérations internes (réponses mixtes comprises) : 92 % contre 40 %.

Les coopérations internes (uniques ou mixtes) sont plus fréquentes quand il s'agit d'un groupe avec plusieurs établissements d'hébergement et autres services (67 %). Ce taux varie fortement selon que le mono-établissement appartient à un gestionnaire multi-services (personnes âgées ou personnes handicapées, établissements ou services à domicile) ou non.

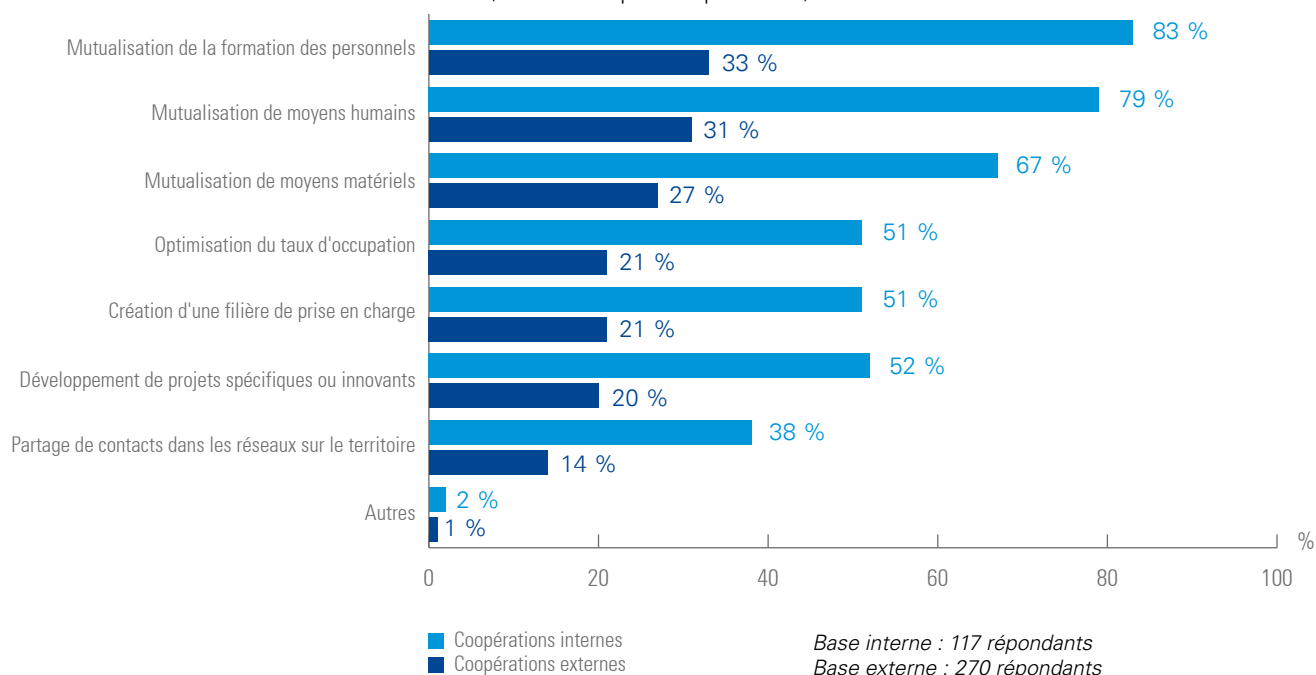
La coopération entre structures a pour avantage de faire jouer les complémentarités entre les acteurs et de mobiliser leurs ressources pour des réponses adaptées et de qualité aux besoins des personnes. La loi de 2002 a fortement incité les structures du secteur social et médico-social à coopérer afin de favoriser la coordination ainsi que la continuité de prise en charge et d'accompagnement des usagers. Le fait de coopérer répond aussi aux besoins d'adaptation des ESSMS, confrontés aux évolutions des attentes des publics accueillis.

Les objectifs poursuivis par la mise en place des coopérations internes relèvent principalement de la mutualisation de moyens, que ce soit en termes de formation (83 %), de moyens humains (79 %) ou de moyens matériels (67 %). Cette mutualisation des moyens humains et matériels concerne bien sûr les fonctions supports (comptabilité, informatique, services achats, outils de gestion RH, communication, etc.) mais aussi des fonctions opérationnelles sur le terrain. En effet, selon leur maillage territorial, des établissements appartenant au même gestionnaire ou à un groupement d'établissements peuvent se doter d'une direction multi-sites, mutualiser des personnels techniques, (le médecin coordinateur, les infirmières, les aides-soignantes, la diététicienne, le qualicien, etc.) ou des moyens matériels comme par exemple une cuisine centrale, les services de blanchisserie, d'entretien, de transports, etc.

Ces coopérations internes peuvent, dans une moindre mesure (environ 50 % des déclarations), s'inscrire dans une volonté de développer des projets spécifiques ou innovants, une stratégie de filière de prise en charge et bien sûr d'optimiser la gestion des services proposés par les opérateurs.

Concernant les **coopérations externes**, les directeurs d'Ehpad semblent en général motivés par les mêmes objectifs mais ceux-ci sont affirmés dans des proportions moindres.

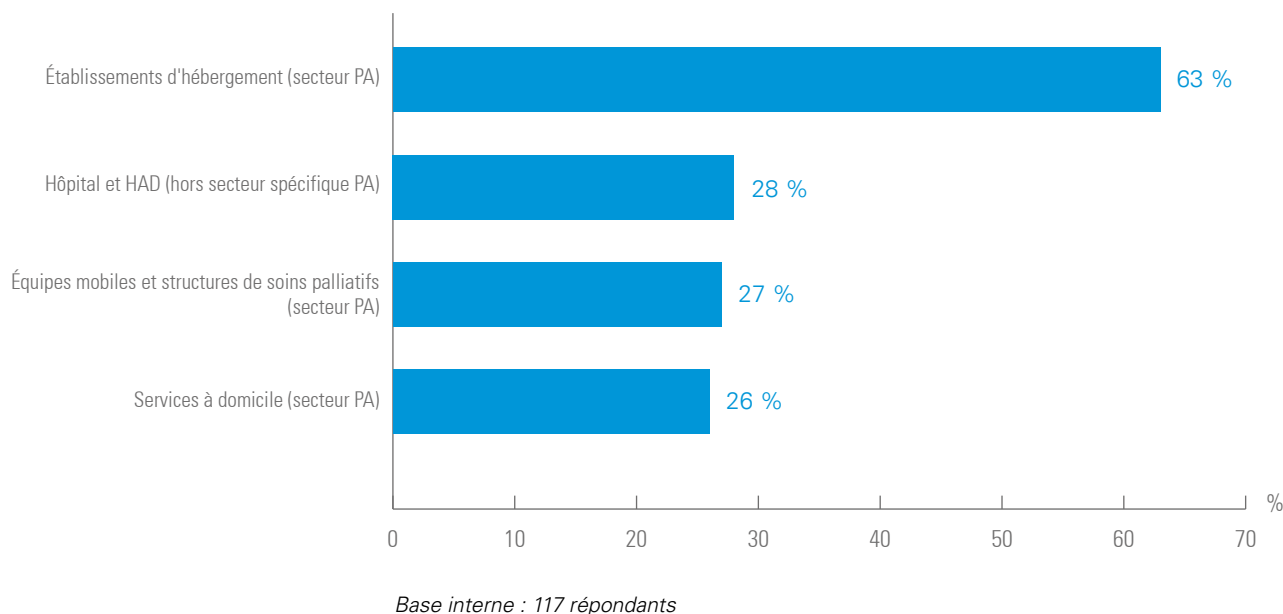
Quel(s) sont les objectifs de cette (ces) coopération(s) ?
(Plusieurs réponses possibles)



Majoritairement, les coopérations internes se font d'abord entre établissements d'hébergement (Ehpad, Ehpa). Viennent ensuite et loin derrière, des structures hors établissements d'hébergement mais intervenant auprès des personnes âgées : hôpital et HAD (28 %), équipes mobiles et soins palliatifs (27 %), Ssiad, Spasad et Saad (26 %).

Ces résultats mettent en évidence la fréquence prédominante de la mono-filière dans le secteur, c'est-à-dire des opérateurs spécialisés dans la gestion d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (résidences services, Ehpa, Ehpad) par rapport à ceux qui développent une stratégie de filière « multi-services » combinant des services gériatriques et sanitaires, établissements et domicile. Nous est donnée ainsi une image du périmètre de ces stratégies de filière qui se dessinent sur le territoire.

Avec quelle(s) structure(s) avez-vous coopéré, en interne ?
(Plusieurs réponses possibles)

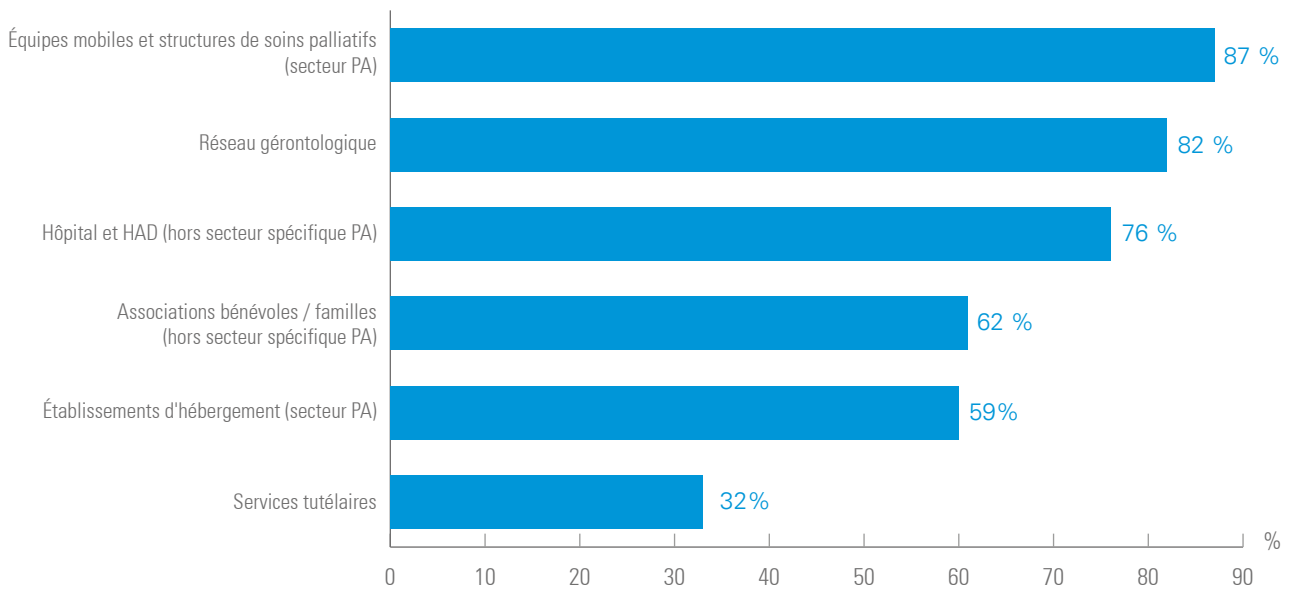


Concernant les coopérations externes, les services partenaires des Ehpad cités en premier lieu sont les équipes mobiles et soins palliatifs (87 %), les réseaux gérontologiques (82 %) et l'hôpital et l'HAD (76 %). Les coopérations externes avec d'autres établissements d'hébergement médicalisés ou non arrivent en seconde position avec presque 60 % des déclarations et enfin, loin derrière, les services tutélares (32 %).

Ces résultats sont quasi-identiques qu'il s'agisse de gestionnaires d'Ehpad en mono-filière ou de gestionnaires multi-services sauf pour les coopérations externes avec d'autres établissements d'hébergement pour personnes âgées qui sont plus élevés dans la mono-filière (+ 19 points).

À noter enfin, les familles et les bénévoles sont un partenaire fort, très sollicité (62 % des déclarations).

Avec quelle(s) structure(s) avez-vous coopéré, en externe ?



Base externe : 270 répondants



« Les Ehpad sont désormais au cœur du parcours de soins et de prise en charge des personnes âgées dépendantes et polypathologiques. Ils proposent des services diversifiés et travaillent en réseau avec les autres acteurs de soins et d'aide à proximité (SSR, HAD, Ssiad, RSS ...). C'est ce que fait Korian : une stratégie mixte appuyée à la fois sur des services en interne et des réseaux de proximité évitant les cloisonnements entre les différents intervenants auprès des personnes âgées. Korian, premier opérateur en France, dispose de 3 % de l'offre du secteur des Ehpad. Nous privilégions une approche pragmatique de travail en réseau avec des acteurs locaux. C'est plus réaliste, efficace et répond au plus près des attentes de nos résidents et de leurs familles. »

Yann Coléou, Ancien Directeur Général, Groupe Korian

En conclusion, le secteur Ehpad est plus marqué par la gestion en mono-filière (gestion spécialisée en établissements d'hébergement médicalisés pour personnes âgées). De ce fait, les directeurs ne disposent pas de tous les services, compétences et ressources nécessaires en interne, pour répondre à la diversité des situations et des besoins de leurs résidents. Mais, mêmes ceux qui ont su développer des stratégies de filière avec un périmètre plus ou moins large de services internes (Ehpad, Ehpa, SSR, Ssiad, HAD, télémédecine...) ne sont pas en mesure d'offrir tous les services nécessaires pour assurer un véritable « parcours de soins » à leurs résidents et répondre à toutes les situations.

De ce fait, les opérateurs d'Ehpad sont unanimes sur la nécessité pour eux de développer des coopérations externes avec des services locaux sanitaires et gériatriques (hôpital, HAD, soins palliatifs, équipes mobiles, réseaux gérontologiques, etc.).

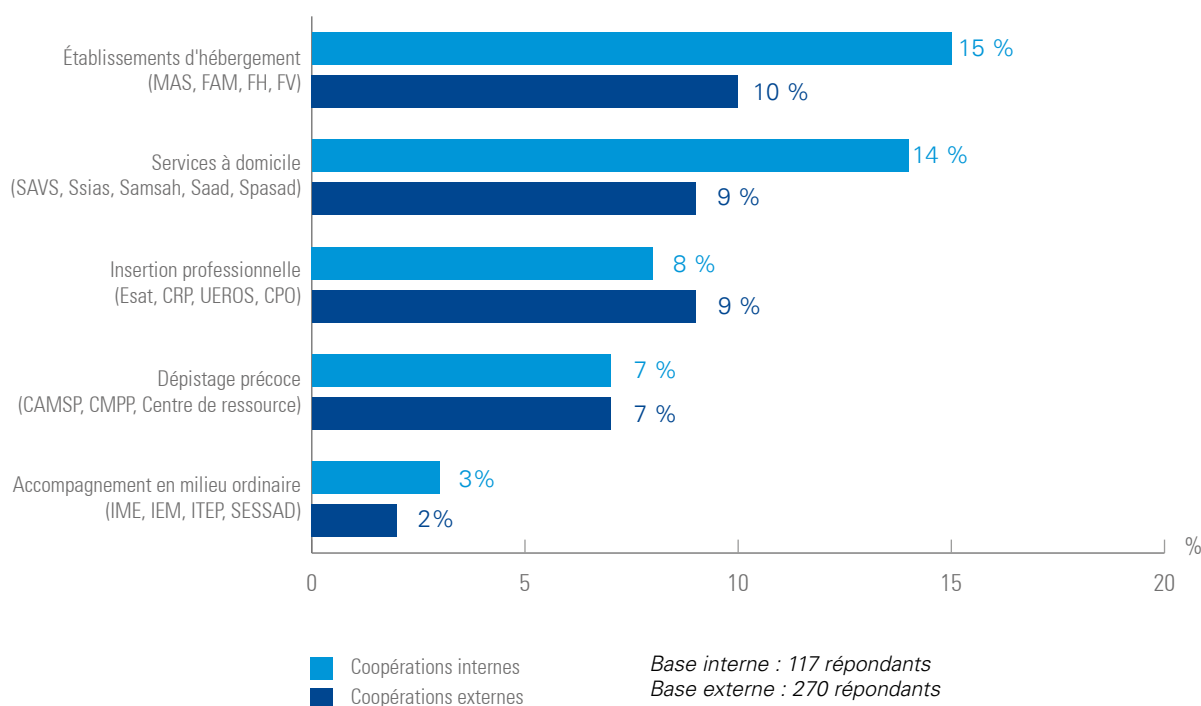
Pendant, deux constats doivent être relevés.

