

Les notes stratégiques du Labo de l'ESS visent à offrir en quelques pages l'analyse synthétique d'un enjeu, en lien avec les travaux et thématiques du Labo, débouchant sur des propositions à visée opérationnelle à destination des acteur·rice·s institutionnel·le·s clés concernés.

LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE PAR LES SECTEURS PUBLIC, PRIVÉ NON-LUCRATIF ET PRIVÉ LUCRATIF

Par Frédéric Tiberghien, conseiller d'État honoraire et expert bénévole au Labo de l'ESS

La parution en 2022 de l'ouvrage d'investigation *Les Fossoyeurs* de Victor Castanet a contribué à ouvrir un débat pérenne sur les pratiques du secteur privé lucratif (SPL) dans la prise en charge des services sanitaires et sociaux, et en particulier de la dépendance. Épinglés dans cet ouvrage, les Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) relevant de ce secteur sont particulièrement mis en cause, révélant les incidences néfastes de modèles économiques centrés sur la rentabilité, au détriment du bien-être des résidents.

Au vu des limites et dérives du SPL – aujourd'hui encore minoritaire dans ce champ par rapport au secteur public (SP) et au secteur privé non lucratif (PNL) dont ESS France a récemment souligné les avantages¹ – la question de sa régulation se pose, de même que celle, plus large, de l'avenir du modèle de l'EHPAD.

Replaçant le sujet dans une histoire longue et une description de l'évolution récente des moyens de la prise en charge de la dépendance par les trois secteurs (SP, SPL, PNL) et de la législation l'encadrant, cette note propose une analyse fournie des enjeux à prendre en compte et formule des propositions concrètes pour mieux répondre aux besoins des personnes concernées.

¹ Voir notamment : ESS France, *Le sanitaire et social par l'ESS*, 2024. URL : https://www.ess-france.org/system/files/2024-10/sanitaire_social_ess_nov2024.pdf

Prise en charge de la dépendance : de quoi et de qui parle-t-on ?

Silver economy : rapide panorama de l'économie du grand âge

Sous la dénomination « silver economy », la vieillesse et la dépendance des plus de 60 ans sont présentées comme des marchés attractifs et créateurs d'emploi en raison du vieillissement de notre société². Estimés entre 100 et 130 Mds€, ils concernent 17 millions de personnes en 2020 mais de l'ordre de 20 millions en 2030 (avec un chiffre d'affaires attendu de 180 Mds€) et de 25 millions en 2060³. Nombreux sont les secteurs concernés : la santé, la sécurité et l'autonomie, le logement, l'alimentation, les services à la personne, les loisirs, la communication, les transports, la finance, etc.

Ces produits et services s'adressent, selon les ministères qui ont signé un premier contrat de filière dès 2013, à trois catégories distinctes :

- aux seniors dits « actifs », autonomes et indépendants ;
- aux seniors dits « fragiles », avec quelques limitations ou baisses de capacités ;
- et aux seniors dits « dépendants », qui ont « besoin d'aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie » selon l'article L232-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Les seniors classés dépendants selon la grille AGGIR représentaient moins de 8 % des seniors en 2016 – avec 41 % des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement et 59 % à domicile – mais en représenteraient 8,5 % en 2040 et près de 10 % en 2060. La Concertation Grand âge et autonomie menée par D. Libault en 2018/2019 a confirmé ces ordres de grandeur : un peu plus de 2 millions de personnes dépendantes, dont 1 459 000 vivaient à domicile et 584 000 en établissement en 2016 (pour 590 000 places en EHPAD⁴). Si l'on détermine le nombre de seniors dépendants par référence aux bénéficiaires d'une prestation sociale, on en comptait 1 265 000 au titre de l'APA⁵ et environ 74 000 de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). Selon ces deux définitions, de 8 % à 14 % des seniors sont considérés comme dépendants.

Selon la DREES, les dépenses liées à la perte d'autonomie, évaluées en « surcoût », représentaient en 2014 1,4 % du PIB soit 30 Md€, dont 23,7 de dépenses publiques (79 %) et 6,3 à la charge des ménages (21 %). Ces chiffres ne tiennent pas compte du travail informel des 3,9 millions de proches aidants, dont la valorisation atteindrait 7 à 18 Md€⁶.

