



## Séminaire LISA - OCIRP

### *Politique de l'autonomie : à rénover de fond en comble*

2<sup>ème</sup> séance : mercredi 13 mars 2024

Intervention du professeur Claude Jeandel, spécialiste de médecine interne et de gériatrie  
Synthèse

Lors de cette deuxième séance du séminaire *Politiques de l'autonomie : à rénover de fond en comble*, nous avons eu le plaisir d'accueillir le professeur Claude Jeandel, pour approfondir nos réflexions sur les institutions d'hébergement.

L'objectif de cette session était de consolider l'analyse des défis liés au vieillissement de la population et à la prise en charge des personnes âgées en France. Pour ce faire, une approche multidisciplinaire et inclusive est nécessaire pour répondre efficacement à des situations diverses. C'est l'objet des premières sessions.

Marie-Anne Montchamp a souligné l'impact des maladies neuro dégénératives sur les familles, insistant sur la nécessité de solutions adaptées.

Stéphane Le Bouler a évoqué la proposition de loi "Bien vieillir", qui a mis un temps en lumière l'importance d'une planification à long terme pour répondre aux besoins croissants liés au vieillissement de la population, enrichissant ainsi notre réflexion sur les mesures concrètes à mettre en place.

Lydia Morlet-Haïdara, directrice de l'Institut Droit et Santé, partenaire du séminaire, a souligné le rôle crucial de la recherche et des publications dans la diffusion des connaissances et des débats doctrinaux, de façon à éclairer les décisions politiques et les pratiques professionnelles, grâce à des perspectives théoriques et des analyses approfondies.

### **Les enjeux démographiques et sanitaires dans la prise en charge des personnes âgées**

Dans son exposé, Claude Jeandel a tout d'abord abordé l'importance des aspects quantitatifs liés à la transition démographique et souligné la nécessité de considérer à la fois cette transition démographique et la transition épidémiologique.

Il pointe la croissance du nombre de personnes dépendantes en raison de l'évolution des maladies incapacitantes. Il aborde également les enjeux financiers et éthiques associés à ces transitions.

En 2019, seulement 10% des plus de 75 ans (730.000 personnes) vivaient en établissement, chiffre qui monte à 20% pour les plus de 85 ans. Près de 600.000 personnes vivaient en EHPAD. Les résidences autonomie accueillait également un nombre significatif de personnes âgées (près de 100.000), avec un âge d'entrée légèrement moins élevé que celui dans les Ehpads (85 ans et 11 mois en moyenne dans ce cas). La répartition des résidents par tranche d'âge et par type d'établissement met, plus globalement, en évidence les différences entre les résidences autonomie et les Ehpads.

### ***Analyse approfondie des enjeux médico-sociaux et démographiques dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées : regards croisés sur les transitions et les défis actuels.***

Claude Jeandel aborde ensuite la question des Groupes Iso-Ressources (GIR), instaurés en 2000 pour évaluer le niveau de dépendance des résidents en établissement. La majorité des résidents en Ehpads sont classés en GIR 1 à 3 (9,7% en GIR 1, 35,9% en GIR 2 et 19,2% en GIR 3). Il souligne un glissement au fil du temps, des Ehpads vers les résidences autonomie ou les résidences seniors, avec dès lors des taux de dépendance très élevés en Ehpads et des taux de dépendance croissants dans les autres types d'établissements.

S'agissant de l'origine immédiate des résidents en Ehpads, plus de la moitié d'entre eux (57%) viennent d'un domicile privé, tandis que 35% viennent d'un environnement hospitalier (SSR ou court séjour). Il y a de fait une tendance forte à attendre la survenue de crises avant d'envisager l'entrée en Ehpads.

La médiane des durées de séjour en Ehpads est de 1,5 années (2 ans quand les résidents entrent en Ehpads depuis leur domicile, 0,8 année quand ils viennent d'un court séjour hospitalier).

Claude Jeandel souligne la difficulté croissante du maintien à domicile, en particulier lorsque le niveau de dépendance s'accroît en lien avec une maladie sous-jacente. Il met en exergue l'importance cruciale des soignants à domicile et des aidants dans ces situations.