D'abord, les coopérations, qu'elles soient internes ou externes, sont essentiellement centrées sur les établissements et services sanitaires et gériatriques (Ehpad, Ehpa, SSR, Ssiad, HAD, hôpital, équipes mobiles, soins palliatifs, télémédecine...) et plus rarement orientées vers les services de soins et d'aide

à domicile (Ssiad, Saad). Il semble que même dans le cas d'opérateurs ayant développé des stratégies de filières incluant le domicile, les coopérations entre les services centrés sur l'établissement sanitaire ou gériatrique, et ceux centrés sur le domicile, peinent à se faire. Pourquoi ? Une « filière multi-services » sans cohésion territoriale ou sans stratégie d'intégration réelle ? Des métiers différents (compétences, organisation, management, culture...)?

Enfin, coopérations externes ou internes, les opérateurs des secteurs personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées travaillent rarement ensemble alors même que la question des personnes handicapées vieillissantes est de plus en plus reconnue par les pouvoirs publics, les institutions, les professionnels et l'opinion (cf. graphique ci-dessous). C'est particulièrement le cas quand il s'agit de gestionnaire d'Ehpad exclusivement. Néanmoins, des opérateurs ont mis en œuvre des expérimentations d'accueil commun entre des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées vieillissantes. Ils relèvent que ces expérimentations produisent des effets intéressants notamment : effet de taille, optimisation des effectifs et des compétences, mutualisation des personnels (grâce au taux d'encadrement plus fort pour les personnes handicapées).

Coopération avec les structures dans le handicap
(Plusieurs réponses possibles)



Concernant les coopérations externes, les directeurs sont quasi unanimes (90 %) à citer les conventions de partenariat comme outil pour mettre en place ces coopérations. Les GCSMS⁴ (de moyens / de gestion d'activité) arrivent loin derrière : 29 % seulement. Les autres formes de coopération : groupement d'employeur, GIE / GIP, fusion apparaissent comme marginales (entre 1 et 5 % des déclarations). Il n'y a pas de distinction particulière en fonction du statut

juridique de l'organisme gestionnaire, excepté les GCS / GCSMS qui sont davantage cités dans le secteur public.

Enfin, le constat majeur est celui du poids très important des coopérations non formalisées, citées à hauteur de 47 %. C'est la force du travail en réseau de proximité, des pratiques habituelles et de la confiance entre partenaires.



« Le GCSMS permet de rapprocher les structures associatives et facilitera ensuite une éventuelle fusion. Les rapprochements se sont inscrits à travers la création de comités, qui sont extrêmement actifs au sein du groupement. Deux ont été mis en place :

- la qualité : partage de compétences métier, interventions de spécialistes, audit annuel et enclenchement d'une démarche qualité au niveau global,
- les ressources humaines : convention collective, management, formations.

Le GCSMS est géré par le directeur ainsi que par le président de chacune des associations membres (13 associations au total, comprenant 11 membres et 2 membres associés). Agapè regroupe les directeurs et présidents des conseils d'administration, avec chacun une voix, ce qui pourrait être l'ébauche d'un futur modèle associatif / coopératif. Notre modèle donne de la force, impose le respect (il donne une capacité de discussion avec les autorités de contrôle et de tarification) et il n'y a pas de main mise de la part de l'un ou de l'autre membre.

Le bilan du groupement est positif d'une manière générale :

- une fusion devrait se réaliser avec plusieurs maisons du groupement. Cinq maisons avaient été identifiées il y a quelques mois et il y a aujourd'hui une dizaine de maisons candidates à la fusion ;
- un management de la Qualité bien développé.

Les contraintes identifiées relèvent surtout des différentiels d'investissement, notamment en termes de temps mobilisé. Le constat est que tout le monde ne s'investit pas au même niveau, ce qui peut générer certaines tensions. Par ailleurs, les divergences d'orientations des directeurs d'établissements au sein du GCSMS peuvent constituer un second frein au regroupement. »

Antoine Humeau, Directeur, Agapè (44)

4. GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIE : Groupement d'Intérêt Économique
GIP : Groupement d'Intérêt Public



« Notre dynamique de regroupement a démarré en 2005 avec la reprise par notre Ehpad d'un contrat de gestion d'une petite unité de vie de 22 lits qui était isolée et de taille trop petite pour pouvoir bénéficier des financements en vue de sa médicalisation. À cette époque, nos deux établissements, proches dans les idées en tant qu'établissements chrétiens mais distants de 30 km, étaient trop petits pour pouvoir subsister chacun de côté. Cela correspondait aux premières injonctions à se regrouper qu'on entendait. Le fait que les deux établissements soient distants mais sur un même territoire n'a pas posé de problème à notre regroupement et à la mutualisation de nos ressources. Ensuite, on nous a demandé de nous professionnaliser davantage, tout en étant plus performant et en dépensant moins. En dehors du partage de compétences et de la mutualisation, nous ne voyions pas d'autres solutions.

Le regroupement permet de répartir les coûts de certaines prestations ou externalisations. Aujourd'hui, un service RH, un service comptabilité, une infirmière référente ou un directeur diplômé coûtent trop cher pour un petit établissement ; ce qui n'est plus le cas quand on mutualise entre plusieurs établissements. En 2014, on a accueilli une association supplémentaire et créé l'association des maisons de retraite associatives du Centre. Les bénévoles, membres des conseils d'administration des trois structures, se sont rencontrés et ont partagé des constats et des valeurs. Chaque association a pu garder son indépendance car aucune n'était prête à accepter d'être gérée par une autre structure d'un autre territoire.

Nous n'avons pas opté pour un GCSMS, mais préféré un regroupement plus proche d'un GIE dans laquelle chacun est libre d'entrer ou sortir. On pourrait accueillir beaucoup d'autres associations du territoire. La réussite de notre plateforme associative est fondée sur la capacité à faire bouger les compétences d'un établissement à l'autre. La logique de territoire est importante : il faut pouvoir agir vite et pas loin. L'échelon départemental semble pertinent mais le régional pourrait l'être aussi dans le cadre des politiques des ARS. De plus, dans les 10 ans à venir, les personnes âgées ne vont pas bouger davantage. Le fait d'avoir une offre sur notre territoire sera donc toujours adaptée.

Nous avons mis en place une formation de formateurs qui a ensuite formé d'autres personnels de nos établissements. Cela a permis d'améliorer la qualité des services pour les résidents mais également les parcours professionnels des salariés. Nous envisageons, l'an prochain, de nous organiser en CPOM. »

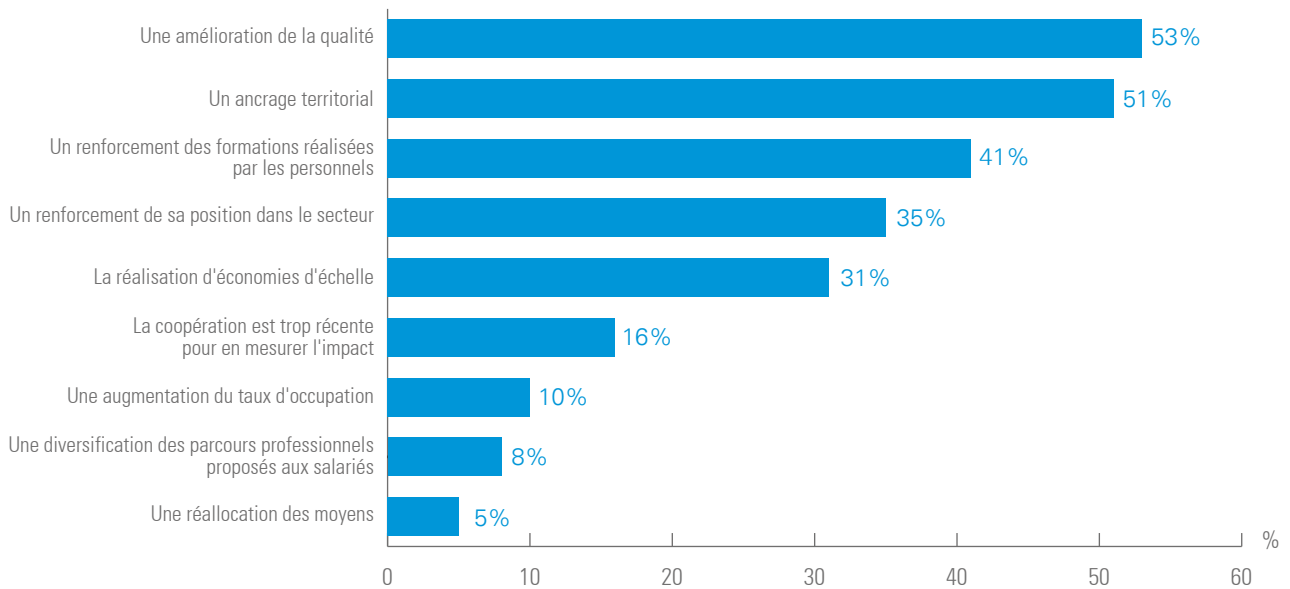
Thomas Guinamard, Directeur, Ehpad Bon Secours, Vendôme (41)

Les directions d'Ehpad relèvent plusieurs conséquences aux coopérations mises en place. Les effets positifs les plus cités (supérieurs à 50 %) par les directeurs d'Ehpad tous statuts confondus ayant mis en place des coopérations (internes et externes) sont, à un niveau équivalent, l'amélioration de la qualité des services et un ancrage territorial. Viennent ensuite : le renforcement des formations des personnels, la position dans le secteur et la réalisation d'économies d'échelle.

Étant donné le taux d'occupation très élevé en général, on peut comprendre que les coopérations internes et externes soient peu citées (10 % et 8 %) pour l'améliorer davantage.

En revanche, le peu de bénéfices sur les parcours professionnels des salariés alors même que la formation des personnels est en tête des objectifs des coopérations internes et externes peut interroger : est-ce en raison des cloisonnements des métiers et de l'absence de passerelles par exemple entre le secteur sanitaire et médico-social, ou entre le personnel soignant et celui des services, ou bien en raison d'un management des ressources humaines moins engagé dans une stratégie de parcours professionnels des personnels et plus dans une spécialisation forte ?

Au regard des coopérations mises en place, quelle(s) conséquence(s) avez-vous observée(s) sur votre/vos Ehpad ?
(Plusieurs réponses possibles)



Base analyse : 295 répondants

En croisant les objectifs de départ avec les conséquences observées, il semble qu'ils soient globalement atteints.

Les objectifs les plus cités en coopérations internes étaient la mutualisation des formations, des moyens matériels et humains. Quand on les croise avec les conséquences les plus en lien avec ces objectifs, on peut observer une concordance sur le renforcement des formations réalisées, les économies d'échelle.

Pour les coopérations externes, quand on croise les objectifs les plus cités (développement d'un réseau local, création de filière, projets innovants et mutualisation de la formation), avec les conséquences observées, on peut également constater une concordance significative. Ainsi, l'ancrage territorial arrive en tête, suivi du renforcement des formations réalisées et du renforcement de sa position dans le secteur.

3.3 La diversification croissante de l'offre de services

Les Ehpad de demain vont-ils se spécialiser dans la grande dépendance ?

Le maintien à domicile, soutenu par les pouvoirs publics, a connu depuis 2000 des progrès indéniables. Il a la faveur des personnes âgées et de leurs proches. La loi « adaptation de la société au vieillissement » marque une étape dans cette dynamique grâce à une démarche préventive et proactive globale en faveur du maintien de l'autonomie. L'arrivée prochaine au grand âge des baby-boomers plus attachés à leur autonomie et à leur bien-être devra confirmer cette évolution.

De ce fait, les Ehpad accueillent des personnes plus âgées, plus dépendantes, atteintes de plusieurs pathologies chroniques. C'est un fait avéré mais cela s'est passé progressivement et sans rupture avec la médicalisation croissante des Ehpad.

Selon les données de la DREES, les personnes dépendantes (GIR 1 à 4) accueillies en Ehpad représentaient 89 % de l'ensemble des résidents contre 84 % en 2007 et 81 % en 2003⁵. En USLD, elles sont presque 100 % dépendantes. Les personnes âgées très dépendantes (GIR 1 et 2) représentaient 55 % des résidents en Ehpad et 84 % en USLD contre respectivement 51 % et 82 % en 2007. Toutefois, les situations sont contrastées selon les secteurs. Ce sont les Ehpad des secteurs public hospitalier et privé commercial qui accueillent la part la plus élevée des personnes âgées très dépendantes, respectivement 60 % et 57 % contre 51 % pour les Ehpad des secteurs privé non lucratif et public non hospitalier.

Alors peut-on parler d'un choix délibéré, d'une stratégie de « spécialisation » dans la grande dépendance ou bien d'une situation de fait qui s'est imposée plus ou moins aux opérateurs d'Ehpad ? Celle-ci peut alors être liée à des facteurs les plus divers : la disponibilité ou non d'une prise en charge sanitaire comme c'est le cas pour les Ehpad du secteur public hospitalier et certains opérateurs du privé commercial issus du secteur sanitaire (SSR, clinique...), l'implantation géographique dans les grandes zones urbaines, là où vit une clientèle aux revenus plus élevés qui bénéficient de services de soins et d'aide à domicile plus diversifiés et accessibles...

Les directions d'Ehpad interrogées sont partagées sur la question de la spécialisation :

- il y a ceux qui pensent que les Ehpad accueilleront de plus en plus de personnes âgées dépendantes et en particulier atteintes de pathologies neurodégénératives, type Alzheimer, et donc, devront s'adapter à l'évolution du marché en se spécialisant sur cette demande avec des services adaptés en soins et en accompagnements, voire des établissements dédiés. En conséquence, les Ehpad deviendraient en quelque sorte des Unités de soins de longue durée (USLD) : médicalisation plus forte, des durées de séjours en diminution...
- pour d'autres opérateurs ce scénario n'est pas des plus probables, ni même souhaitable. En effet, les personnes âgées atteintes de maladies type Alzheimer ne seront pas l'unique figure de la grande dépendance qui continuera à être physique, sensorielle et psychologique. Par ailleurs, les publics accueillis seront différents en fonction des caractéristiques des territoires.

Néanmoins, tous les directeurs d'Ehpad interrogés affirment qu'il est capital d'adapter leur offre de services et leur organisation en fonction des situations des personnes âgées accueillies qui peuvent être plus ou moins dépendantes et de leurs affections qui peuvent être somatiques, géro-psycho ou gériatriques. Certains s'organisent par un ensemble comprenant des pavillons spécifiques à chaque public, d'autres créent des Ehpad entièrement spécialisés dans l'accueil de personnes ayant une même typologie de situation.

Par ailleurs, d'autres opérateurs interrogés semblent revenir sur leur choix d'exploiter un Ehpad spécialisé dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de démences. Cela s'explique par la montée en charge plus importante de l'établissement, des difficultés de maintenir un taux d'occupation stable dans la durée, des conditions de travail plus difficiles pour les personnels, des relations plus difficiles avec les familles et l'environnement social de proximité.

3.4 La mise en place de stratégies de « filière » hétérogènes, divergentes et parfois mixtes

Grâce aux différents plans nationaux « Grand âge », les Ehpad se sont engagés progressivement dans leur très grande majorité dans une dynamique tangible de médicalisation et de diversification des services : PASA, unités de vie protégées, équipes spécialisées Alzheimer, accueil permanent, accueil temporaire, accueil de jour, accueil de nuit, ...

5. DREES, Études & Résultats n°699, août 2009. Toutes les autres données sont extraites de DREES, Études & Résultats, n°877, fév. 2014

Si le constat montre que les Ehpad privilégient largement les coopérations externes avec les acteurs sanitaires, gériatriques et médico-sociaux sur leurs territoires pour apporter des solutions et services adaptés aux besoins de leurs résidents, des stratégies de « filière » en interne apparaissent.

Jusqu'ici, le secteur de la prise en charge des personnes âgées fonctionnait en tuyaux d'orgues étanches : d'un côté, le domicile lui-même partagé entre le soin (Ssiad, HAD) et l'aide (Saad) et de l'autre, l'accueil en établissements d'hébergement partagés entre Ehpad et Ehpa. À cela, il faut ajouter le clivage entre le sanitaire et le médico-social. La mise en place de dispositifs qui favorisent le « parcours de santé » ou le « parcours de prise de soins » permettent de dépasser ces frontières anciennes et de proposer des services et des solutions globales, adaptées et fluides.

De nombreux opérateurs, selon leur statut juridique, leurs métiers de base, le nombre d'établissements gérés et la densité de leur implantation locale, s'engagent dans des stratégies de diversification de leur offre de services en intervenant sur des segments plus ou moins importants de la chaîne de valeur allant de l'Ehpad à l'hôpital, de l'Ehpad au domicile en passant par toute une série de services intermédiaires.