² Sur l'évolution des représentations en la matière, se reporter à Ilona DELOUETTE et Laura NIRELLO, La mise en opportunité du champ de la dépendance, quelle nouvelle régulation publique du secteur des EHPAD et quelles conséquences en termes de structuration et de financement du champ ? <https://base.socioeco.org/docs/delouette.pdf>

³ Source : https://www.info.gouv.fr/upload/media/organization/0001/01/sites/default/files/contenu_piece-jointe_2023_09_hcp_vieillesse_de_la_societe_francaise_-_re-alite_et_consequences.pdf

⁴ Création de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 et du décret n° 99-316 du 26 avril 1999, l'EHPAD accueille des personnes dépendantes grâce à un double financement public : un forfait pour le Soins (barème national à partir du référentiel PATHOS) financé par l'assurance-maladie via l'ARS et un forfait pour la Dépendance (barème départemental à partir de la grille AGGIR) financé par le département pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), prévus par le CASF. Il existe par ailleurs un forfait hébergement, à la charge du résident, dont le montant est fixé librement pour le secteur privé lucratif et par les collectivités publiques pour les autres secteurs. Le rapport Libault de 2019 a suggéré la fusion des forfaits Soins et Dépendance. L'obtention de l'autorisation (ouverture ou extension) d'un EHPAD est conditionnée à l'accueil d'un minimum de personnes dépendantes et ouvre droit, quel que soit son statut, au double financement public (sécurité sociale par l'ARS et APA par le département), lequel s'accompagne d'un encadrement des tarifs et, en application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, de la signature d'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM) sur 5 ans. Le taux d'occupation des places était de 97 % en 2015. Les recettes des EHPAD atteignaient 25 Mds€ en 2018 et 26 Mds€ en 2020 (8,4 Mds au titre des soins, 3,6 Mds de la dépendance et 14 Mds de l'hébergement). Les coupes PATHOS et AGGIR permettent d'appréhender la typologie des personnes dépendantes en établissement (voir par exemple CNSA, Etude comparative des résultats issus des coupes validées en EHPAD (2011, 2007-2011) et en USLD 2011).

⁵ Ce chiffre est estimé par la DRESS à 1,3 million en 2022 et à 2 millions à l'horizon 2050 (PLFSS pour 2025, Annexe 7, p 10).

⁶ Ces chiffres concernent les aidants de personnes âgées de 60 ans ou plus vivants à domicile. Source : DREES.

Les principales dépenses étaient :

- les dépenses de santé (environ 12,2 Md€), financées à 99 % par la sécurité sociale (ARS) ;
- les dépenses dites de « dépendance » (aides humaines, techniques et d'aménagement du logement pour 10,7 Md€), ventilées entre la sécurité sociale (3 Mds€), les départements (4,4 Mds€ pour l'APA établissement), les ménages (2,1 Mds€), l'Etat (0,5 Md) et les régimes complémentaires (0,3 Md) ;
- les dépenses d'hébergement en établissement (7,1 Md€), financés par les ménages (3,8 Mds€), l'Etat (1,9 Md), les départements (1,2 Md pour l'aide sociale) et la sécurité sociale (0,2 Md), auxquels il faut ajouter 4,4 Md€ de dépenses dites de gîte et de couvert à la charge des ménages.

Breve histoire de la prise en charge des personnes âgées

Jusqu'à la fin du XVIII^{ème} siècle, la plupart d'entre elles restaient à leur domicile ou étaient accueillies dans leur famille où elles bénéficiaient du soutien d'aidants familiaux. Le séjour en institution était limité à la fin de vie.

Le recul de la mortalité et le vieillissement de la population à partir de la fin du XVIII^{ème} ont transformé la question du vieillissement en un problème social. La Révolution a ainsi reconnu un devoir d'assistance aux personnes âgées sans travail ou incapables d'assurer leur subsistance. La loi du 7 octobre 1796 a ensuite prévu la création d'hospices civils dont la gestion a été confiée aux communes puis celle du 27 novembre 1796 de bureaux de bienfaisance.

Les hospices se sont rapidement différenciés des hôpitaux dans la mesure où ils n'étaient pas médicalisés et se sont imposés à partir du XIX^{ème} siècle comme l'institution publique privilégiée pour l'accueil des personnes âgées. Et leur conception, influencée par les thèses hygiénistes, s'est progressivement organisée selon un mode pavillonnaire.

La loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables a institué un modèle républicain et laïque de prise en charge des personnes âgées. Les commissions d'assistance municipale désignent les bénéficiaires de ce régime et ces désignations ont pour effet de remplir ces hospices qui accueillent les personnes les plus démunies. Parallèlement, se développe un **secteur privé non lucratif (PNL)**, mutualiste ou congréganiste, pour les personnes capables d'assumer le paiement d'une pension de résidence.

L'inflation qui sévit entre les deux guerres mondiales et le chômage qui s'aggrave à compter de la Grande Dépression du début des années 1930 font de cette période l'âge d'or des hospices. Et à partir de 1935, le département prend le pas sur la commune comme collectivité principalement chargée de l'organisation des services sociaux.

Une véritable politique publique de la vieillesse ne se met en place qu'à compter du rapport Politique de la vieillesse de Pierre Laroque en 1962. Puis la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales supprime les hospices et range dans la catégorie des établissements sociaux ou médico-sociaux (ESMS) tous les organismes publics ou privés qui, à titre principal et d'une manière permanente, hébergent des personnes âgées. Mais la problématique des personnes âgées dépendantes n'émerge que dans les années 1980 à la suite du rapport Arreckx de juin 1979⁷.