Il note qu'environ la moitié des résidents en Ehpads sont hospitalisés au moins une fois par an, engendrant un surcoût estimé par le Hcaam à 1,7 milliard d'euros. Il insiste sur l'interdépendance entre les établissements médico-sociaux et les hôpitaux, soulignant la nécessité d'améliorer les processus de sortie des patients de l'hôpital vers les Ehpads... et inversement.

Il souligne enfin l'importance de la « dépendance nosocomiale », que l'on mesure à travers le déclin du statut fonctionnel ou la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation (typiquement entrer à l'hôpital en GIR 4 et en sortir en GIR 3).

Il conclut que les solutions actuelles au sein des Ehpads pour répondre à ces besoins croissants sont notoirement insuffisantes et nécessitent une révision approfondie.

### ***Anticipation des défis démographiques et médicaux dans la prise en charge des personnes âgées : perspectives et ajustements nécessaires***

Si les prévisions se révèlent exactes, nous serons confrontés à un doublement du nombre de nouvelles personnes dépendantes par an entre 2030 et 2040 (plus de 40.000 personnes dépendantes en plus par an, au sens de l'APA en 2035-2040). Les simulations récentes indiquent un besoin de 108.000 places d'Ehpads en plus en 2030 (par rapport à 2019) et 319.000 places en plus en 2050, dans un scénario intermédiaire. De même, le nombre de places complémentaires en résidences autonomie est estimé à respectivement 33.000 et 77.000.

En examinant la répartition des personnes atteintes de maladies neuro dégénératives, on constate que la proportion de celles restant à domicile diminue en fonction de l'évolution de la maladie. La majorité de ces personnes devront éventuellement quitter leur domicile, notamment en raison des troubles du comportement qui peuvent survenir à un stade avancé de la maladie. Cela souligne l'importance de

bien gérer les ressources à domicile, mais également la nécessité d'adapter les Ehpad à ces évolutions pour répondre aux besoins futurs.

La prévalence croissante de la dépendance est particulièrement liée à celle des maladies neuro-évolutives (doublement attendu du nombre de personnes atteintes d'ici 2030). Malheureusement, il y a peu d'espoir de traitement curatif pour ces maladies ; on peut prévenir, mais pas guérir. Il va donc falloir affronter cette réalité et trouver des solutions adaptées.

### ***Évolution des Ehpad et des unités de soins de longue durée : réformes et redéfinitions pour répondre aux besoins actuels***

En 2020-21, une mission a été conduite par les professeurs Claude Jeandel et Olivier Guérin<sup>1</sup> sur les Ehpad et les unités de soins de longue durée de façon à les faire évoluer. Lancée avant les crises qui ont secoué les Ehpad, mais menée pendant la crise de la Covid-19, cette mission visait à mieux définir les profils des résidents accueillis dans les Ehpad et à repenser les soins de longue durée.

A la fin des années 2000, une réforme avait conduit à une diminution significative du nombre de places d'USLD, avec la conversion de 41.000 places en places d'Ehpad, ce qui ne laissait que 32.000 places d'USLD.

Il est important de souligner que le principe même de différenciation entre les Ehpad et les soins de longue durée est désormais remis en question.

À l'origine, les soins de longue durée étaient définis comme devant accueillir des personnes présentant une pathologie organique chronique ou susceptible d'occurrences. Eh bien, cette définition s'applique désormais à tous les résidents d'Ehpad. Nous constatons ainsi que nous n'avons plus des soins de longue durée distincts.

Un indicateur significatif de cette évolution est l'évolution du PMP (Pathos moyen pondéré), qui traduit la charge des soins requise, et celle du GMP (GIR moyen pondéré), qui sont parallèles. Cette corrélation souligne le fait que la maladie entraîne la dépendance. Entre 2010 et 2015, nous avons observé une progression notable : le PMP médian avoisine désormais les 240 et le GMP atteint 750. Ces variables étaient autrefois observées principalement dans les unités de soins de longue durée. Il y a donc eu un glissement de la population vers les Ehpad, les résidents d'Ehpad ayant désormais les caractéristiques des anciens résidents des soins de longue durée.