Ces stratégies de « filière » sont hétérogènes, divergentes et parfois mixtes au sein des mêmes gestionnaires d'Ehpad :

- a- Filière sanitaire : Ehpad - Établissements et services de santé
- b- Filière gériatrique : Ehpad - Services à domicile
- c- Filière Parcours résidentiel (résidences services, Ehpa, Ehpad)

a- Filière sanitaire : Ehpad - Établissements et services de santé

L'accueil de personnes âgées très dépendantes et très malades nécessite des soins nombreux.

Pour répondre à cette nouvelle donne, assurer un « parcours de soins » des personnes âgées dépendantes et éviter les situations de rupture de prise en charge et les hospitalisations fréquentes, les

opérateurs d'Ehpad diversifient leur offre de services en développant des stratégies de filière en interne en intensifiant le volet soins : soins infirmiers, médecine générale, clinique psychiatrique, SSR, HAD, court séjour gériatrique, USLD, UHR, équipe mobile gériatrique, soins palliatifs, télémédecine, consultations mémoire, etc.

Ce sont tout d'abord la proximité des métiers gériatriques et sanitaires, la densité d'implantation géographique des opérateurs et de leurs services, et l'importance des synergies potentielles qui encouragent ces opérateurs à se diversifier vers des activités connexes, au-delà de la seule gestion de structures d'hébergement.

Ce modèle de filière gériatrique/sanitaire est déjà mis en œuvre par certains opérateurs qu'ils soient publics, privés non lucratifs ou commerciaux.

Il n'y a pas un seul modèle d'organisation de la filière. Le périmètre des services offerts peut varier selon les métiers d'origine de l'opérateur hospitalier ou gériatrique, sa stratégie de spécialisation/diversification sur la chaîne et les ressources présentes sur son territoire. Le travail en réseau avec les acteurs locaux est aussi une solution. Dans ce cadre, les groupements hospitaliers de territoire pourraient-ils jouer ce rôle de coordinateur des différents intervenants de la filière sur un territoire ?

Par ailleurs, les résultats de l'enquête sur les coopérations le montrent amplement : les stratégies de filière en interne n'excluent pas les coopérations externes parce qu'aucun opérateur ne dispose de tous les services et solutions nécessaires pour répondre aux besoins du parcours de soins des personnes âgées sur son territoire.

Cette stratégie de diversification n'est cependant pas sans difficultés ni même sans risques : elle nécessite des financements significatifs, des compétences spécifiques, des moyens techniques conséquents et une organisation en flux. Elle est limitée par l'organisation des financements des différentes prises en charge médicales. Enfin, le risque existe toujours de voir des services et des équipes, issues de métiers différents, moins bien collaborer ensemble.



« Au sein de HPM (Hôpitaux Privés de Metz), nous disposons d'une filière assez bien complète afin de favoriser le parcours de soins et d'accompagnement du patient / résident âgé :

- Court séjour gériatrique de 40 places ;
- Ssiad relais de 30 places PA / PH ;
- SSR polyvalent de 32 places ;
- USLD de 30 lits ;
- 2 Ehpad (50 lits et 69 places dont 4 temporaires et une UVP de 15 places) ;
- HAD ;
- EMSP.

Par ailleurs, les HPM font partie d'un réseau structuré de partenaires : réseau gérontologique, convention de gestion avec 2 Ehpad disposant d'un PASA, d'accueil de jour, d'UVP ; réseau congréganiste, UCC et consultation mémoire, soins palliatifs, UHR, SSR, centre psycho gériatrique avec équipe mobile psycho gériatrique, CLIC, associations de bénévoles...

Au sein du groupe HPM, les médecins collaborent entre eux. Les gériatres exercent également au SSR ; il y a une astreinte commune des 5 gériatres (USLD, SSR, court séjour). Les assistantes sociales des HPM favorisent également les transferts au sein de la filière. Les Ehpad accueillent des personnes âgées sortant du SSR ou du court séjour. La filière facilite d'une part, la prise en charge des situations urgentes, que ce soit des personnes âgées prises en charge en interne, ou adressées par le réseau ou la MAIA, et d'autre part, l'adéquation entre l'état de santé de la personne et le service de prise en charge : après observation du comportement du résident, si le service n'est pas adapté, il est plus aisé de prévoir un transfert dans un autre service.

La culture d'entreprise facilite les échanges entre les professionnels avec une gestion de l'aval pour être sûr que les personnes sont orientées dans la bonne structure. Les sorties du SSR et du court séjour sont précédées de réunions de synthèse et l'assistante sociale fait le lien avec les services intervenant à domicile. Mais au-delà de la filière interne aux HPM, c'est l'ensemble du réseau gérontologique du territoire qui est important pour la fluidité du parcours de la personne âgée (...) parce qu'il offre davantage de services et de solutions qui ne sont pas forcément disponibles en interne et au plus près des lieux de vie des personnes âgées et de leurs proches pour maintenir les liens familiaux et faciliter la vie des aidants. Dans le cadre d'une filière interne, plus restreinte géographiquement, il y aurait moins de latitude. »

Myriam Rollot, Coordinatrice Pôle personnes âgées, Hôpitaux privés de Metz (HPM)

b- Filière gériatrique : Ehpad - Services à domicile

À la différence de la filière précédente, celle-ci fait le choix de reprendre la filière dans l'autre sens et en amont de l'accueil en Ehpad. Plusieurs opérateurs, notamment issus du secteur privé non lucratif, et plus récemment du privé commercial, ont fait le pari de s'ouvrir sur le domicile, certains parlent même d'« Ehpad hors les murs ».

Selon ces opérateurs, l'Ehpad ne doit pas être un choix par défaut ou pire, une « solution malheureuse » à l'impossibilité de continuer à vivre chez soi. Il ne doit pas se spécialiser au risque de s'enfermer dans la prise en charge de la grande dépendance et ses problématiques, et ainsi être relégué au profit d'autres solutions comme par exemple l'habitat dit intermédiaire ou les solutions et services numériques du domicile.

Il doit au contraire intervenir en amont et en soutien au maintien à domicile en proposant des solutions et des services divers aux personnes âgées dépendantes et à leurs aidants, proches et professionnels, afin de favoriser un parcours résidentiel et de prise de soins adaptés et évolutifs. L'objectif étant *in fine* d'éviter un recours inadapté ou précoce à l'hébergement permanent en établissement médicalisé.

Les Ehpad peuvent également proposer des services orientés vers la prévention et ouverts à l'ensemble des personnes âgées de la ville ou aux aidants familiaux (musicothérapie, danse assise, atelier de mémoire, groupe de paroles d'aidants...). Des conférences sur le thème du « bien vieillir » à destination du grand public et des professionnels de santé peuvent être envisagées. Ces dispositifs de diffusion d'information peuvent permettre une meilleure connaissance réciproque des personnes âgées, des aidants et des professionnels. Au-delà de ces services organisés en filière interne, les Ehpad sont en lien avec le réseau gérontologique, les médecins traitants et les établissements hospitaliers du secteur.

Selon cette vision en plateforme, l'Ehpad doit déconnecter en partie ses missions de sa fonctionnalité traditionnelle centrée sur l'hébergement permanent en développant des services en interne et externe, anciens et nouveaux, dédiés aux personnes âgées dépendantes vivant à domicile (ou dans des lieux de vie collectifs non médicalisés) et à leurs proches aidants.

La stratégie de diversification des services proposés par les Ehpad peut devenir un axe de développement dans les années à venir : de nouveaux clients, nouvelles sources de revenus, et des synergies entre l'activité hébergement et l'activité services dans le but d'optimisation des services de soins et d'hébergement.

Toutefois ces stratégies peuvent se heurter à des difficultés liées tout autant à la complexité des circuits de financement fonctionnant en silos et aux obstacles réglementaires, qu'à la difficulté d'adapter l'organisation des services et le travail des équipes plus habituées à travailler en milieu fermé (Ehpad ou domicile). Les CPOM peuvent-ils apporter des solutions de décloisonnement ? À noter également, le risque de faire peser sur le modèle économique des Ehpad des services moins facile à optimiser et à l'équilibre économique précaire.



« L'évolution majeure à venir est celle de créer des passerelles avec le domicile, parce que les personnes âgées, même en cas de dépendance, préfèrent continuer à vivre chez elles, dans leur environnement social habituel (...).

Les Ehpad devront faire évoluer leurs métiers, leurs interventions, leur organisation et leur management vers une logique de « plateformes de services » ouverte sur les bassins de vie. Ils peuvent devenir véritablement des pôles de ressources et d'expertises gérontologiques sur leurs territoires : ils disposent de personnels qualifiés, d'une présence permanente, même de nuit, d'espaces d'accueil, de logistique, d'administration, des capacités de coordination, d'une densité importante d'implantation sur les territoires, etc. Ils peuvent offrir de nouveaux services aux personnes âgées vivant à domicile et à leurs proches aidants. Mais ils garderont toujours leur métier de base : l'accompagnement des personnes très âgées, très dépendantes, atteintes de la maladie d'Alzheimer, de démences ou de troubles psychiatriques, des personnes âgées en fin de vie. Des situations ingérables à domicile ou très coûteuses car nécessitant la présence d'un professionnel 24 h/24.

Les Ehpad de demain seront plus des « plateformes de services » que des entités centrées sur leur métier traditionnel. C'est l'orientation prise par la Croix-Rouge française. Nos services continuent de développer des réponses adaptées à l'accompagnement de la population accueillie et notamment de personnes âgées atteintes de pathologies de type Alzheimer ; mais nous privilégions une stratégie orientée vers le domicile en proposant des services alternatifs à l'hébergement permanent : PASA, accueil de jour, hébergement temporaire ou alterné, des lieux d'accueil de répit animés par nos bénévoles, des équipes spécialisées Alzheimer, des Ssiad, des centres de soins infirmiers, etc.

Cette évolution, comme toutes les innovations, prendra du temps pour se réaliser, mais elle est souhaitable, elle sera inéluctable. Certains diront que les circuits de financement sont trop cloisonnés pour permettre une mutualisation indispensable pour construire ce type de filière et assurer un modèle économique adapté et durable. Mais, il existe dès aujourd'hui des dispositifs qui peuvent être mobilisés pour aller dans ce sens : PAERPA, FIR, CPOM... Bien sûr, il faudrait une réforme du financement global, mais on peut déjà imaginer des solutions innovantes dès aujourd'hui... »

Murielle Jamot, Déléguée nationale filières personnes âgées et domicile -
Direction Santé Autonomie, Croix-Rouge Française

« Un point majeur de ces évolutions est le progrès considérable du maintien à domicile : aujourd'hui, on peut rester chez soi plus longtemps, dans de meilleures conditions, grâce à un panel de services divers : Ssiad, Saad, HAD, PAERPA, MAIA, CLIC, accueil de jour, hébergement temporaire, solutions de répit, etc. Ces services se sont structurés et certains travaillent réellement en réseau. Mais, les personnes âgées et leurs proches ne sont pas forcément informés de toutes les solutions et ressources existantes sur leur territoire, d'autant moins que l'information n'est pas toujours accessible et adaptée aux besoins et attentes des usagers, les dispositifs sont cloisonnés et certains plus orientés vers les professionnels que vers les usagers ciblés. De ce fait, ils sont moins bien identifiés et mobilisés par ces derniers qui par ailleurs ne maîtrisent pas la complexité de ces dispositifs et se perdent souvent et perdent du temps et beaucoup d'énergie dans la recherche du service idoine (...)





(...) Les Ehpad pourront devenir des « centres ressources », proches des lieux de vie des personnes âgées, une sorte de plateforme de services ouverte sur le domicile et travaillant en réseau avec les acteurs publics et les opérateurs de services de soins et d'aide dans la vie quotidienne. Ils ont de nombreux atouts pour le faire : ouverture 24 h / 24, maillage territorial, proximité des lieux de vie des personnes âgées, panel de services, personnels bien formés, logistique, travail en réseau avec les autres services sur le territoire (urgences, hôpital, services de soins et d'aide à domicile, etc.). »

Maryse Duval, Directrice générale Seniors, Groupe SOS

« La FCES a pris le pari du domicile grâce à son projet M@DO en cours d'expérimentation en Corrèze, la « maison de retraite » à domicile, concept innovant qui s'adresse aux personnes de plus de 60 ans et aux personnes handicapées qui souhaitent vivre chez elles le plus longtemps possible, dans leur milieu habituel fait de relations familiales, amicales et de voisinage, de services de proximité, et donc de lien social etc.

Un service 24 h/24 et 7 j/7 pour répondre à un besoin exprimé par une majorité de personnes fragilisées qui souhaite continuer à vivre chez elles. Elles peuvent y trouver des solutions et des services adaptés à leurs besoins et aspirations : accès aux soins de ville, à l'aide à domicile, portage de repas, téléassistance, animation etc.

Ce service prévoit également l'accompagnement et la prise en soins de personnes très dépendantes dont le choix est de vivre à domicile avec un accompagnement novateur en apportant des réponses graduées selon l'évolution de la situation de la personne et de ses besoins, sans rupture, ou en alternant domicile et établissement et réciproquement le cas échéant.

L'objectif du projet expérimental est aussi d'intervenir en amont pour repérer les situations de fragilité et les premiers signes de risque de perte d'autonomie, et plus globalement, vise à favoriser le « bien vieillir » à commencer par l'adaptation du logement des personnes âgées, le rendre confortable et sécurisant pour éviter les risques, notamment de chutes, mais aussi des services comme la téléassistance.

Enfin, cette plateforme de services assure la coordination et les échanges entre les intervenants divers qui interviennent auprès des personnes âgées et handicapées sur le territoire : médecins traitants, infirmiers libéraux, professionnels paramédicaux, hôpital, Ssiad, Saad, portage de repas, Ehpad, Ehpa, accueil de jour, répit, etc.

Le projet M@DO a obtenu l'autorisation de l'ARS et du Conseil du département. »

Patrick Lambruschini, Secrétaire général, Fondation Caisses d'épargne pour la Solidarité

c- Filière Parcours résidentiel

Les opérateurs du privé non lucratif et du secteur public (CCAS) sont des acteurs reconnus et très anciens dans le secteur Logements foyers dénommés aujourd'hui « résidences autonomes » et ont été les premiers à développer les Maisons d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes⁶ (Mapad). Depuis, l'offre traditionnelle de résidence autonomie a perdu de son attrait car délaissée ces vingt dernières années par les pouvoirs publics au profit du couple maintien à domicile/accueil en établissement médicalisé. Bon nombre se sont transformés en Ehpad et certains ont été fermés. Le parc a perdu environ 30 % de ses capacités entre 2003 et 2011. Mais il représente encore 75 % de l'offre d'hébergement non médicalisé. Dans le secteur, les résidences autonomie sont gérées majoritairement par les communes via leurs CCAS, ensuite par le privé non lucratif (association) et très rarement (4 %) par des opérateurs du privé commercial.

Or, profitant de l'affaiblissement des résidences autonomie, de nouveaux acteurs, (caisses de retraite, mutuelles, bailleurs sociaux et surtout promoteurs privés) ont su se positionner sur ce « marché émergent » grâce à de nouveaux concepts⁷ plus attractifs et plus ciblés. Ces nouvelles solutions proposent toutes des logements autonomes (T1 bis à T3), adaptés, confortables et sécurisés, groupés autour d'espaces communs soit avec un simple service de conciergerie ou une offre de services complète (gardiennage, accueil, restauration, blanchisserie, services d'aide à domicile, téléassistance, activités du bien vieillir, etc.) Les lieux de vie collectifs non médicalisés comme les résidences autonomie ou les résidences services sont un maillon utile et spécifique dans le parcours de vie des personnes âgées et le panel d'offres de services. Ce sont aussi des lieux de prévention de la perte d'autonomie.

Des spécialistes Ehpa - Ehpad se sont également lancés dans ce secteur. Ils sont issus du secteur associatif mais aussi du privé commercial.

Ils disposent d'un avantage fort : une expérience dans la gestion d'établissements pour personnes âgées, un modèle économique fondé sur la gestion immobilière et l'exploitation des services, et enfin, une chaîne de valeur pouvant générer des synergies. Cependant, les entretiens réalisés avec ces opérateurs, mettent en évidence une très faible intégration de la filière en raison d'un déséquilibre très fort entre le nombre de résidences services et celui des Ehpad gérés par chaque opérateur et d'une cartographie d'implantation qui ne se croise pas toujours ou très peu sur les territoires.