Un secteur public local et un secteur privé non lucratif prédominants

Même si la prise en charge de la dépendance reste significative dans le secteur informel, dont témoigne encore le poids du travail informel des proches aidants, le basculement vers le secteur formel a commencé à s'opérer durant la seconde partie du XIX^{ème} siècle à la double initiative des collectivités locales et des hôpitaux qui accueillaient les malades, les vieillards et les indigents et du secteur privé non lucratif (PNL).

⁷ Maurice Arreckx, L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes, Assemblée nationale, juin 1979.

Le Commissariat général du Plan⁸ a relevé en 2005 le **dynamisme du secteur privé lucratif (SPL)** entre 1996 et 2003 (+ 21 % en nombre de lits). Le Sénat a également noté qu'entre 1986 et 2015, le nombre de places en établissements médico-sociaux médicalisés et non médicalisés s'était accru de 85 %, cette croissance étant majoritairement portée par le secteur privé et surtout par le SPL (+ 560 % sur la période)⁹. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a accéléré le développement du SPL en finançant les EHPAD par le biais d'appels à projet des Agences régionales de santé (ARS) poussant à l'accueil de davantage de personnes dépendantes, les non dépendantes étant appelées à rester à domicile. Ce système d'appels à projet favorisait les grands groupes du SPL pour deux raisons : ils étaient dotés d'équipes centralisées en ingénierie de projet leur permettant d'y répondre à grande échelle et, s'agissant de groupes cotés en bourse pour les plus grands, ils étaient capables de mobiliser des fonds propres ou de la dette obligataire sur les marchés financiers ou de contracter des emprunts auprès des banques. Puis la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, qui a forfaitisé le financement des soins et de la dépendance en fonction des besoins des résidents à compter de 2017¹⁰ et organisé la convergence tarifaire du forfait Dépendance sur sept ans, a également davantage bénéficié au SPL en ne prenant en compte, avec le calcul d'un GIR moyen pondéré par établissement (GMP), que la dépendance physique selon la grille AGGIR¹¹.

Si la croissance du parc a été largement tirée par celui du SPL au cours des quatre dernières décennies, **l'offre d'hébergement témoignait encore en 2015 du primat du secteur public et du secteur privé non lucratif (PNL)** : selon la CNSA, 49 % de l'offre était à cette date fournie par des EHPAD publics (dont 27 % par les collectivités locales, se subdivisant en 19 % pour les établissements autonomes et 8 % pour les Centres communaux d'action sociale, et 22 % par les hôpitaux), 29 % par des EHPAD du PNL (associations, mutuelles, fondations, congrégations) et 22 % par des EHPAD du SPL. Le Sénat a également relevé dans un rapport de 2022 que le nombre de lits en EHPAD gérés par le secteur public avait ensuite stagné, ce qui lui a fait perdre 2 points dans cette répartition, et que l'offre supplémentaire a été le fait du SPL et dans une moindre mesure du PNL¹².

Malgré la forte croissance récente de sa capacité d'accueil, encouragée par un Etat endetté trop heureux de se défausser sur le secteur privé du financement de ces gros investissements et malgré ses difficultés récurrentes à équilibrer les comptes de la sécurité sociale, **le SPL reste le secteur le plus jeune et occupe toujours la position du challenger.**

⁸ Commissariat général du Plan, Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées, juillet 2005.

⁹ Le contrôle des EHPAD, Rapport d'information du Sénat n° 771 (2021-2022), déposé le 12 juillet 2022.

¹⁰ Le décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 fixe les principes généraux de la tarification, le forfait global Soins, le forfait global Dépendance et les tarifs journaliers des EHPAD relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du CASF. Le décret n° 016-1815 du même jour fixe de son côté les règles tarifaires, budgétaires et comptables. Il rend obligatoire le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui remplace la convention tripartite conclue entre un EHPAD, l'ARS et le département. En cas de refus de signature du CPOM par le gestionnaire de l'établissement, le directeur général de l'ARS peut revoir à la baisse (jusqu'à 10 %) le forfait global Soins.

¹¹ Voir en ce sens l'avis du Haut-conseil à la vie associative (HCVA), Impact de la concurrence lucrative sur le modèle économique associatif et sur la multiplication des exclusions, 30 septembre 2021.

¹² Selon la DRESS, la répartition de l'offre était la suivante en 2019 : 48 % pour le public, 29 % pour le PNL et 23 % pour le SPL.

Trois secteurs aux caractéristiques très différentes¹³

Le rapport Grand âge et autonomie de Dominique Libault (2019)¹⁴ les a parfaitement mises en évidence.