En termes absolus, il y a beaucoup plus de résidents en GIR 1 et 2 en Ehpad qu'en soins de longue durée, en raison de l'effet volume. Lorsque nous examinons les profils de soins Pathos (une manière de catégoriser les soins reçus), nous constatons que dans les Ehpad, 60 % des profils sont des profils P2, indiquant que ces personnes présentent des troubles du comportement liés à leurs maladies neuro-évolutives. De plus, 32 % des profils sont des R2, nécessitant une rééducation. En ce qui concerne les états pathologiques, 22 % des résidents ont une insuffisance cardiaque, 55 % souffrent de troubles du comportement, 32 % sont anxieux, etc. Il est à souligner que ces éléments s'additionnent, ce qui signifie qu'un même résident peut présenter plusieurs de ces profils simultanément.

### ***Évolution des profils résidentiels en Ehpad : implications et recommandations***

Il est important de considérer l'Ehpad comme un établissement spécialisé dans la prise en charge et l'accompagnement des maladies évolutives et les soins palliatifs. Il est même nécessaire de revendiquer cette spécialisation et de promouvoir une meilleure attractivité des professionnels dans des métiers nécessitant un haut niveau de compétence. En valorisant ces métiers, l'Ehpad pourra mieux répondre aux besoins spécifiques des résidents et assurer une prise en charge de qualité.

---

<sup>1</sup> <https://solidarites.gouv.fr/remise-du-rapport-sur-les-usld-et-ehpad-par-les-professeurs-claude-jeandel-et-olivier-guerin>

La conclusion de ce rapport souligne l'importance de faire évoluer les Ehpad pour qu'ils puissent continuer à être des lieux de vie tout en fournissant des soins d'accompagnement de qualité. Voici les 7 recommandations clés émises pour répondre à cette évolution des profils :

- Rééquilibrage des ratios de personnel : les ratios de personnel doivent être ajustés pour refléter les besoins des résidents d'Ehpad, en incluant notamment des psychométriciens et des ergothérapeutes ;
- Développement des moyens des établissements : il est crucial d'assurer que les Ehpad disposent de tous les moyens nécessaires en fonction de la population qu'ils accueillent, notamment en développant les unités protégées ;
- Reconnaissance des médecins coordonnateurs et des infirmiers en pratique avancée : les médecins coordonnateurs et les infirmiers en pratique avancée dans le domaine gériatrique doivent être davantage reconnus pour leur rôle essentiel dans la prise en charge des résidents ;
- Présence de matériels minimale : il est nécessaire de remédier à l'absence de matériel minimal dans les Ehpad pour assurer la sécurité et le bien-être des résidents ;
- Promotion des interventions non médicamenteuses : les interventions non médicamenteuses doivent être encouragées et conditionnées à une labellisation pour garantir leur qualité et leur efficacité ;
- Formalisation de l'intervention des ressources sanitaires : l'intervention des ressources sanitaires doit être formalisée et renforcée de manière préventive, en consolidant le lien avec la filière gériatrique et en révisant la circulaire de 2007 dans ce sens ;
- Simplification de la tarification : la tarification des Ehpad doit être simplifiée pour permettre une meilleure gestion des ressources et réduire le risque d'hospitalisation, en envisageant notamment une dotation globale socle avec une part variable ;
- Vers une gouvernance partagée des Ehpad : proposition d'un modèle simplifié. Si les prévisions se confirment, il sera nécessaire d'aborder la question de la gouvernance partagée des Ehpad. Il est proposé d'adopter un modèle simplifié où ces établissements, qui accueillent des résidents présentant des besoins très spécifiques, se rapprochent davantage du domaine sanitaire sans pour autant devenir des hôpitaux. Sous ce modèle, les Ehpad relevant de cette catégorie seraient placés sous la gouvernance des Agences régionales de santé (ARS), tandis que les autres établissements d'hébergement relèveraient des départements. Une telle restructuration, bien que complexe et nécessitant un travail considérable, permettrait une simplification notable de la lisibilité des compétences et des responsabilités. Bien que politiquement délicate à aborder, cette modification est jugée nécessaire.