Pour générer des synergies au sein de la filière et donc un vrai parcours résidentiel, il semble important de disposer d'un équilibre entre les établissements médicalisés et non médicalisés sur les territoires. Cette condition est nécessaire mais pas suffisante. Elle doit s'accompagner d'une véritable stratégie de parcours résidentiel pilotée, organisée puis mise en œuvre sur le terrain grâce à des formations, des outils d'information communs, des temps de partage inter-équipes et un bon ancrage territorial.

Les opérateurs interrogés en sont conscients et affirment que le développement d'offres d'habitat collectif dit intermédiaire (résidences autonomie, résidences services) ne constitue pas un risque pour le secteur Ehpad, bien au contraire : les deux secteurs sont complémentaires, parce qu'ils ne s'adressent pas aux mêmes publics et n'offrent pas les mêmes services.

Chaque opérateur, par son histoire, son positionnement, ses moyens, a des atouts mais aussi des contraintes pour évoluer dans un environnement changeant.

Alors, quel sera l'avenir de ces stratégies de diversification, quelles seront celles qui présenteront les conditions économiques déterminantes pour réussir, quels seront les acteurs qui pourront prétendre à en être le moteur et le pôle organisateur ?

6. La première Mapad (Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes) ouvre ainsi ses portes en 1981 à Sèvres (92) à l'initiative de l'AREPA.

7. Par exemple : Béguinages, Papy loft, logements partagés, logements groupés, habitat intergénérationnel.



« J'espère que dans 10 ans, il y aura plus de public. Car je pense que c'est le public qui a la plus grande force pour évoluer.

À l'instar des hôpitaux et de leurs regroupements afin d'avoir un gestionnaire principal et plusieurs centres spécialisés pour donner aux personnes le service adapté à leur besoin. Je pense que l'État a plus cette capacité.

Cet exemple dans notre secteur est porté par le Conseil départemental de l'Essonne qui a pris, en direct, la gestion de plusieurs Ehpad.

L'associatif, par rapport au privé commercial et au public, a un avantage : son projet associatif. Dans les 10 ans, les associations auront un rôle important : celui de communiquer sur leur projet, comme ça a pu être fait dans le secteur du handicap.

Il faut nous différencier de manière positive et constructive. »

Thomas Guinamard, Directeur, Ehpad Bon Secours, Vendôme (41)

« Pour autant, l'Ehpad ne pourra pas devenir une « plateforme de services intégrés » (sanitaire et social) comme certains le laissent entendre. Ce n'est pas l'« Ehpad hors les murs » mais plutôt l'« Hôpital hors les murs » qu'il faudrait promouvoir car c'est bien là qu'il y a les services et les spécialités nécessaires, les personnels compétents et en nombre, les plateaux et moyens techniques, la logistique administrative et les financements. C'est à l'hôpital (hôpital local, SSR...) qu'échoit cette mission de devenir une « plateforme de services » : HAD, urgences, hospitalisation, équipes mobiles, soins palliatifs, infirmières de nuit, télé-médecine, etc. Il doit réorienter ses activités et son organisation vers son environnement social, soigner les personnes âgées dans leur lieu de vie en travaillant étroitement avec les médecins traitants, les médecins coordonnateurs des Ehpad, les soins à domicile, etc. Pour cela, il est indispensable de développer la culture gériatrique qui reste encore aujourd'hui marginale en milieu hospitalier. C'est ce que j'ai réalisé au sein de l'hôpital des Magnolias (HPGM, Essonne).

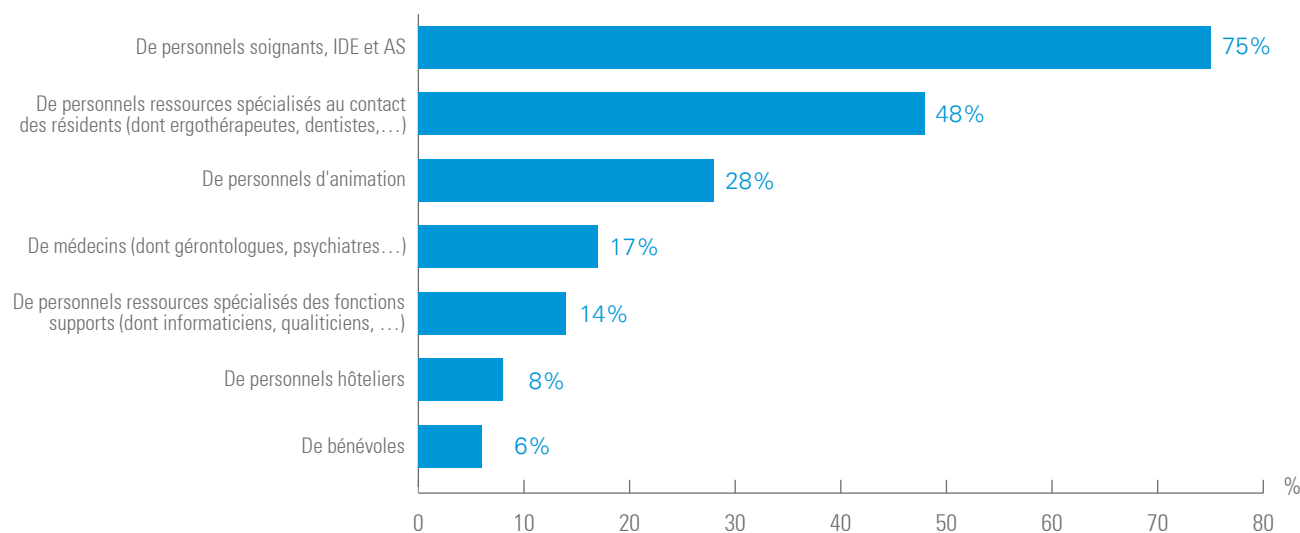
Les Ehpad, quant à eux, doivent plutôt travailler en réseau (partenariats institutionnels, coopération organisées ou informelles) avec les acteurs de la filière gériatrique du territoire, qui doit s'adapter pour être au service des Ehpad avec une réponse médicale directe, permanente et adaptée (accueil direct 24 h / 24, équipes mobiles gériatriques et géronto-psychiatriques, infirmières de nuit, télé-médecine) l'objectif étant d'éviter les urgences ou les hospitalisations inappropriées, garantir un juste soin, sans abandon de soin, et permettre à la personne âgée de vivre jusqu'au bout dans l'environnement qu'elle a choisi. »

Evelyne Gaussens, Directrice d'hôpital honoraire, ancienne Directrice générale de HPGM (91)

3.5 Les ressources humaines, un levier déterminant pour réussir ces évolutions et gagner en performance

Rappelons que le facteur humain est le premier levier de la qualité cité par les 306 directeurs d'Ehpad interrogés avec une primauté à la qualité de la relation des professionnels avec les résidents (73 %), mais cette condition requiert des personnels en nombre suffisant (49 %) et bien formés (29 %).

Selon vous, en termes de profil des ressources humaines dans les années à venir, pour répondre aux besoins des résidents, les Ehpad devront avoir davantage de personnels sur les postes suivants :
(Deux réponses maximum)



Base analyse : 306 répondants

Dans les années à venir, trois directeurs sur quatre estiment que les Ehpad auront davantage de besoins en termes de **personnels soignants, IDE et AS**. Les **personnels spécialisés** tels que des **dentistes, ergothérapeutes ou kinésithérapeutes** sont également fortement sollicités, car un directeur sur deux reconnaît ces spécialités comme un besoin à venir en termes de personnel.

À noter également que les besoins en **personnels d'animation** (28 %) sont cités plus fréquemment que les médecins dont gériatologues et psychiatres (17 %).

Cependant, des situations spécifiques s'expriment **essentiellement selon la taille des Ehpad** et ce quel que soit le statut juridique des Ehpad. Si les besoins déclarés en personnels soignants (hors médecins, gériatologues et psychiatres) sont assez homogènes, des différences significatives apparaissent concernant les autres types de personnels.

En **personnels d'animation** (28 % des déclarations, toutes tailles confondues), ce sont les petites structures d'Ehpad (moins de 70 places) qui expriment

les besoins les plus élevés, avec une tendance à la baisse pour les plus grandes. C'est l'inverse concernant les **médecins, gériatologues et psychiatres** (17 % des déclarations, toutes tailles confondues), ils sont cités plus fréquemment par les directeurs gérant des structures de 90 places et plus. C'est également le cas des **fonctions supports** qui intègrent aussi bien les personnels en charge du système d'information que du management de la qualité.

Les besoins en **personnels hôteliers** arrivent en dernier avec des niveaux quasi-similaires entre 7 et 10 %. Enfin, le recours au **bénévolat** n'est pas identifié comme prioritaire mais il est reconnu tout de même comme une ressource éventuelle (6 % des déclarations).

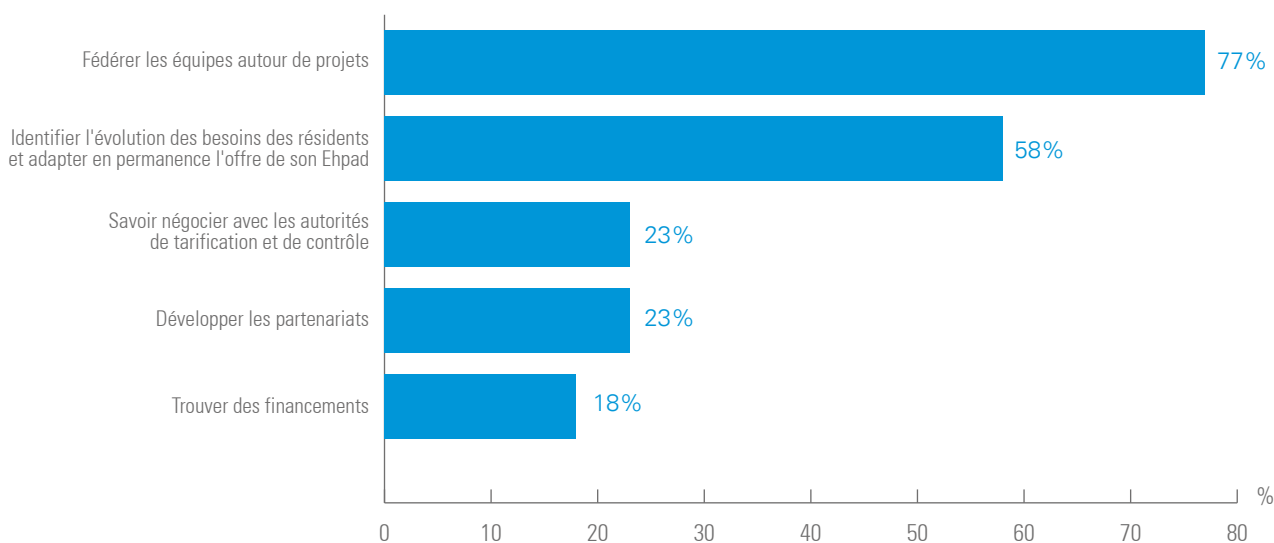
En conclusion, d'une manière générale, les **personnels soignants et les ressources spécialisées** représentent les besoins les plus cités en termes de profils ressources humaines nécessaires à l'avenir, toute taille de structure confondue et tout statut juridique confondu. Ces réponses reflètent bien la tendance à la hausse des **besoins en soins** au sein des établissements médicalisés en raison de

l'augmentation du degré de dépendance et de dégradation de la santé des résidents qui sont souvent atteints de plusieurs pathologies notamment chroniques. Pour autant, les Ehpad sont aussi des **« lieux de vie »** et doivent le rester, c'est ce qu'illustre le pourcentage élevé des besoins déclarés en **personnels d'animation** : presque un tiers des

déclarations des directeurs fortement attachés à la participation des résidents aux activités physiques, culturelles et à la vie sociale de leurs établissements.

Les directeurs d'Ehpad ont un rôle pivot dans le devenir de leurs établissements. Ils ont été interrogés sur les qualités à mettre en œuvre dans de telles fonctions.

Les qualités requises pour un gestionnaire d'Ehpad
(Deux réponses possibles)



Base analyse : 306 répondants

Les principales qualités d'un gestionnaire d'Ehpad, selon les 306 directeurs interrogés, sont principalement orientées en interne et sur le terrain : bien manager son équipe et la mobiliser autour du projet d'établissement (77 % des déclarations) et veiller à l'adaptation des services aux besoins des résidents et à leur bien-être (58 %). Ces deux qualités vont ensemble : la première relève des moyens au service de la seconde qui est la finalité même de l'Ehpad.

Ce résultat illustre aussi la volonté des directeurs d'Ehpad d'insister sur leurs missions premières centrées sur le facteur humain, clé de la réussite : manager des personnels compétents, motivés et impliqués dans la vie de l'établissement au service de la satisfaction des besoins et des attentes des résidents et de leurs proches. Avec un taux de déclaration égale à 23 %, la capacité à savoir négocier avec les autorités de tarification et de contrôle et la capacité à développer des partenariats arrivent au second plan. Enfin, la capacité à trouver des financements est citée en dernier choix (18 %). Excepté ce dernier point, l'ensemble des directeurs interrogés est d'accord, qu'ils dirigent un ou plusieurs établissements et ce quelle que soit la forme juridique de l'organisme gestionnaire.

Plus globalement, le profil du directeur évolue avec le secteur. Auparavant, il était issu du rang et la direction d'Ehpad était l'aboutissement d'une carrière. Le directeur des années 2000 est devenu un gestionnaire, avec une formation spécialisée, de haut niveau et centrée notamment sur la gestion financière : négociant avec les financeurs, cherchant à améliorer l'efficacité économique de son ou ses établissements, gérant les questions administratives et juridiques. Le profil du directeur a évolué ces dernières années et, tel que dessiné par les directeurs eux-mêmes dans l'enquête, il est devenu un manager qui sait mobiliser ses équipes, élaborer et gérer des projets transversaux, construire des partenariats. Les questions liées à la gestion semblent venir au second plan, notamment peut-être en lien avec le phénomène de concentration des gestionnaires et la mise à disposition par un siège de fonctions supports.

Le directeur-manager a et aura un rôle pivot sur le terrain dans l'accompagnement du changement et l'accélération des mutations dans le secteur des Ehpad.



4 Enjeux de la concentration du secteur

4.1 Constats et enjeux

Les constats

Le secteur Ehpad connaît depuis plusieurs années un mouvement de concentration et de restructuration intenses et multifformes, tiré d'abord par une dynamique de croissance interne dans les années 2000. Ce mouvement se fait depuis 2010 dans un contexte de ralentissement des créations nouvelles de places médicalisées à travers des regroupements et de rachats et fusions.

Ce mouvement se fait à plusieurs niveaux :

- des regroupements de mono-établissements et petites entités pour former des groupes de taille moyenne ou grande à l'échelle régionale ou nationale pour le secteur non lucratif et le secteur commercial.
- des fusions de grands groupes nationaux du secteur commercial pour former des entreprises internationales.

À ces deux formes de restructuration/concentration, il faut ajouter un mouvement moins visible : une recomposition territoriale des établissements avec des questions de rentabilité prégnantes autour de 80-90 places avec la question cruciale du maintien de structures d'accueil de proximité, notamment dans les territoires ruraux ou périurbains.

Les enjeux

Ce mouvement de concentration est à l'image de ce qui se passe ou s'est passé dans d'autres secteurs.

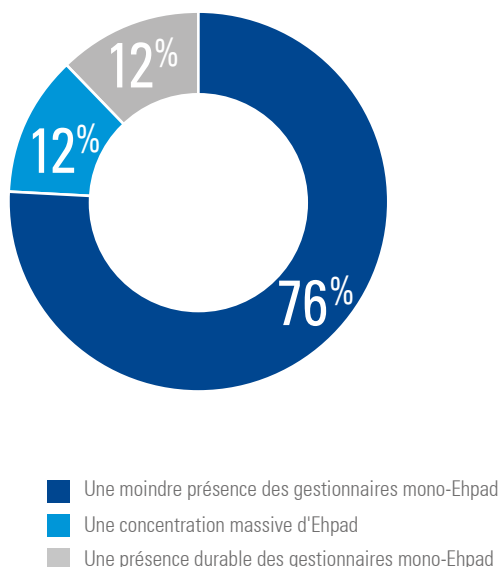
En effet, les mutations de l'environnement, la prise en charge plus sanitaire, la multiplication des normes, le renforcement de la réglementation de même que la pression économique sur les financements, les tarifs et donc les coûts, et l'évolution des besoins des usagers impose aux opérateurs d'Ehpad de trouver des réponses efficaces et durables à 3 enjeux :

- la qualité de l'accueil et des services au profit du résident et de ses proches,
- un modèle économique viable : une activité à forte intensité capitalistique, augmentation des coûts de fonctionnement, taille critique, mutualisation des fonctions supports et recherche de synergies,
- l'image de marque sur un marché concurrentiel (résidents, autorité de financement et de régulation, collectivités, investisseurs, etc.).