Le secteur public reste très fragmenté et ne bénéficie d'aucun effet de taille. Les personnels de direction, d'administration et de services généraux y représentent 15,2 ETP pour 100 résidents contre une moyenne de 10,3 pour l'ensemble des EHPAD. Il est, avec le PNL, le plus diffus sur le territoire, donc le plus accessible pour les habitants des campagnes. Le taux d'encadrement pour 100 résidents y atteint 65 ETP en 2020 contre 60 dans le PNL et 58 dans le SPL, la moyenne nationale tous secteurs confondus se situant à 62 ETP. Les EHPAD publics sont le plus souvent propriétaires de leurs locaux (70 % contre 40 % dans le SPL) et leurs immobilisations largement amorties. S'agissant d'établissements anciens et souvent vétustes, l'investissement est mal financé en raison des contraintes tarifaires liées à l'habilitation à l'aide sociale, prépondérante dans ce secteur¹⁵. Le secteur hospitalier se caractérise au sein du secteur public par une taille moyenne d'établissement de 110 places, supérieure à la moyenne nationale de 90, mais par les conditions de confort les plus basses.

Le secteur privé lucratif, soumis à la TVA, se caractérise par sa structuration et sa mutualisation des moyens, d'où son aptitude supérieure à répondre aux appels à projet des ARS. Accueillant davantage de personnes âgées (85 ans en moyenne contre 79 dans le PNL) et plus dépendantes¹⁶, les durées de séjour y sont plus courtes (1 an et 5 mois pour les hommes et 2 ans pour les femmes). Ses 10 principaux groupes gèrent environ 85 000 places (près de 2/3 de l'offre) contre moins de 35 000 en 2002 et procèdent souvent par rachat d'établissements ou transfert d'autorisations puisque les créations sont devenues rares pour des raisons budgétaires¹⁷. Il est également très concentré dans les grandes métropoles, les grandes villes et les régions de prédilection des retraités (Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur où il est prépondérant), là où la capacité de payer un tarif plus élevé est la plus répandue mais là aussi où le foncier est le plus cher, ce qui se répercute directement dans le tarif de la partie Hébergement à la charge du résident¹⁸.

Le coût moyen d'une place en EHPAD s'élevait à 121 € par jour en 2018 (38 € pour le Soins, 17 € pour la Dépendance et 66 € pour l'Hébergement). Le tarif moyen d'hébergement pour le résident ressortait donc à 2 000 € par mois (1 698 € dans le secteur hospitalier, 1 727 € dans le public non hospitalier, 1 939 € dans le PNL et 2 697 € dans le SPL)¹⁹. Le reste à charge avant aide sociale à l'hébergement (ASH)²⁰ atteignait 1 800 € en moyenne : 2 260 €/mois en 2016 dans le SPL contre 1 730 € dans le PNL et 1 580 € dans le secteur public, étant rappelé que la retraite moyenne était de 1 512 € nets par mois, que 75 % des plus de 65 ans étaient propriétaires de leur logement et que les plus de 60 ans détenaient un patrimoine médian net de 211 K€ (incluant pour 42 % d'entre eux une assurance-vie).

¹³ Pour une analyse de leur dynamique, on peut se reporter à Luc d'OLIVEIRA, Mémoire de master, Face à la réglementation européenne et au défi de la dépendance quel avenir pour le secteur non lucratif ?, Master 215 " Economie et gestion des organisations médico-sociales " de l'Université Dauphine, Années universitaires 2010-2013.

Et pour le positionnement du PNL à l'étude du Pôle interministériel de Prospective et d'Anticipation des Mutations économiques : Prospective Economie sociale et solidaire : l'aide aux personnes âgées, 2017.

¹⁴ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

¹⁵ Sur la situation financière des EHPAD publics hospitaliers et autonomes entre 2014 et 2019, se reporter à Accés Territoires n° 10 Les EHPAD et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, décembre 2021.

¹⁶ Les EHPAD des secteurs public hospitalier et privé lucratif accueillent la part la plus élevée de personnes âgées très dépendantes, respectivement 60 % et 57 % contre 51% pour les EHPAD du PNL et du public non hospitalier selon l'Etude KPMG – EHPAD vers de nouveaux modèles - décembre 2015 p. 21. Ceci est confirmé par le GMP : si le GMP moyen est de 712, il est de 697 dans les EHPAD du PNL mais de 730 dans ceux du SPL.

¹⁷ Selon le classement (Top 15 des groupes commerciaux) établi par le Mensuel des maisons de retraite n° 237 (mars 2021), ces groupes sont devenus européens, voire mondiaux. 6 groupes du SPL avaient en 2021 plus de lits à l'étranger qu'en France : le ratio lits implantés en France/hors de France était de 46% pour Domus Vi, de 33% pour Korian, de 31 % pour Colisée, de 29 % pour Orpéa, de 23 % pour Vivalto Vie et de 7 % pour Maisons de Famille.

¹⁸ Selon le rapport de l'IGAS de 2009, Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des EHPAD, les coûts immobiliers représentent entre 10 et 30% du tarif facturé.