### ***Débat avec l'assistance***

#### *Question : Comment l'hôpital a-t-il évolué pour prendre en compte la dépendance nosocomiale ?*

L'évolution de l'hôpital pour prendre en compte les conséquences en termes de dépendance nosocomiale ne s'est clairement pas faite à la vitesse souhaitée. Le référentiel nécessaire pour cela n'est pas appliqué. Claude Jeandel propose de s'inspirer du modèle canadien « l'approche adaptée » dans les établissements sanitaires, qui intègre la mesure de l'autonomie à l'entrée et à la sortie comme critère de certification. Cette mesure vise à se rapprocher de l'autonomie antérieure du patient. Cette démarche n'est pas encore un critère de la Haute autorité de santé (HAS) en France.

Il souligne les difficultés à mesurer les coûts liés aux hospitalisations malgré l'estimation de 1,7 milliard d'euros faite par le Hcaam. En cause, le cloisonnement des tarifs entre les différents types de prise en charge (tarification à l'activité en MCO, dotation annuelle en SSR, financement tripartite en Ehpad). Pour développer le modèle de parcours et tirer le meilleur parti des actions de prévention (par rapport

aux réhospitalisations et à la dépendance nosocomiale), il estime nécessaire de réviser cette tarification complexe, ce qui représente un défi important.

*Question : qu'en est-il des besoins de places en SSR (soins de suite et de réadaptation) ?*

Il faut distinguer, dans le capacitaire, les places pour les séjours programmables et non programmables. Il faut davantage de places pour les séjours en urgence, en sortie d'hospitalisation aiguë. Il convient aussi de différencier les plateaux techniques, car on ne peut pas attendre un résultat d'examen en situation d'urgence. Les besoins capacitaires dépendent aussi de la durée moyenne de séjour (DMS), qui est en moyenne de 12 jours mais peut atteindre 20 jours. La tarification de ces séjours n'est pas une donnée indifférente pour l'hôpital.

*Question : Est-ce que le manque de professionnels présents pourrait expliquer pourquoi la prise en compte de la globalité de la personne n'est pas suffisante lorsqu'elle est hospitalisée ?*

Claude Jeandel souligne que le maillon SSR devenu SMR est central car on peut y rester plus longtemps, le temps de la réadaptation. Il insiste sur la nécessité de mettre l'accent sur la récupération capacitaire. En France, un modèle qui segmente le MCO et le SSR est adopté, alors que dans certains pays, tout est fait en MCO, et la rééducation commence directement.

*Question : Comment envisagez-vous le futur des EHPAD hors les murs et quelles sont les possibilités de financement de ce modèle ?*

L'Ehpad hors les murs fait le pari qu'en renforçant le domicile en moyens et en compétences, on pourra éviter l'Ehpad. Claude Jeandel mentionne un modèle expérimenté en Corrèze, qui suppose un dispositif de care manager, un médecin coordinateur et un accès direct à l'hôpital. Si ces conditions sont remplies, c'est un modèle qui peut être intéressant.

*Question : Comment percevez-vous les défis actuels du secteur public ?*

Claude Jeandel explique que les établissements publics rencontrent des difficultés variables en termes de bâti, d'impact des taux d'inflation et des coûts de personnels. Il mentionne également le manque de personnel, qui peuvent imposer des fermetures de lits et les problèmes (nouveaux) de taux d'occupation. Les difficultés varient selon les groupes dans le secteur commercial et en fonction du taux d'occupation dans le non lucratif. Les surcoûts liés à l'énergie et les directives européennes sur les congés, le décret tertiaire et la RSE représentent également des défis importants.

En partenariat avec

**SciencesPo**  
CHAIRE TRANSFORMATION DES  
ORGANISATIONS ET DU TRAVAIL



Chaire Aging UP!

**Institut  
Droit et  
Santé**  
Université Paris Cité  
Inserm UMR5 1145