Face à cette triple contrainte, un nombre d'opérateurs, les gestionnaires de mono-établissements ou de petites entités, isolés répond de plus en plus difficilement aux contraintes de son environnement. C'est ce que nous dit l'ensemble des répondants.

4.2 Le mono-établissement pourra de moins en moins faire face à l'évolution de son écosystème

Comment visualisez-vous le secteur Ehpad dans dix ans ?
(Une réponse possible)



Base analyse : 306 répondants

Parmi 306 directeurs gérant au moins un Ehpad, 76 % estiment que la part des gestionnaires mono-établissements présents sur le secteur Ehpad va se réduire considérablement d'ici une dizaine d'années. 12 % prévoient des concentrations massives d'Ehpad. Seuls 12% considèrent qu'il y aura une présence durable de gestionnaires mono-établissements.

L'avis des directeurs sur la structuration du secteur dans les années à venir paraît bien tranché et partagé aussi bien par les dirigeants, de plusieurs Ehpad que ceux n'en dirigeant qu'un seul.

4.3 Une course à la taille critique lancée aussi bien dans le secteur privé commercial que non lucratif

Une course à la taille critique dans le secteur Ehpad est bien lancée. Cette concentration se fait aujourd'hui en France dans un contexte de croissance ralentie du marché. Il s'agit essentiellement de reprises, de rachats ou regroupements et fusions de structures existantes.

Le secteur privé commercial, un temps d'avance

Le secteur privé commercial est parti plus tôt que les autres secteurs, privé non lucratif et public. Sa concentration s'était appuyée d'abord sur une dynamique de croissance interne grâce aux créations de nouvelles places médicalisées très nombreuses durant les années 2000 (plans nationaux Grand âge). Avec le tarissement des nouvelles autorisations, la concentration du secteur s'appuie davantage sur des rachats de petites structures existantes : des propriétaires privés arrivés à la retraite et/ou intéressés par la vente de leurs établissements en raison des prix sur le marché, ou bien d'établissements en déficit d'exploitation.

Ce mouvement de concentration du secteur commercial va vraisemblablement se poursuivre dans les années à venir car il existe encore des établissements ciblés par ces opérateurs, dans le but de développer la taille de leur groupe et leur position sur le marché, de conforter leur ancrage territorial par des investissements rentables rapidement, grâce à leurs modèles de reprise et de gestion déjà éprouvés.

Sans remise en cause de cette concentration sur le marché national, quelques grands opérateurs ont entamé leur phase d'internationalisation, en particulier en Europe, voire même dans de nouveaux pays émergents dans le secteur comme la Chine.

Ces mouvements de concentration sur le marché domestique et à l'international sont motivés tout autant par une « logique de métiers ». Ces logiques couplées à des moyens conséquents (investisseurs et cotation en bourse) poussent à donner un rythme plus rapide et d'ampleur au mouvement de concentration dans le secteur.

Le secteur privé non lucratif, sur le chemin de la concentration

Partis plus tard, les opérateurs du privé non lucratif sont entrés dans le mouvement, avec une logique davantage centrée sur le métier puis le marché mais dans des conditions de financement moins aisées. En effet, le volume disponible d'aides publiques se réduisant, les opérateurs doivent trouver d'autres canaux de financement de leurs projets : partenariat avec des bailleurs, des investisseurs et mobilisation d'outils de financements propres à l'économie sociale et solidaire.

Le privé non lucratif est très concerné car marqué par une dispersion de ses structures, une plus grande répartition géographique avec une présence importante en zone rurale et dans les petites communes, une forte diversité d'offres de services (dépendance, handicap, insertion, solidarité) avec des structures de petites tailles.



Le secteur public et associatif : une gouvernance en évolution

« Le temps ancien où le conseil d'administration était composé de bénévoles dont certains étaient des élus locaux, est terminé parce que le contexte juridique, réglementaire, financier, technique et social n'est plus celui d'il y a 20 ou 30 ans. Le métier est devenu plus exigeant en expertises, en compétences, en management des ressources humaines, en gestion financière, en organisation des services, en qualité, etc. Les membres du conseil d'administration, bénévoles, n'ont pas forcément les compétences et la disponibilité nécessaires pour assurer pleinement leurs missions. En outre, le constat est fait d'un vieillissement significatif de nombreux conseils d'administration. Le président du CA, un bénévole, n'est pas en mesure d'assurer le suivi réel du fonctionnement de son Ehpad ; tâche confiée à un directeur ou directrice, lui ou elle-même isolé(e) (notamment dans le cas des mono-établissements) ne disposant pas de toutes les compétences et expertises nécessaires. Le président peut bien se trouver confronté à des situations risquées en termes de responsabilité sociale, civile voire pénale en cas de conflits de personnels, d'abus de bien sociaux ou de maltraitance. Un maire ou un élu local président d'un Ehpad peut difficilement prendre la responsabilité d'un licenciement ou d'un plan social car les salariés sont souvent les habitants de sa commune et donc ses électeurs ! »

Maryse Duval, directrice Groupe SOS Seniors, Groupe SOS

Face à ce mouvement de concentration, il n'est pas rare de rencontrer résistance et revendication d'autonomie dans le cadre de la préservation d'une offre sur le territoire, du respect de l'histoire de l'établissement émanant de l'initiative privée au service de l'intérêt général.

Mais ces dirigeants sont conscients des enjeux et de la nécessité, pour eux, de s'adapter aux nouvelles contraintes de l'activité Ehpad. Ils préfèrent alors le travail en réseau et les regroupements au sein d'un GCSMS ou d'un groupement entre structures autonomes dans un cadre fédératif en mutualisant certaines activités. Cela concerne aussi bien la gestion immobilière que l'exploitation (fonctions supports ou services) ou bien la gouvernance. La dynamique d'intégration arrive souvent après une première phase de coopération, plus ou moins intégrée, ou encore dans un contexte incitant au dialogue avec une seule instance fédérale plutôt que chacun des membres d'un groupement.

Enfin, quand ce n'est pas en raison des déficits et de la nécessité de reprise de l'établissement concerné, les besoins de financement lors de projets de rénovation ou restructuration du bâti peuvent être tels qu'il devient alors nécessaire de fusionner au sein d'un groupe de taille supérieure pour bénéficier des compétences d'expertises, de la force de frappe d'un grand ensemble, d'un accès aux financements publics et à l'emprunt bancaire.

L'enjeu pour le secteur privé non lucratif est tout autant lié à l'économie (garantir la qualité des services rendus et leur efficacité économique) qu'au maintien d'une offre accessible notamment sur les territoires les moins denses et les plus défavorisés et au déploiement de leur projet associatif. L'enjeu est plus globalement d'affirmer la place et le rôle de l'économie sociale et solidaire dans le dynamisme et la cohésion des territoires.



« Le Groupe SOS connaît bien ces situations car nous avons développé nos activités en particulier grâce à la reprise d'Ehpad mono-exploitants en difficulté, pas uniquement en matière de gouvernance. Il peut s'agir d'un déficit d'exploitation ou d'un besoin de remise aux normes, de rénovation et de gestion du patrimoine immobilier nécessitant de gros moyens et des expertises pointues, car de nombreux Ehpad que nous reprenons ont été d'anciens logements-foyers, donc inadaptés en terme d'accessibilité, de normes de sécurité, de confort et d'aménagement des espaces privés et collectifs. Enfin, plus positivement, il peut s'agir d'une volonté stratégique de certains Ehpad mono-exploitants de s'adosser à un grand groupe pour mieux continuer à exister et à se développer en bénéficiant de la force de frappe du groupe et des effets de mutualisation : financement, logistique, service achats, services juridiques et outils de gestion RH (paie, management, formation, convention collective, CE), comptabilité, qualité, appui à l'animation, outils de communication, etc. »

Maryse Duval, Directrice générale Groupe SOS Seniors, Groupe SOS



« Les Ehpad hospitaliers n'ont pas vocation à rester dans le giron de l'hôpital, surtout quand il s'agit d'un gros CH ou CHU dont l'activité est centrée sur le MCO ; gérer une maison de retraite n'est pas leur métier, les directions s'y intéressent moins, elles le savent bien. Ces établissements sont destinés à rejoindre le secteur PNL : partage de valeurs communes, statut non lucratif, services accessibles au grand public... »

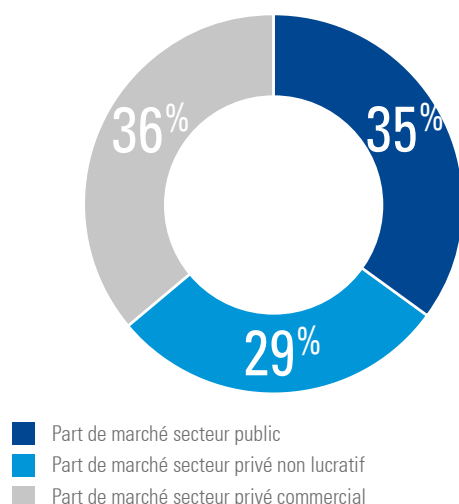
Les Ehpad territoriaux : là aussi, les collectivités locales n'ont pas vraiment vocation à gérer des Ehpad dont ce n'est pas le métier (pratiques professionnelles, gestion, management), qui pèsent sur leurs budgets en raison de problèmes d'efficience économique dans un contexte de contraintes financières tendues. Elles ont tendance à se séparer de leurs établissements, là aussi, le PNL est un partenaire de choix.

Dans tous les cas, nous ne souhaitons pas voir le privé commercial avaler toutes les structures publiques et privées non lucratives ; nous militons pour que l'offre soit accessible au plus grand nombre. Tous les secteurs ont leur place sur le marché. »

Patrick Lambruschini, Secrétaire général, Fondation Caisses d'épargne pour la Solidarité

4.4 Quel sera le paysage sectoriel demain ?

Dans 10 ans, comment se répartiront les places autorisées dans les structures gestionnaires (en pourcentage) ?



Base analyse : 268 répondants

En termes de répartition, les directeurs interrogés envisagent un net recul du secteur public. Alors qu'il occupe aujourd'hui la moitié du secteur⁸, il ne représenterait, selon leurs déclarations, que 35 % dans les années à venir. Cette baisse envisagée se ferait au profit du secteur privé commercial, qui occupe actuellement 20 % du marché, une part qui pourrait atteindre 36 %. Le secteur privé non lucratif se maintiendrait à son niveau observé actuellement (29 %).

Les déclarations des directeurs interrogés laisseraient entendre une répartition plus équilibrée du secteur Ehpad entre les trois statuts juridiques d'ici les dix prochaines années.

Dans un contexte de ralentissement des créations de nouvelles places médicalisées, ce rééquilibrage du marché entre les trois secteurs juridiques pourrait se faire davantage à travers des transferts entre secteurs, et en particulier au détriment du secteur public qui pèse aujourd'hui la moitié du marché.

Cette recomposition du paysage concurrentiel se fera sous l'influence de deux catégories d'acteurs : les opérateurs du privé commercial et non lucratif possédant une taille critique.

8. En 2011, le secteur public (hospitalier et non hospitalier) représentait 49 % du nombre total des Ehpad et 52,7 % des places installées, en baisse par rapport à 2007, respectivement 50 % et 55 %. Cette baisse relative est liée essentiellement à la moindre progression des créations de nouvelles structures et places dans le secteur public comparé aux secteurs privés commerciaux (21,7 % et 19,9 %) et non lucratifs (29,3 % et 27,3 %) qui ont davantage profité des plans « Grand âge ». DREES, Études et Résultats, n°877, février 2014.

Dès lors, quel mouvement et positionnement pour le secteur public ?

Le secteur public n'a pas, lui non plus, un seul modèle et son évolution ne sera pas univoque. Ainsi, certains prédisent la fin des Ehpad hospitaliers, à la faveur d'une concentration autour de l'activité soignante.

Pour d'autres, les activités gériatriques en milieu hospitalier ont de l'avenir, d'autant que les personnes accueillies sont très dépendantes et ont des besoins croissants en soins avec un profil pris en charge dans les Unités de Soins de Longue Durée.

« Offrir le gîte, le couvert et un petit panier de soins » ne suffira pas aux Ehpad pour répondre à ces évolutions. L'hôpital, lui par contre, dispose de tous les moyens nécessaires pour assurer les soins nécessaires et prendre en charge cette dépendance : personnels,

compétences, plateaux et moyens techniques, logistique administrative et financements. Les restructurations du secteur hospitalier en cours avec la création de groupements hospitaliers sur les territoires (GHT) sont vues comme des opportunités pour arrimer la gériatrie à cette dynamique et créer des filières gériatriques-sanitaires.

Dans cette recomposition du paysage, la subsistance d'établissements publics territoriaux (communaux ou intercommunaux) est mise en avant. La réalité des territoires est diverse. Pour certains, les collectivités ne peuvent se départir d'un instrument d'action sociale sur leur territoires. Pour d'autres, les collectivités pourraient avoir tendance à se désengager de la gestion directe de leur Ehpad en en confiant la gestion à un opérateur privé associatif ou commercial, comme elles l'ont déjà fait pour d'autres services, ou bien pour certaines en cédant leurs établissements.



« La Loi Santé met en place les GHT (Groupements Hospitaliers Territoriaux). Sur notre territoire, des réunions sont actuellement organisées où sont invités des établissements privés pour discuter de leur possibilité d'adhésion. Les établissements sanitaires privés se regroupent entre eux en fusionnant et créant des holdings. Les établissements publics veulent faire la même chose à travers les GHT auxquels peuvent adhérer les établissements privés ESPIC (Établissements de Santé Privé d'Intérêt Collectif) et les établissements privés à but non lucratif. Les Ehpad privés peuvent trouver intérêt à ce regroupement notamment pour la logistique, les laboratoires d'analyse, les permanences du week-end, un accueil téléphonique commun. Des discussions sont en cours pour un projet médical commun concernant les établissements du secteur sanitaire. Les Ehpad seront intégrés par la suite. »

Joseph Fernandez, ancien Directeur, Ehpad Semblançay La Membrolle (37)

« Les Ehpad ruraux et urbains ne sont pas les mêmes, ils ne répondent pas aux mêmes besoins.

L'Ehpad rural doit vraiment évoluer, s'il veut survivre, c'est-à-dire ne pas être absorbé par l'hôpital de référence. Il peut tout à fait devenir un centre-ressource gériatrique pour la population âgée de son territoire, qu'elle soit accueillie dans l'établissement ou ait besoin de conseils et d'accompagnement.

Si les hôpitaux absorbent tout, les Ehpad vont se retrouver à faire du sanitaire, du long séjour. On va perdre notre âme. Il n'y aura plus de prise en charge personnalisée. »

Maryse Pichon, Directrice, Ehpad Le Hameau de la Pelou (33)



5 La gestion de l'immobilier, au cœur des évolutions et des stratégies

Les stratégies de gestion de l'immobilier des Ehpad doivent tenir compte des politiques publiques portant notamment sur les investissements immobiliers et plus particulièrement les réglementations en vigueur relatives à la sécurité, aux normes, à l'accessibilité des locaux et à la rénovation énergétique. Celles-ci vont impacter fortement la conception des Ehpad que nous connaissons aujourd'hui. En outre, elles cristallisent toutes les évolutions que connaît le secteur : accueil de personnes âgées plus dépendantes, diversification de l'offre de services, spécialisation des établissements ou des unités de vie, stratégies de filière, concentration du secteur, mutualisation des fonctions support et performance économique dans un marché concurrentiel.

5.1 Constats et enjeux

D'après les données de l'*Observatoire des Ehpad* réalisé en 2014⁹ par KPMG, 66 % des Ehpad publics disposaient d'un patrimoine immobilier de plus de 25 ans, contre 46 % pour le secteur privé non lucratif. Par ailleurs, parmi les Ehpad privés non lucratifs, plus de 67 % des établissements construits il y a plus de 25 ans ont engagé des travaux lourds de restructuration ces dernières années contre 59 % des Ehpad publics. Pour les établissements construits il y a entre 20 et 25 ans, les chiffres sont respectivement : 44 % pour le privé non lucratif et 67 % pour le public. Les Ehpad du secteur privé commercial étant plus récents, sont moins concernés par les travaux lourds de restructuration.