¹⁹ Selon Korian, Public, privé ou associatif (28 novembre 2022) « Les tarifs sont un peu plus élevés dans les maisons de retraite privées non éligibles à l'habilitation à l'aide sociale, soit la moitié d'entre elles : un résident paiera en moyenne 55 euros par jour en public, 60 euros par jour en privé associatif, et 82 euros par jour en établissement privé (non habilité à l'aide sociale). ». Un peu plus élevé signifie en 2022 pour Korian un écart de 50 % entre SPL et secteur public.

Pour une analyse plus détaillée, notamment géographique et sectorielle, du reste à charge ou du tarif, se reporter à Mission confiée à Christine Pirès-Beaune par le gouvernement, RESTE A CHARGE ET REGULATION DES EHPAD, 1er semestre 2023, p 32 et s et p 77 sur les tarifs médians applicables dans les différentes catégories d'EHPAD selon le type de place et le profil de l'occupant.

Voir aussi précédemment le rapport d'information n° 458 fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la Commission des affaires sociales du Sénat sur le financement de la dépendance, 3 avril 2019.

²⁰ 100 000 résidents en EHPAD (moins de 20 % d'entre eux) la percevaient. Le taux élevé de non-recours s'expliquerait principalement, selon le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), par la mise en jeu de l'obligation alimentaire, le principe de récupération sur succession n'étant pas toujours accepté.

Fin 2015, selon la DREES, 7 800 établissements sur 10 600, comptant 510 000, places étaient habilités à l'aide sociale en totalité ou de manière partielle²¹, dont 440 000 en EHPAD (3/4 de leur capacité). Mais l'habilitation totale ou partielle à l'aide sociale variait très fortement selon le statut : si ce taux atteignait 99 % pour le secteur public qui gérait 65 % des places habilitées et 91 % pour le PNL, il était de seulement 42 % pour le SPL, chiffre ayant sensiblement baissé depuis lors²². **Le ciblage des clientèles n'est donc pas identique.**

Le SPL, qui accueille une forte proportion de personnes à risque de santé avec le taux d'encadrement le plus faible et le tarif le plus élevé, affecte en outre, en moyenne, moins de personnels aux fonctions d'animation, d'accompagnement social et de service (16,2 ETP pour 100 résidents contre 18,5 dans le PNL et 20,4 dans le secteur public).

Plus récents, les établissements du SPL offrent en revanche de meilleures conditions de confort (96 % de chambres individuelles avec sanitaires privatifs contre 93 % dans le PNL tandis que 11 % des places en EHPAD publics étaient en chambre partagée et que 25 % d'entre elles n'étaient pas équipées d'une douche privative en 2015). Les EHPAD du SPL présentent également en 2019 le taux d'équipement le plus élevé en salle d'eau, en jardin aménagé, en climatisation ou de raccordement au réseau internet pour les résidents. Mais la surface moyenne des espaces privatifs par place y restait la plus faible (21 m² pour le SPL et le secteur public ; 23 m² pour le PNL) comme pour la surface moyenne des espaces collectifs par place (22 m² pour le SPL ; 26 m² pour le secteur public et 30 m² pour le PNL)²³.

Dans le **secteur privé non lucratif** coexistent des établissements restés autonomes et des groupes qui gèrent plusieurs dizaines d'établissements²⁴. La tendance y est à la concentration comme dans le SPL. Nos soumis à la TVA, il acquitte la taxe sur les salaires comme le secteur public (hors régie directe). Il veille à la mixité entre forte et faible dépendance et à l'accueil de personnes souffrant d'isolement social. La surface moyenne par place y était la plus élevée en 2015 (57 m² contre 51 m² dans le public et 48 m² dans le SPL). Sa structuration est également assurée par des réseaux nationaux tels que l'Union nationale de l'aide à domicile ou des fédérations (ADMR, Adédom, FEHAP, Uniopss). Le PNL contribue aussi à l'élaboration de nouveaux services dans les champs de l'habitat inclusif et intergénérationnel²⁵, de la mobilité, des loisirs et du tourisme²⁶, même si le contrôle tarifaire peut bloquer toute innovation qu'une ARS ou un département refuserait de financer.

Des préoccupations communes sur la gestion du personnel

À prépondérance féminine (87 %), le personnel des EHPAD (tous secteurs confondus) connaît **un taux d'absentéisme médian (hors formation), en hausse** – atteignant 10 % en 2016, avec une valeur maximale à 13,5 % – et les accidents du travail y sont généralement graves²⁷. À 9,3 %, le turn-over du personnel était également supérieur d'un point à la moyenne observée dans le médico-social.

²¹ Le tarif des places non habilitées est déterminé librement par les gestionnaires mais, en application de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, un arrêté du ministre en charge de l'économie et des finances fixe chaque année son coefficient maximal de revalorisation.