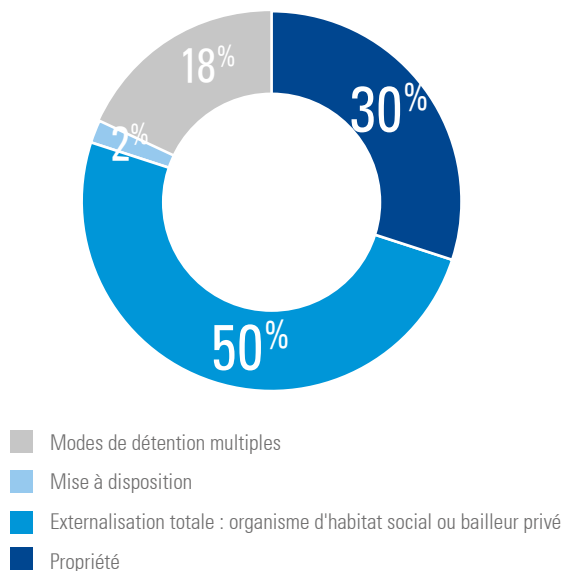
Le parc immobilier Ehpad est vieillissant dans le secteur public, mais aussi pour une part assez importante du secteur privé non lucratif. En outre, les normes, notamment au regard de la sécurité et de l'accessibilité des lieux, implique une mise en conformité vis-à-vis de la réglementation et donc l'élaboration de plans de rénovations et d'entretiens qui peuvent être très lourds.

Par ailleurs, les Ehpad ont des besoins d'adaptation et de modernisation importants nécessitant de lourds investissements (réhabilitation, reconstruction ou construction neuve). Outre la problématique de leur financement dans un contexte de contraintes sur les budgets, ces travaux de rénovation risquent d'avoir des répercussions sur les coûts d'hébergement et donc sur le prix payé par les résidents et leurs familles ou les pouvoirs publics.

9. Étude KPMG sur un panel de 324 Ehpad privés non lucratifs et publics

5.2 Des stratégies divergentes et en évolution

Modes de détention de l'immobilier



Base : 306 répondants

Les résultats montrent que 30 % des gestionnaires d'Ehpad déclarent être propriétaires de leur immobilier, 32 % si l'on y inclue la mise à disposition gratuite, contre 50 % des locataires.

Les stratégies immobilières sont divergentes mais parfois mixtes et évoluent dans le temps :

- Un **secteur public** très majoritairement propriétaire (75 %). Cependant, ces chiffres cachent des situations contrastées entre les Ehpad rattachés à un centre hospitalier à 100 % propriétaires des murs, les établissements publics autonomes en grande majorité propriétaire et ceux rattachés à une collectivité via le CCAS en majorité propriétaires mais recourant plus fréquemment à l'externalisation totale avec un recours égal aux bailleurs HLM et hors HLM.



« Les établissements publics de Dieuze sont propriétaires des locaux. L'avantage est la maîtrise des coûts, des travaux projetés (pas de dépendance au bailleur). Les loyers payés à un bailleur sont élevés, avec une répercussion sur le tarif hébergement de l'utilisateur. C'est une solution quand la structure n'a pas les moyens d'investir, mais au final, le coût de l'immobilier est très élevé. Cependant, quand on est propriétaire des locaux, il faut être vigilant concernant le maintien de la capacité d'autofinancement et des dotations aux amortissements. Il faut garder une culture de l'amortissement pour pouvoir toujours investir. Par exemple, il ne faut pas prendre trop de biens en location (véhicules, parc informatique...).

L'Ehpad actuel est en cours d'agrandissement (37 chambres), avec le transfert des lits issus de la partition USLD et des lits d'Ehpad situés dans des anciens bâtiments (en tout, 37 lits qui n'étaient plus aux normes actuelles). Ainsi, la nouvelle structure aura une capacité de 98 lits, un PASA et un accueil de jour de 6 places. Un groupe de travail, composé de professionnels de terrain et du maître d'œuvre a proposé l'affectation des surfaces. Les agents ont ainsi été associés au projet architectural. Le plan de financement est assuré grâce aux financements publics (subventions du conseil départemental, de caisses de retraite complémentaires, du PAI, prêt CNSA à taux zéro et d'emprunt). »

Christophe Gasser, Directeur, Établissements publics de Dieuze (57)

- Un **secteur privé non lucratif** dont les modes de détention sont les plus diversifiés, allant de la propriété à l'externalisation totale ou partielle.



« Les établissements ne sont pas là pour se créer un patrimoine mais pour rendre un service. Le fait d'être propriétaire n'a pas forcément de sens car il ne s'agit pas du but et de l'objet poursuivi par l'association.

Au niveau du groupement, les associations travaillent avec plusieurs bailleurs sociaux. Toutes les nouvelles constructions se font par l'intermédiaire de bailleurs sociaux. Le principal avantage de ce type de détention est d'assurer l'entretien des bâtiments. Les bailleurs sociaux font mettre de côté des provisions, pour financer les travaux d'entretien. En général, les associations empruntent pour faire des travaux mais elles n'ont pas de suivi, ni de vision d'ensemble. L'externalisation *via* un bailleur permet de programmer les travaux et les dépenses d'entretien. »

Antoine Humeau, Directeur, Agapè (44)

- Un **secteur privé commercial** dont les modes de détention combinent à la fois la propriété, la location auprès d'une société privée, le crédit-bail et le LMP, avec un taux d'externalisation totale ou partielle très important, reflétant ainsi le modèle économique de ces opérateurs.

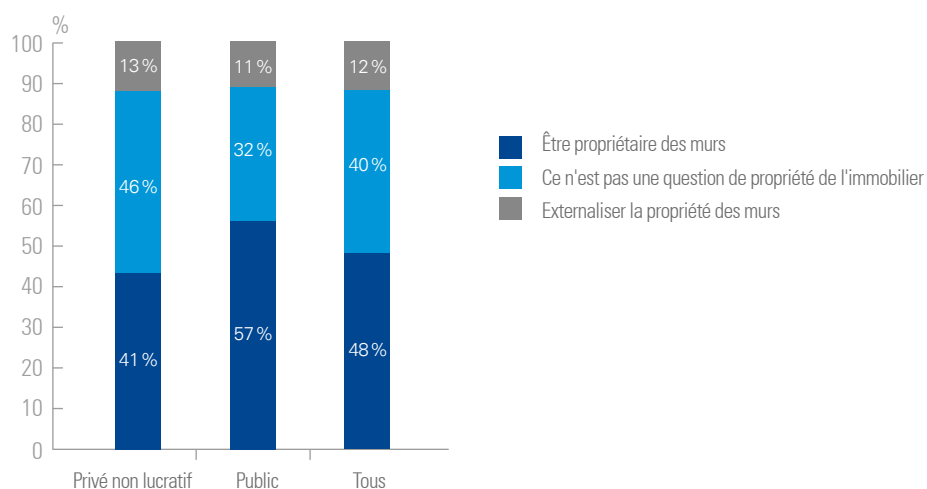
Performance économique et modes de détention des murs

La question du lien entre la performance économique de l'Ehpad et les modes de détention des murs se pose de plus en plus. En d'autres termes, est-ce que

certains modes de détention ne sont pas plus opportuns que d'autres pour favoriser une meilleure efficacité économique ? Ne vaudrait-il pas mieux externaliser la gestion des murs pour se recentrer sur le cœur du métier d'exploitation plutôt que d'être propriétaire au risque de faire peser sur l'exploitation le poids de l'immobilier ?

À cette question, les directeurs d'Ehpad du panel sont plus nombreux à affirmer que la propriété des murs (48 %) est plus favorable à la performance économique que l'externalisation (12 %). Mais ils sont 40 % à estimer que la performance économique n'est pas liée à la détention ou non de l'immobilier.

En termes de gestion immobilière, quelle est selon vous la meilleure situation pour assurer la performance économique de l'Ehpad ?
(Une réponse possible)



Base analyse : 306 répondants

Les résultats à cette question sont sensiblement différents selon que la structure soit publique ou privée non lucrative. En effet, les répondants, directeurs du secteur public, majoritairement propriétaires des murs des Ehpad qu'ils dirigent, sont 57 % à considérer qu'être propriétaire des murs est plus favorable à la performance économique, presque deux fois plus que ceux qui déclarent que la performance économique « n'est pas une question de propriété de l'immobilier ». Concernant les directeurs du secteur privé non lucratif, les avis concernant le lien entre la stratégie immobilière et la performance économique sont plus partagés entre les réponses « Être propriétaire des murs » et « Ce n'est pas une question de propriété de l'immobilier ».

On constate un niveau de réponses liant la performance économique à la propriété des murs très proche chez les locataires auprès des bailleurs sociaux, (47 %), contre 55 % pour les propriétaires, c'est moins le cas des locataires auprès de sociétés d'exploitation (29 %).

Quelles stratégies de gestion immobilière ?

Le modèle économique de l'Ehpad combine deux fonctions, deux métiers à la fois liés entre eux et très distincts : d'une part, une fonction d'exploitation, basée sur les trois activités de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes (hébergement, soins et dépendance), et d'autre part, une fonction immobilière, basée sur la gestion des murs et la valorisation du patrimoine. Les positions et les stratégies des opérateurs d'Ehpad diffèrent selon leurs statuts juridiques, leur histoire. Ainsi, le secteur public notamment hospitalier est historiquement propriétaire, et constitué d'entités uniques gérant en général un ou quelques établissements sur un territoire donné.

- Le **privé non lucratif** est dans une situation très différente : un partage équilibré entre la propriété des murs et la location notamment auprès des partenaires bailleurs (bailleurs sociaux ou non). Cette tendance devrait se maintenir d'autant que pour certains l'externalisation des murs est un choix stratégique (recentrage sur l'exploitation externalisation vers un tiers ou vers une filiale qu'ils contrôlent) ou un choix financier (externalisation des murs notamment en raison des besoins de rénovations et de restructurations du patrimoine immobilier qui nécessitent à la fois d'importantes ressources financières et des compétences spécialisées). Cependant, on assiste aussi à un mouvement inverse d'autres gestionnaires d'Ehpad qui reprennent la gestion immobilière en propre ou au travers de filiales qu'ils contrôlent.

- Pour le **privé commercial**, il existe schématiquement deux cas de figure : des gestionnaires uniques ou petits groupes disposant de quelques établissements, privilégiant le mode propriétaire dans une visée patrimoniale. À l'inverse, des groupes de moyenne ou grande taille engagés dans une dynamique de croissance interne ou externe combinent propriété des murs et location avec une tendance à la cession partielle ou totale des murs auprès de partenaires contrôlés ou non par ces groupes.

La question de la stratégie immobilière à adopter, des choix à faire entre l'accès à la propriété ou la location, la conservation ou la cession des murs, se pose de plus en plus pour les gestionnaires d'Ehpad que ce soit en amont au moment de répondre à un appel à projets, lors des travaux de rénovation et de restructuration, ou dans le cadre de projets de développement de leurs activités.



« Un opérateur indépendant peut privilégier le statut de propriétaire des murs liés à son (ses) établissement(s), et ce dans une logique patrimoniale. La politique immobilière de Korian repose sur des partenariats avec ses bailleurs, propriétaires des immeubles liés à son activité. Korian, leader du bien vieillir, s'est résolument recentré vers l'exploitation d'établissements médico-sociaux et sanitaires et ne détient des actifs immobiliers que de manière marginale. Dans une stratégie de croissance tant externe qu'interne, les ressources financières sont mobilisées pour investir préférentiellement dans l'exploitation des autorisations d'activité. »

Yann Coléou, ancien Directeur général, Groupe Korian

« Arepa a fait le choix stratégique et durable de se recentrer sur son métier historique d'exploitant et de travailler en partenariat étroit avec des bailleurs sociaux pour la construction, la rénovation et la réhabilitation des bâtiments. Nous privilégions cette solution mais sommes néanmoins dotés d'une direction du patrimoine (disposant de compétences en immobilier, maintenance et architecture) et qui est en lien direct avec les bailleurs sociaux partenaires pour établir les cahiers des charges, assurer le suivi des travaux de réhabilitation, de rénovation ou de construction neuve, mais aussi piloter les travaux de maintenance et de gestion immobilière incombant au gestionnaire.

L'exploitant et le bailleur ont besoin l'un de l'autre : leurs compétences sont aussi indispensables que complémentaires, ils doivent travailler en confiance dans le montage de projets et dans la gestion courante, et s'engager dans la durée pour assurer une exploitation efficiente.

La création de la SCI Arepa Générations avec la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC) est une solution alternative de portage immobilier : l'acquisition des murs de 4 Ehpad avait en effet augmenté sensiblement l'endettement d'Arepa et pesait lourd sur les fonds propres ainsi que sur notre capacité à négocier avec les financeurs. En vue de contribuer aux projets de développement d'Arepa, le tour de table de la SCI (51 % Arepa – 49 % CDC) devrait évoluer dans les prochains mois avec l'entrée d'un nouvel institutionnel, tout en maintenant Arepa aux environ de 10 %, garantie d'engagement du gestionnaire auprès des co-investisseurs. »

Jean-Philippe Sarrette, Directeur général, Arepa



Les avantages de l'externalisation de la gestion immobilière lors du montage d'un projet d'Ehpad

« Pour répondre à un appel à projets (AAP) lancé par les autorités de financement et de régulation (ARS et Conseil départemental), le gestionnaire qui seul est habilité à exploiter (autorisation) aura besoin de co-porter le projet avec un bailleur qui peut lui-même s'appuyer sur un promoteur dans le cas d'une VEFA. Le gestionnaire et le promoteur répondent alors conjointement à l'AAP ; si le projet est remporté, le bailleur achètera les murs au promoteur et le gestionnaire deviendra alors locataire de l'établissement.

Cette procédure a plusieurs avantages pour le gestionnaire comme par exemple :

- de ne pas porter les coûts des études qui sont intégralement pris en charge par le bailleur ou le promoteur,
- de ne pas s'endetter : il paie alors une part fixe de loyer, lissée dans le temps, au lieu de supporter des encours bancaires toujours plus élevés en début de période et de ce fait, ne prend pas le risque lié à la valeur de l'établissement, en cas de difficulté ou de cessation d'activités,
- de ne pas porter la période de construction : il ne règle son premier loyer qu'une fois le bâtiment livré, sans aucun risque de surcoûts liés aux aléas du chantier et aux retards éventuels. Avoir un prix de vente fixé dès le début est une sécurité pour lui.

L'externalisation de ses murs permet au gestionnaire de supporter des charges d'exploitation moins élevées les premières années, ce qui facilite son installation et le démarrage de son activité. Enfin, le locataire n'a pas à s'occuper de l'entretien de son patrimoine, fonction pour laquelle il ne dispose ni du temps, ni des compétences requises. Il peut alors se recentrer entièrement sur son métier d'exploitant.

Si le bailleur qui achètera les murs au promoteur dans le cas d'un montage en VEFA, n'intervient dans le dossier AAP qu'à travers du gestionnaire, il doit d'une part assurer sa position de future propriétaire auprès du promoteur, et d'autre part, choisir le bon gestionnaire : un gestionnaire bien identifié, avec lequel il a déjà travaillé ou connu par lui, ayant une visibilité dans le secteur et reconnu localement par les autorités de financement et de régulation (ARS, Conseil départemental). Bref, un gestionnaire en capacité d'assurer l'exploitation dans la durée. »

Patrice Gueguen, Directeur Général, Axentia

« La FCES est locataire à 99 % de son parc d'établissements mais s'interroge sur sa stratégie dans l'optique de se doter d'une partie de son parc en mode propriétaire. Pourquoi ? Parce que le loyer est le second poste de dépenses après les frais de personnels et que redevenir au cas par cas propriétaire en fonction des opportunités ne doit pas être écarté :

- en tant que locataire : lors de la création ou la rénovation, l'exploitant ne peut pas toujours intervenir sur les plans d'architecture (espaces privatifs, collectifs, techniques, d'activités, etc.). Or, certains bailleurs ne maîtrisent pas le métier Ehpad et ses contraintes. L'exploitant peut se retrouver à gérer un Ehpad conçu parfois par un autre, mais avec des coûts de gestion qui peuvent peser sur le prix de journée et donc, sur l'efficacité économique de l'établissement, et ce pour 30 ou 40 ans. Être propriétaire, c'est pouvoir mieux maîtriser en fonction de la situation ce volet déterminant aux conséquences importantes à la fois sur le prix de journée et sur la qualité d'usage.
- la PGE (Provision pour Gros Entretien) : est payée par le locataire exploitant et répercutée sur le prix de journée payé par les résidents. Or, certains bailleurs placent ces provisions pour leur compte et reportent parfois au plus tard possible l'utilisation des fonds. L'exploitant a, lui, intérêt à utiliser cette provision selon un échéancier plus proche pour rénover le bâti, apporter des améliorations par exemple, etc.

Être propriétaire de son parc, cela améliore aussi le bilan et donc ses actifs. »

Patrick Lambruschini, Secrétaire général, Fondation Caisses d'épargne pour la Solidarité

Quel que soit le mode de détention de leur patrimoine, les opérateurs sont confrontés, surtout pour le patrimoine plus ancien, à la nécessité de le restructurer, de le réorganiser, de le recomposer. Cette tendance s'observe majoritairement chez les opérateurs publics et privés non lucratifs. Les établissements privés commerciaux ont été construits plus récemment et ne

nécessitent pas encore de telles opérations lourdes, sauf lors d'acquisition d'un patrimoine plus ancien lors d'opérations de rachat d'opérateurs.

5.3 Un patrimoine immobilier en recomposition

Des travaux réalisés récemment

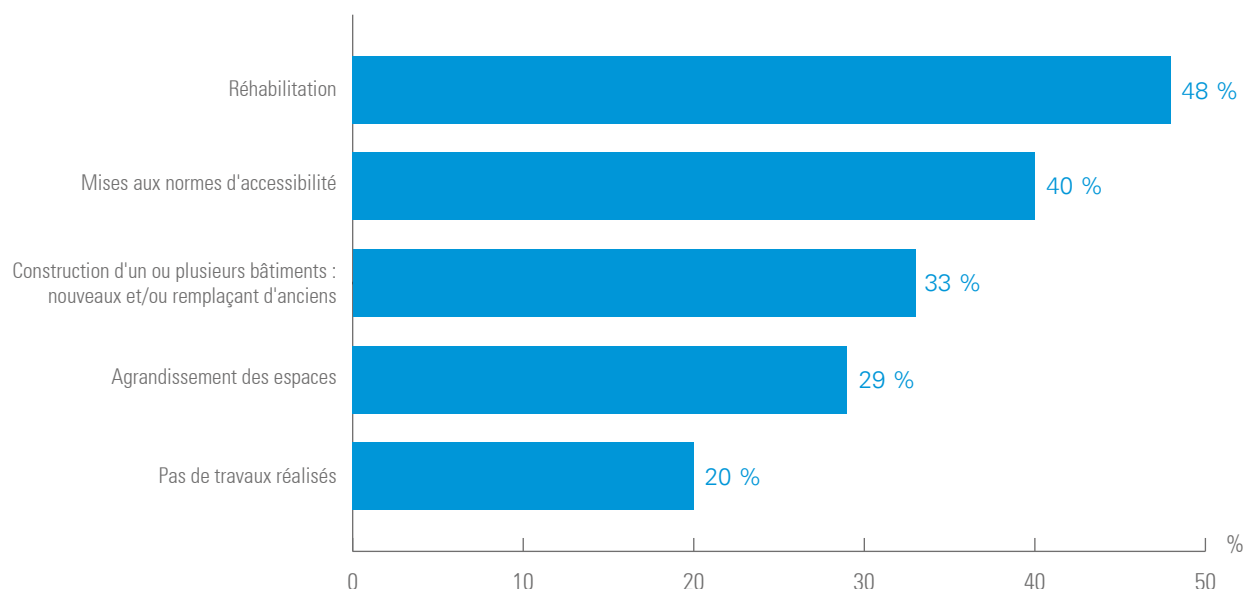
Selon les résultats de l'enquête (déclarations de 306 directeurs), au cours des 5 dernières années, près d'un directeur d'Ehpad sur deux a déclaré avoir entrepris des travaux de réhabilitation, 40 % des travaux de remise aux normes d'accessibilité et un tiers des travaux de construction d'un ou plusieurs bâtiments, nouveaux ou remplaçant d'anciennes bâtisses, et un peu moins du tiers, des travaux d'agrandissement des espaces.

Enfin, un gestionnaire sur cinq déclare ne pas avoir réalisé de travaux d'aucune sorte au cours des 5 dernières années.

On ne constate pas de différences particulières entre le type de travaux réalisés et le statut juridique (privé non lucratif et public) de l'organisme gestionnaire. Globalement les résultats sont assez proches notamment pour ce qui concerne les travaux de réhabilitation et de mise aux normes d'accessibilité quel que soit le mode de détention.

Enfin, le cas du mode « mise à disposition gratuite » se distingue nettement de tous les autres modes de détention surtout avec un taux de non réalisation de travaux le plus élevé (33 % contre 20 % en moyenne).

Durant les cinq dernières années, indiquez les travaux que vous avez réalisé pour votre/vos Ehpad.
(Plusieurs réponses possibles)

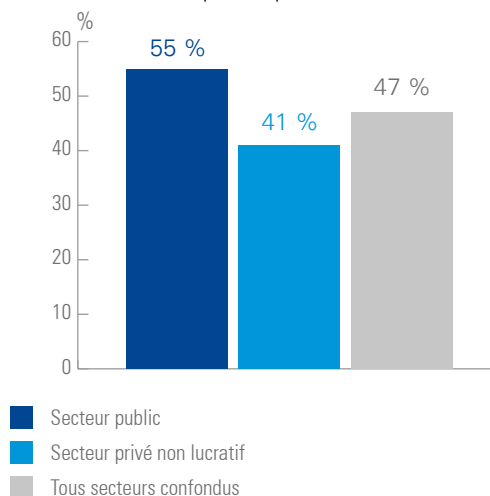


Base analyse : 306 répondants

Près d'un directeur sur deux ayant réalisé des travaux immobiliers au cours des 5 dernières années déclare avoir augmenté le tarif hébergement, ce pourcentage est plus élevé (+14 points) dans le secteur public comparé au privé non lucratif. Cette différence se confirme quand on prend en considération les modes de détentions de l'immobilier : 55 % des gestionnaires propriétaires (mode de détention très majoritaire dans le secteur public) déclarent avoir augmenté leurs tarifs, contre 45 % pour les gestionnaires locataires (en grande majorité issus du PNL) auprès d'un organisme HLM et seulement 28 % pour les locataires auprès d'un organisme non HLM.

Impact de ces travaux sur le tarif hébergement

Est-ce que ces travaux ont augmenté le tarif hébergement votre/vos Ehpad ?
(Une réponse possible)



Base analyse : 244 répondants

Note de lecture : 47 % des directeurs d'Ehpad déclarent que le tarif d'hébergement a augmenté suite à des travaux.



« Au-delà du coût de l'immobilier et des charges immobilières qui peuvent être plus ou moins élevées selon l'ancienneté de l'établissement, l'Ehpad n'est pas cher au regard des prestations fournies. Il faut reconnaître que les gestionnaires d'Ehpad ont fait preuve d'un niveau de productivité impressionnant et en plus avec de la qualité des services et des accompagnements. Qui peut faire mieux avec les mêmes moyens ? Le problème ne réside pas dans le niveau du prix de journée, mais dans la solvabilisation des résidents qui supportent environ 60 % du coût total, alors que l'assurance maladie et le Conseil départemental en supportent respectivement environ : 25 % et 15 %. Sans doute, faudrait-il encore améliorer l'efficacité économique des Ehpad, les nouvelles technologies peuvent aider, mais l'enjeu essentiel aujourd'hui reste celui de la solvabilisation des résidents. »

Murielle Jamot, Déléguée nationale filières personnes âgées et domicile - Direction Santé Autonomie, Croix-Rouge Française

Enfin, la fréquence d'augmentation des tarifs est davantage fonction de la nature des travaux : elle atteint son niveau le plus haut (72 %) quand il s'agit des travaux de construction de nouveaux bâtiments remplaçant d'anciennes bâtisses et son plus bas niveau (41 %) pour les travaux de mise aux normes d'accessibilité. Les travaux de réhabilitation et d'agrandissement se positionnent au milieu avec des pourcentages respectifs de 52 % et 49 %.

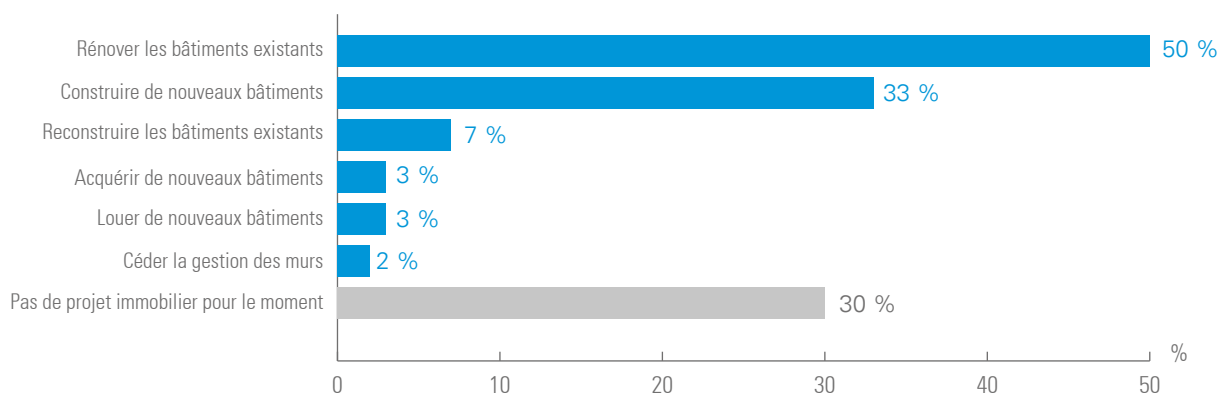
L'impact sur le tarif hébergement des travaux et investissements immobilier dépend de plusieurs facteurs qui sont à explorer : ancienneté du patrimoine d'origine et nature des travaux, évolution du coût de la construction, base initiale du tarif hébergement, modalité de financement des investissements, mode de « détention » du patrimoine...

En moyenne, d'après les déclarations des directeurs ayant réalisé des travaux immobiliers dans leur(s) Ehpad au cours des 5 dernières années, les tarifs

d'hébergement ont augmenté de 11 %, un taux identique dans le secteur public et le secteur privé non lucratif.

Des projets immobiliers pour l'avenir

En termes de stratégie immobilière pour votre/vos Ehpad, quels sont vos projets dans les cinq prochaines années ?
(Plusieurs réponses possibles)



Base analyse : 306 répondants

La moitié des directeurs interrogés indique avoir prévu, d'ici les 5 prochaines années, d'entreprendre des travaux de rénovation des bâtiments existants, et un tiers d'entre eux, des travaux de construction de nouveaux bâtiments. Seulement 7 % prévoient de reconstruire d'anciens bâtiments. Les projets de travaux sont similaires quel que soit le statut juridique de l'organisme gestionnaire.

Outre, les adaptations liées aux obligations réglementaires en matière de sécurité et d'accessibilité des lieux, l'accueil de personnes âgées plus dépendantes, à la santé plus fragile et souvent atteintes de pathologies neurodégénératives et psychiatriques, entraînent depuis plusieurs années déjà des modifications profondes des Ehpad et ce sur plusieurs volets.

- Ils doivent adapter leur bâti, les espaces de vie et d'activités et les équipements aux besoins des résidents plus dépendants et fragiles (confort, sécurité, fonctionnalités), et aux besoins croissants en Unités de Vie Protégées (PUV) qui nécessitent des surfaces plus grandes de déambulation et une sécurisation renforcée.
- La médicalisation croissante exige des espaces dédiés aux soins, aux activités de rééducation et de prévention (physiques, psychothérapeutiques, etc.) et aux réunions des équipes et des intervenants extérieurs.
- En raison des risques épidémiologiques, les Ehpad doivent également assurer une plus grande maîtrise des risques infectieux grâce à une meilleure gestion des circuits (entretien des locaux, restauration, gestion du linge, gestion des déchets, qualité de l'eau...).
- À cela, il faut ajouter l'impact du déploiement prévisible au sein des Ehpad des nouvelles technologies de l'information et de la communication, de la domotique, des objets connectés et des services numériques associés (télémédecine, e-santé).
- Il ne faut pas oublier non plus les nécessaires démarches écoresponsables et de bâtis à énergie positive.
- Enfin, l'ouverture des Ehpad sur leur environnement n'est pas sans affecter leur organisation et leur gestion immobilière à travers notamment la mise en place d'espaces dédiés aux habitants et aux professionnels (crèche, halte-garderie, dépôt de pain, etc.) ou partagés (salon de coiffure, cabinet médical ou paramédical, jardin, etc.)

5.4 Quelles solutions s'offrent aux Ehpad pour répondre simultanément à leurs différents enjeux en matière immobilière ?

Le défi pour les gestionnaires est et sera de poursuivre cet effort de rénovation, de restructuration et d'innovation dans la gestion de l'immobilier des Ehpad sans sacrifier le nécessaire équilibre entre l'amélioration de l'offre de services et le cadre de vie des résidents et de travail des équipes, l'impact sur les tarifs des charges de l'investissement immobilier et l'accessibilité financière de ce tarif pour les résidents.

Plusieurs pistes ont été citées lors des entretiens réalisés avec les directeurs d'Ehpad et de gestionnaires. Bien sûr l'emplacement, le coût du foncier en raison de son impact direct sur les tarifs, mais aussi, les modes de conception-réalisation (cabinet d'étude, architecture...), le choix des matériaux de construction économes, plus faciles à la démolition, recyclables en cas de modulation des espaces, la taille de l'Ehpad, les surfaces des espaces de vie et d'activité, l'externalisation de certains services consommateurs d'espaces...

Des innovations apparaissent qui favorisent une conception d'espaces de vie modulaires, polyvalents et plus économes permettant d'optimiser leur utilisation au quotidien grâce à une organisation efficace. C'est également le cas de la gestion des fluides (eau, énergie, chauffage, climatisation) et des déchets, postes de coûts importants.

Enfin, le financement de l'investissement, les choix d'investissement (location ou propriété, construction neuve ou rénovation), les stratégies de gestion financière (durées d'amortissement), l'organisation interne (professionnels du patrimoine présents dans les effectifs de l'opérateur) sont autant de paramètres qui doivent être pris en compte.

Le secteur Ehpad a connu une croissance rapide dans les années 1990-2000. Il s'est diversifié et a capitalisé sur l'émergence de grands groupes dans le secteur privé commercial dont certains se sont internationalisés. Le secteur privé non lucratif connaît un mouvement très dynamique de regroupements et de concentration à l'échelle locale et nationale. Bien qu'un certain ralentissement des créations de nouvelles places médicalisées soit constaté depuis 2010, les Ehpad resteront un secteur en développement.

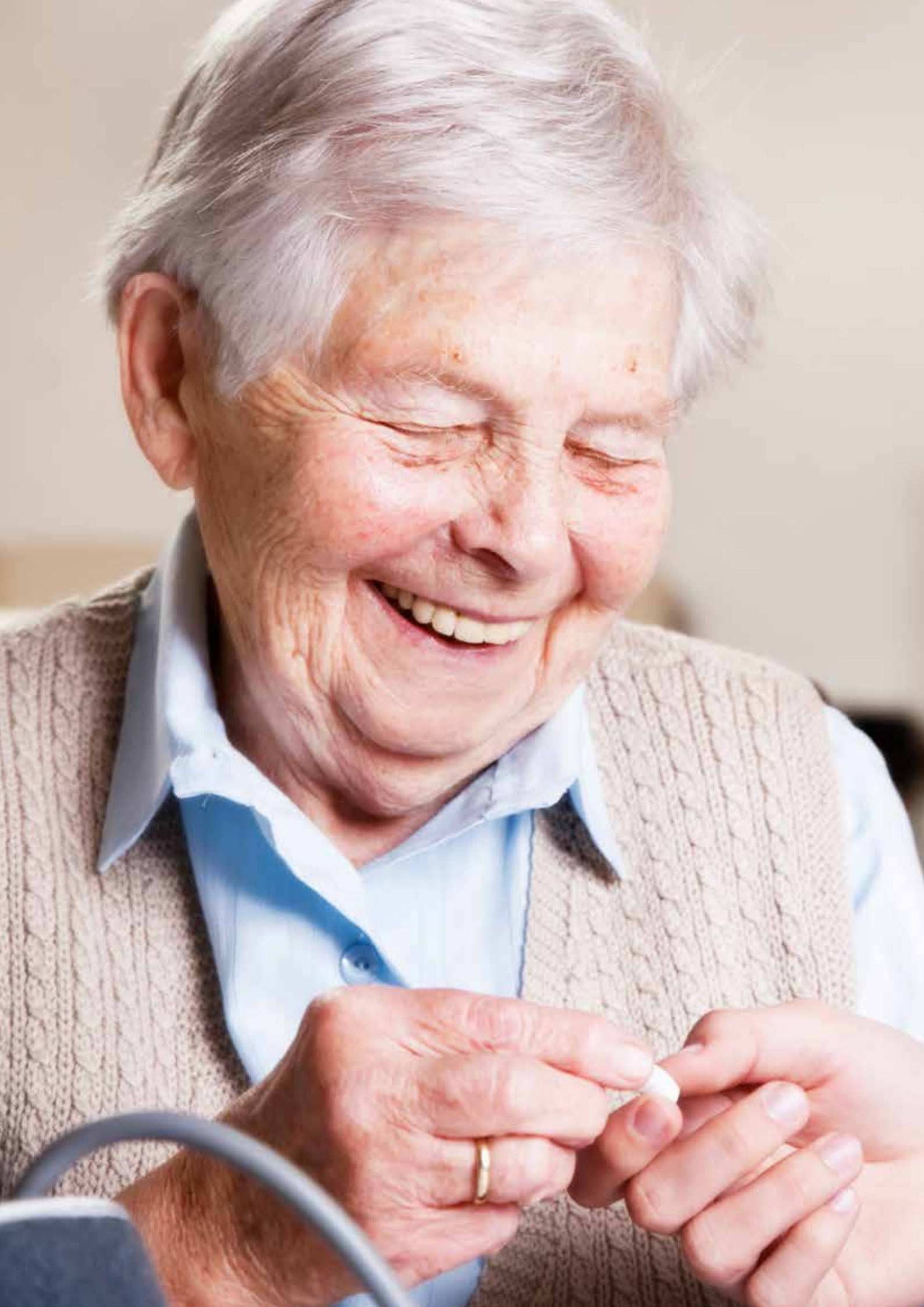
De fait, les Ehpad constituent un secteur immobilier porteur offrant des rendements attractifs. Dès lors, les stratégies en matière d'immobilier deviennent de plus en plus un élément clé du montage financier d'opérations de rénovation, d'extension ou de construction. Aussi, les acteurs de l'immobilier verront certainement leur rôle se renforcer dans les années à venir dans le secteur, qu'il s'agisse de promoteurs immobiliers ou de bailleurs sociaux avec une approche « construction » ou de sociétés d'investissements immobiliers avec une approche « rendement ».