²² Dans le rapport d'information du Sénat de 2024 mentionné dans la note suivante, il est indiqué que le taux d'habilitation à l'aide sociale du SPL est de 13,6 % contre 99 % pour le secteur public. Et dans leur article « Accompagnement du grand âge : personne ne pourra dire que l'on ne savait pas » (Après-demain n° 63, Dépendance : données & défis), Fabien Bazin et Christian Paul mentionnent qu'il est de 4 % selon la CNSA (Les prix en EHPAD en 2019, Diversité des territoires et des politiques tarifaires », analyse statistique n°9, CNSA, avril 2021).

²³ Sénat, Situation des Ehpads, Rapport d'information n° 778 (2023-2024), déposé le 25 septembre 2024 <https://www.senat.fr/rap/r23-778/r23-77814.html>.

²⁴ Les 15 plus grands groupes du PNL (Fondation Partage et Vie, Groupe SOS Seniors, Arpavie, Groupe ACPPA, ADEF Résidences, MBV-Union, Croix-Rouge Française, Habitat et Humanisme Soins, UNIVI, Petites Sœurs des Pauvres, VYV 3 Pays de la Loire, Association Monsieur Vincent, ITINOVA, EDENIS, Fondation COS) géraient 550 EHPAD et 44.000 lits contre 1.200 EHPAD et 100.000 lits pour les 15 majors du SPL.

²⁵ Voir par exemple Les études du CIRIEC, Thème 7 Le care au cœur des valeurs de l'ESS, p 17-18 au sujet de deux établissements mutualistes faisant cohabiter dans un même lieu un EHPAD et une crèche et p 26 et s. au sujet d'une résidence bigénérationnelle A.I.M.E.R à Limoges, mêlant Aînés, Infirmiers et Médecins Etudiants contre 1.200 EHPAD et 100.000 lits pour les 15 majors du SPL.

²⁶ AVISE, « Silver économie – Décryptage et enjeux pour l'ESS », 2015. Voir aussi Pôle interministériel de Prospective et d'Anticipation des Mutations économiques, Économie sociale et solidaire : l'aide aux personnes âgées, 2017.

²⁷ Selon la CNAM, l'indice de fréquence s'est établi à 94 en 2016 contre 85 en 2012 pour une moyenne nationale, tous secteurs confondus, à 33,8. Le secteur figure donc parmi les 15 les plus à risque des 732 de la nomenclature.

La pression tarifaire publique, la part croissante des personnes dépendantes parmi les résidents et la prise en compte de la seule dépendance physique pour le calcul de la part Dépendance du financement public aboutissent à un taux d'encadrement trop bas (que le rapport Libault proposait déjà de relever à 0,8 par place), et à une pression permanente sur le personnel.

Pour se conformer aux directives des financeurs et des tutelles, de nombreux directeurs d'EHPAD privilégient une gestion normative et économique visant à la réduction des coûts, en s'appuyant sur des outils d'évaluation et de contrôle, eux-mêmes de plus en plus standardisés. La logique de performance économique et financière ayant eu tendance à l'emporter sur l'aspect relationnel lié à tout travail social, de nombreux soignants se sont mis, dès avant la crise sanitaire, à se plaindre de leurs conditions de travail.

La faible attractivité du métier²⁸ et la diversité des statuts (fonction publique hospitalière, fonction publique territoriale, conventions collectives du secteur privé non lucratif, conventions collectives du secteur privé lucratif et convention collective des particuliers employeurs) freine également le recrutement – des aides-soignantes surtout²⁹ – et la mobilité professionnelle. La mise en place d'une politique de gestion des ressources humaines personnalisée mêlant gestion des compétences, formations initiale et continue et possibilités d'évolution professionnelle est récemment apparue indispensable dans les trois secteurs, notamment pour tenter d'attirer et de fidéliser les aides-soignantes.

La crise sanitaire de la covid-19, révélateur des faiblesses et insuffisances du SPL

Selon la plupart des critères ci-dessus, le PNL se trouvait en nettement meilleure posture que le secteur public et surtout que le SPL avant cette crise sanitaire. La publication en janvier 2022 de quelques pages du livre *Les Fossoyeurs* du journaliste Victor Castanet dénonçant certaines pratiques chez Orpea³⁰, le primat de la rentabilité financière sur le bien-être des personnes âgées et la révélation au grand public de la maltraitance³¹ a brisé les illusions sur le SPL. Elle a aussi révélé l'insuffisance du contrôle public sur les EHPAD du SPL qui bénéficient comme les autres de fonds publics depuis 1999.

Une des premières réactions a donc été pour l'État de recruter dans les ARS pour multiplier dans les deux ans les contrôles dans les 7 500 EHPAD et, pour la Haute Autorité de Santé (HAS), de publier en mars 2022 un nouveau référentiel d'évaluation pour les établissements sociaux et médico-sociaux³² afin d'y prévenir la maltraitance. Le gouvernement a en outre décidé, dans un souci de transparence, de publier chaque année quelques indicateurs clés permettant d'évaluer et de comparer les EHPAD entre eux³³, de mieux contrôler les pratiques tarifaires des groupes gestionnaires d'EHPAD du SPL et ouvert en cas de litige une procédure de médiation au service des résidents, familles et professionnels.

²⁸ Grand âge et autonomie, Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge, rapport remis par Mme El Khomri à la ministre de la santé, octobre 2019.

²⁹ Les aides-soignantes représentent 42 % des personnels employés en EHPAD et les agents de service hospitalier (ASH) 31 %. Jérôme Fourquet et Jean-Laurent Cassely, *La France sous nos yeux, Les aides-soignantes : bras invisibles du secteur hospitalier et des EHPAD*, Seuil, 2021, p 280 et s.

³⁰ La compression des dépenses d'alimentation, le sous-effectif et le recours aux CDD « faisant fonction » ; l'existence de « marges arrière » versées à la centrale d'achat ; l'imputation irrégulière de charges sur la section Soins... Le rapport de T. Audigé, Pr B. Fenoll, V. Fournier, F. Laloue, H. Léost, J. Rousselon (IGAS) et G. Bianquis, A. Costa, T. Espeillac, L. Mariani, S. Monteil, A. Pilven, A. Rossion, J.-P. de Saint-Martin, V. Verzat (IGF), *La gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) du groupe ORPÉA*, rapport IGAS et IGF, avril 2022, en détaille la teneur.

³¹ Le défenseur des droits, saisi entre 2015 et 2020 de 900 réclamations concernant des EHPAD, avait déjà attiré l'attention sur ce phénomène et les nombreuses violations des droits et libertés individuelles dans ces établissements : *Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*, Rapport 2021.

³² https://www.has-sante.fr/jcms/c_2838131/fr/comprendre-la-nouvelle-evaluation-des-essms

³³ 10 indicateurs avaient été annoncés mais le décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 en a retenu un nombre plus faible à l'article D. 312-211 du CASF.

Mais au-delà de ces premières mesures qui ne répondaient pas aux problèmes de fond posés depuis longtemps et que le report jusqu'en mars 2024 de la convocation de la Commission mixte paritaire chargée d'élaborer le texte final de la proposition de loi sur le grand âge promise dès 2019 par le président de la République n'a fait qu'aggraver, la principale question posée reste celle du modèle économique des EHPAD et de leur médicalisation³⁴.

Sur le premier point, le département des Landes avait été précurseur dès avant la crise sanitaire : il ne finance aucun EHPAD du SPL au motif que le paiement de dividendes et le surcoût immobilier rendent son modèle économique inattrayant pour les résidents et pour la collectivité publique puisqu'il est plus cher, plus difficilement accessible géographiquement, moins doté en personnel d'accompagnement et donc moins bien traitant à l'égard de personnes plus dépendantes que dans le PNL ou le secteur public³⁵.

La crise sanitaire du début des années 2020 a entraîné des conséquences immédiates et graves pour les EHPAD dans leur ensemble : risque élevé de contagion en milieu collectif³⁶ ; fermeture des établissements au public extérieur et aux médecins traitants, se traduisant par un isolement accru des résidents par rapport à leurs proches³⁷ et une diminution des activités occupationnelles en groupe ; maltraitance³⁸ involontaire infligée par le personnel faute de moyens et d'équipements adaptés pour faire face à une épidémie³⁹ ; montée de l'absentéisme du personnel, lui aussi touché par le virus ; absence de soins médicaux ; nombre élevé de décès ; brutalité du traitement funéraire réservé aux 35 000 personnes décédées ; suspension des nouvelles entrées de résidents de mars 2020 à 2022 ; baisse des taux d'occupation et aggravation du déficit d'exploitation⁴⁰ ; hausse de la proportion de personnes dépendantes souhaitant rester à domicile plutôt que d'aller en EHPAD...

Le SPL qui cumulait les handicaps avant la crise (population résidente plus âgée, davantage atteinte par la dépendance et ayant des durées de séjour plus courtes ; taux d'encadrement par le personnel le plus faible ; difficultés de recrutement, conditions de travail décrites comme plus difficiles par le personnel et donc turn over élevé de ce dernier) en a davantage subi les conséquences.

L'évolution entre 2019 et 2024 des taux d'occupation des lits⁴¹ le confirme, étant rappelé que les autorités tarifaires peuvent réviser à la baisse les budgets des EHPAD lorsque leur taux d'occupation tombe sous le seuil de 95 %⁴². Alors que ce taux moyen se situait à 93,4 % fin 2019, il est tombé à 86,9% au deuxième trimestre 2021 avant de remonter à 88,8 % au troisième trimestre 2023, sans retrouver son niveau antérieur.