Toutefois, ces évolutions ne sont pas sans risques. En effet, la recherche de rentabilité à court terme pourrait mettre en péril le bon fonctionnement du secteur Ehpad : des services de moindre qualité, hausse des tarifs, coûts trop élevés pour les personnes âgées et leurs proches, pressions sur les coûts salariaux et les conditions de travail, déficits d'exploitation, désertification des territoires les plus éloignés et les moins rentables, etc.

Cependant, ce risque reste relativement limité sur un marché français fortement régulé par les pouvoirs publics à la fois en matière de financement et de tarification, de réglementation et de contrôle des services.

En tout état de cause, les parties prenantes, gestionnaires d'Ehpad, bailleurs, promoteurs et investisseurs, se doivent de partager une vision et des objectifs selon une logique de développement à moyen-long terme. Pour ce faire, la stratégie qui semble être gagnante est de développer des synergies entre les métiers : services financiers, construction, gestion immobilière et exploitation de l'Ehpad afin d'offrir un produit-service de qualité accessible au marché, assurer une exploitation pérenne de l'Ehpad et rémunérer au juste prix l'investisseur, le promoteur et le bailleur.

Quant au rôle des pouvoirs publics, il est de veiller au bon fonctionnement du marché, et à l'accessibilité des personnes âgées à des services au plus près de leurs lieux de vie, à des coûts soutenables pour elles et la collectivité.



6 Les Ehpad de demain : entre continuités et innovations



¹ Réponses spontanées à la question «Quels sont les trois adjectifs que vous donneriez pour qualifier l'Ehpad de demain ?»

À la question « comment imaginez-vous le modèle Ehpad en France dans 5 ou 10 ans ? » un point essentiel fait consensus, celui de la définition même de l'Ehpad dans ses missions intrinsèques : un « lieu de vie » et un « lieu de soins », dans cet ordre, pour signifier que même si les soins sont nécessaires et deviennent plus nombreux, la finalité est celle d'être un « lieu de vie ».

L'Ehpad a pour mission première de « prendre soin » de la personne âgée au sens le plus large ; c'est-à-dire lui offrir un habitat confortable et sécurisant, des accompagnements dans les tâches de la vie quotidienne, des services de soins et l'hygiène du corps, des repas en tenant compte de ses besoins et de ses goûts, des activités de maintien ou de

réhabilitation de ses capacités physiques et intellectuelles pour pouvoir maintenir ses liens avec ses proches et une vie sociale. Des missions qui nécessitent des moyens matériels et humains adaptés, parfois spécialisés. En même temps, ces missions ne peuvent être réduites à des actes purement techniques car c'est de la personne qu'il s'agit dans sa singularité et dans toutes ses dimensions, humaine, sociale, culturelle... Et même spirituelle, car il s'agit bien d'accompagner la personne âgée précisément à un moment de sa vie où la finitude se fait présente, voire insistante car l'Ehpad est aussi un lieu de douleur, de souffrance, de soins palliatifs, de fin de vie...

En ce sens, l'accueil de la grande dépendance ne change rien à cette mission. Même si les personnes entrent en établissement médicalisé de plus en plus âgées, fortement dépendantes et à la santé très fragile, même si leur séjour ne dure pas longtemps, cette mission reste la même : accueillir et accompagner le résident dans cette étape. L'Ehpad est aussi une manière de ne pas mourir seul.

À partir de ce point de consensus, la définition de l'Ehpad de demain s'enrichit par d'autres traits communs, de nombreuses nuances, voire des divergences, mais rares.



« On ne change pas d'environnement à 85 ans ! Le système doit s'adapter pour en tenir compte notamment l'Ehpad qui ne répond pas entièrement aux aspirations du citoyen d'aujourd'hui, et encore moins de demain. C'est un lieu qui n'est pas choisi par les personnes âgées, un lieu où l'on parle du « projet de vie de la personne », mais où il s'agit plus de « placement », d'« admission », de « prise en charge », de « soins » que proprement « de choix de vie », de « vie ordinaire ». L'Ehpad de demain doit être d'abord un « lieu de vie choisi » avec de vrais liens de voisinage, d'amitiés, un vrai lieu d'envie, un lieu de vie ordinaire comme le domicile mais collectif où existe réellement une « communauté de résidents » qui partagent des services de vie quotidienne et de soins dont ils auraient besoin, et ce, quel que soit leur niveau de dépendance. Un lieu avec des soignants bienveillants, à leur écoute et formés aux techniques relationnelles et humanistes, comme celles de « l'humanité », de Montessori ou de *carpe diem*.

L'avenir est peut-être à des modèles comme les foyers-logements, ou plus récemment des béguinages, des logements-partagés ou des résidences services pour seniors, à conditions de renforcer les services de vie quotidienne et surtout d'aide à l'autonomie afin de pouvoir y rester jusqu'au bout ! Les résidents vivent dans un appartement au lieu d'une chambre, signent un contrat de services individualisés avec l'exploitant et recourent éventuellement à d'autres services d'aide ou de soins de proximité, mais quelque soit la structure, Ehpad, Foyer-logement ou résidence services, ces structures d'hébergement devront avoir la mission de coordinations des services autour de la personne, qui aujourd'hui fait défaut. »

Evelyne Gaussens, Directrice d'hôpital honoraire, ancienne Directrice générale de HPGM (91)

Quelle place aura l'Ehpad dans ce contexte ?

L'hôpital connaît une réforme se concentrant sur les activités de médecine, chirurgie, obstétrique. Les soins en dehors de ses murs et l'activité gériatriques ne semblent pas la priorité de son évolution.

Quid du domicile ? Les services à domicile pourront difficilement candidater à cette fonction de plateforme multi-services qui nécessite des ressources économiques et humaines et des moyens logistiques importants.

À plus d'un titre, l'Ehpad paraît avoir le potentiel pour être le pôle central du parcours de soins des personnes âgées quels que soient leurs lieux de vie, degrés de dépendance et situations familiales.

L'Ehpad possède quatre atouts déterminants :

- une densité géographique qui permet un bon maillage du territoire et une grande proximité des lieux de vie des personnes âgées,
- des ressources humaines et des compétences médicales, paramédicales et médico-sociales pour mettre en œuvre un panel de services en interne et en externe, des services en présentiels et à distance,
- des capacités logistiques et administratives : des espaces d'activités, de formation ; des services accueil-information, de gestion des demandes, une organisation et un suivi des services, des prestations, des plannings d'interventions, facturation, contrats, comptabilité, qualité, appui à l'animation communication, etc.

- une habitude du travail en réseau avec les autres services sur le territoire (urgence, hôpital, services de soins et d'aide à domicile, etc.).

Assurément, l'Ehpad, au cœur des politiques publiques ces 20 dernières années, le restera encore pour les prochaines décennies loin de connaître une crise existentielle ou la fin d'une histoire. Il continue à accueillir plusieurs centaines de personnes âgées dépendantes, il a su faire évoluer son offre de services avec la montée de la dépendance et les besoins en soins des résidents, il intervient de plus en plus hors de ses murs. Il pourrait devenir une véritable plateforme multi-services ouverte sur le domicile et les autres lieux de vie non médicalisés.

Certains pensent qu'il faudrait distinguer d'une part, les personnes âgées très dépendantes, en particulier celles qui sont atteintes de pathologies neurodégénératives et psychiatriques, et les autres personnes âgées qui peuvent être dépendantes mais sans atteintes psychiques. Les Ehpad seraient réservés uniquement à ces dernières. Les premières devraient relever d'une prise en charge sanitaire.

Pour la majorité des opérateurs interrogés néanmoins, l'Ehpad de demain sera le même que celui d'aujourd'hui en tous points mais en mieux. C'est dans la continuité de ce qui s'est passé ces dix dernières années. Des Ehpad avec des logements plus adaptés, sécurisés et confortables, des espaces collectifs plus nombreux et attractifs, du mobilier fonctionnel et de qualité, des outils de communication, des espaces verts, une bonne cuisine, des soins, des services d'hygiène et d'entretiens... Les résidents futurs seront plus exigeants sur les services comme toutes les générations nouvelles. Les Ehpad s'adapteront à ces exigences dans la mesure des ressources disponibles, des financements et du prix que les résidents et leurs proches seront prêts ou pourront payer.

Parmi les adaptations les plus importantes, sont citées en premier lieu celles du bâti et des espaces de vie et d'activités, avec de la domotique, des objets connectés, des services numériques pour les rendre plus faciles à l'usage, fonctionnels et sécurisants pour les résidents et les personnels. Les Ehpad d'aujourd'hui ont été conçus pour les générations passées. Leurs enfants, les baby-boomers, quand ils arriveront au grand âge, en exigeront de nouveaux.

Ensuite, le renforcement des soins et des accompagnements. Les Ehpad auront à dispenser plus de soins, c'est la tendance. Pas forcément en interne mais surtout en travaillant en réseau avec des équipes mobiles ou grâce à la télémédecine et la e-santé. L'objectif étant d'éviter les situations de rupture, les transferts aux urgences et les hospitalisations récurrentes.

L'accompagnement des résidents plus dépendants s'adaptera aussi. Les Ehpad auront besoin de plus de services de stimulations physiques, sensorielles et psycho-cognitives, de pratiques non médicamenteuses, d'animation, etc.

On a là les trois activités d'un Ehpad : hébergement, soins et dépendance.

Mais, on l'a vu dans les analyses précédentes, des « Ehpad hors les murs » seront plus ouverts sur leur environnement social et professionnel. Plus experts en gérontologie, travaillant davantage en réseau. Les Ehpad seront des plateformes multi-services sur leurs territoires, où l'hébergement, permanent ou temporaire, n'est qu'un des volets, et plateformes ouvertes sur les personnes âgées vivant à domicile et leurs aidants proches et professionnels. Ils capitaliseront ainsi sur leurs atouts.

Certains parlent d'« Ehpad 3.0 ». Des Ehpad offrant de nouveaux services aux habitants selon les besoins des territoires comme par exemple une crèche Halte-garderie, un kiosque Presse/bureau de Poste, un salon de coiffure et soins beauté, un dépôt de pain, ...

Enfin, des Ehpad où il fera bon vivre, mais aussi y travailler grâce à des conditions de travail meilleures, une organisation plus fluide, efficiente et un management innovant et collaboratif.

À quoi ressembleront les Ehpad de demain et d'après-demain ? Cela dépend des réflexions, expérimentations, convictions des dirigeants des Ehpad, de leurs équipes, et des pouvoirs publics. Mais cela dépend aussi de chaque citoyen, de la capacité collective à choisir et à penser la société de demain et la place accordée aux aînés afin de pouvoir bénéficier d'une avancée en âge harmonieuse et pleinement intégrée dans la Cité.

Remerciements

Cette étude a été conduite par KPMG sous la direction de Bernard Bazillon, Associé Directeur National Économie Sociale et Solidaire, coordonnées par Irène Scolan, Directrice Nationale Adjointe, avec la collaboration de Sarah Dignonnet et Léna Hottier.

Nolwenn Allo, Emmanuelle Aubert, Marie Billard, Marianne Caule, Thierry Champion, Anne Châtel, Sandrine Demesse, Mohammed El Yamani, Cécile Esneu-Bazin, Florence Gabriel, Anthony Gesret, Benoît Heurtault, Sylvie Heyblom, Laurent Pradère, Sedera Ranaivoarinosy, Emmanuel Seive et Aurélie Wachowiak ont contribué à la réalisation de cette étude.

Nous remercions les acteurs et observateurs du secteur des Ehpad qui ont accepté d'apporter leurs témoignages et éclairages dans le cadre de cette étude :

Yann Coléou - ancien Directeur Général Groupe - Korian

Maryse Duval - Directrice générale Seniors - Groupe SOS

Joseph Fernandez - ancien Directeur - Ehpad Semblançay La Membrolle (37)

Christophe Gasser - Directeur - Établissements publics de Dieuze (57)

Evelyne Gaussens - Directrice d'hôpital honoraire, ancienne Directrice générale de HPGM

Patrice Gueguen - Directeur Général - Axentia

Thomas Guinamard - Directeur - Ehpad Bon Secours, Vendôme (41)

Antoine Humeau - Directeur - Agapè (44)

Murielle Jamot - Déléguée nationale filières personnes âgées et domicile - Direction Santé Autonomie - Croix-Rouge Française

Patrick Lambruschini - Secrétaire général - Fondation Caisses d'épargne pour la Solidarité

Maryse Pichon - Directrice - l'Ehpad Le Hameau de la Pelou (33)

Myriam Rollot - Coordinatrice Pôle personnes âgées - Hôpitaux privés de Metz

Jean-Philippe Sarrette - Directeur général - Arepa

Nous sommes particulièrement reconnaissants aux 306 directeurs d'Ehpad qui ont accepté de répondre à notre enquête.

Nous remercions également Mohammed Malki, consultant expert bien vieillir, qui a contribué à la réalisation de ce rapport.

Le recueil des données et leur analyse statistique ont été réalisés avec INIT Études marketing et Capital clients.



Contact :

Direction Nationale
Économie Sociale et Solidaire
Tour Eqho
2 avenue Gambetta
92066 Paris La Défense Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 68 94 59
E-mail : ecosociale@kpmg.fr

Les informations contenues dans ce document sont d'ordre général et ne sont pas destinées à traiter les particularités d'une personne ou d'une entité. Bien que nous fassions tout notre possible pour fournir des informations exactes et appropriées, nous ne pouvons garantir que ces informations seront toujours exactes à une date ultérieure. Elles ne peuvent ni ne doivent servir de support à des décisions sans validation par les professionnels ad hoc. KPMG S.A. est une société anonyme d'expertise comptable et de commissariat aux comptes à directoire et conseil de surveillance au capital social de 5 497 100 euros. 775 726 417 RCS Nanterre. Siège social : Tour Eqho - 2 avenue Gambetta - 92066 Paris La Défense Cedex. KPMG S.A. est membre du réseau KPMG constitué de cabinets indépendants adhérents de KPMG International Cooperative (« KPMG International »), une entité de droit suisse. KPMG International ne propose pas de services aux clients. Aucun cabinet membre n'a le droit d'engager KPMG International ou les autres cabinets membres vis-à-vis des tiers. KPMG International n'a le droit d'engager aucun cabinet membre.

© 2015 KPMG S.A., société anonyme d'expertise comptable et de commissariat aux comptes, membre français du réseau KPMG constitué de cabinets indépendants adhérents de KPMG International Cooperative, une entité de droit suisse. Tous droits réservés. Le nom KPMG et le logo sont des marques déposées ou des marques de KPMG International. Imprimé en France.

Code : 1654 – Réf. : Etude-ehpad. Réalisation : Communication - OLIVER. Crédit photos : Istock, Shutterstock