³⁴ Voir notamment en ce sens le Rapport de mission des Profs. Jeandel et Guérin Unités de Soins de Longue Durée et EHPAD, 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie, juin 2021 et celui de l'Académie nationale de médecine du 18 janvier 2022. Voir également Luc BROUSSY, Jérôme GUEDJ et Anna KUHN-LAFONT, L'EHPAD du futur commence aujourd'hui, Propositions pour un changement radical de modèle, Les études de Matières Grises, n° 4, mai 2021. <https://matieres-grises.fr/wp-content/uploads/2021/06/Rapport-Ehpad-du-futur.pdf>.

³⁵ La répartition du parc se décomposait comme suit dans ce département en 2019 : 90 % pour le public, 8 % pour le PNL et 2 % pour le SPL, avec un tarif médian à 55,1 € (contre 59,8 € dans un département avec un PNL dominant et 88,5 € avec un SPL dominant). Source : Mission confiée à Christine Pires Beaune par le gouvernement reste à charge et régulation des EHPAD, 1er semestre 2023, p 35.

³⁶ Selon la DRESS (Etudes et résultats, n° 1196, juillet 2021), en 2020, les trois quarts des EHPAD ont eu au moins un résident infecté et un établissement sur cinq a connu un épisode dit « critique », au cours duquel au moins 10 résidents ou 10 % de l'ensemble des résidents sont décédés. Au total, 38 % de l'ensemble des résidents ont été contaminés et 5 % sont décédés (29 300 décès). Les campagnes de vaccination y ayant débuté fin 2020, de l'ordre de 4 700 résidents sont décédés des suites du virus en janvier-février 2021, puis 600 entre mars et mai 2021. Durant la première vague de mars-avril 2020, la proportion d'EHPAD ayant connu un épisode critique a été de 13 % dans le SPL, de 11,5 % dans le PNL, de 9,2 % dans le secteur public hospitalier et de 7,6 % dans le secteur public non hospitalier.

³⁷ Une décision du juge des référés du Conseil d'Etat (3 mars 2021, req n° 449759) a suspendu l'exécution des recommandations émanant du ministère des solidarités et de la santé des 19, 24 et 28 janvier 2021 relatives à " l'adaptation des mesures de protection dans les établissements médico-sociaux et Unités de soins de longue durée accueillant des personnes à risque de forme grave face à la propagation de nouvelles variantes du SARS-COV-2 " en tant qu'elles prescrivent d'interdire les sorties des résidents des EHPAD au motif que leur caractère général et absolu ne pouvait manifestement pas être regardé comme une mesure nécessaire, adaptée et proportionnée à l'objectif de prévention de la diffusion du virus.

³⁸ Les études du CIRIEC, Thème 7 Le care au cœur des valeurs de l'ESS, Alain Koskas, Faire vivre le care (p 31 à 40) qui comporte des témoignages sur cette période et des considérations sur la maltraitance et la bientraitance.

³⁹ Pauline Launay et Frédéric Balard, Ehpad : comment professionnels et résidents ont vécu la première vague de la Covid-19 ? [https://www.unccas.org/sites/default/files/2024-10/Mati%C3%A8res%20Grises/Downloads/571441_spf00004133%20\(6\).pdf](https://www.unccas.org/sites/default/files/2024-10/Mati%C3%A8res%20Grises/Downloads/571441_spf00004133%20(6).pdf).

⁴⁰ En 2022, près des deux tiers (60,3%) des établissements des secteurs public et PNL étaient en situation de déficit contre 49,3% en 2021, selon une étude de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) publiée en juillet 2024. Et, entre 2020 et 2023, la part des EHPAD déficitaires est passée de 27 % à 66 % selon la DGCS, avec un résultat médian global de - 1,75 % (- 2,05 % pour le public hospitalier ; - 1,68 % pour le public territorial et - 1,75 % pour le PNL), provenant des sections Dépendance (- 6,3 %) et Hébergement (- 2,5 %), celle des Soins étant excédentaire (+ 2,8 %). En réaction, un fonds d'urgence doté de 100 M€ a été mis en place par le gouvernement au profit des ESMS, qui a principalement bénéficié aux EHPAD du secteur public. La LFSS 2024 a également augmenté de 3 % la valeur du point pour le calcul de la dotation Soins.

⁴¹ Matières grises, L'évolution des taux d'occupation en EHPAD depuis la crise sanitaire, octobre 2024. https://www.unccas.org/sites/default/files/2024-10/Mati%C3%A8res%20Grises_Note%20Analyse_Taux%20Occupation%20Ehpap_2024.pdf.

⁴² Les articles R314-160 4° et R314-174 4° du CASF disposent que « l'autorité de tarification peut tenir compte de situations exceptionnelles pour ne pas appliquer tout ou partie de la modulation » des forfaits Soins et Dépendance en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement. Certains ont suggéré, en sortie de crise sanitaire, que cette faculté soit transformée en obligation en faveur de tous les EHPAD jusqu'en 2028 pour leur éviter la double peine d'une baisse de recettes sur les forfaits et de la perte de chiffre d'affaires sur la section Hébergement.

Cette évolution n'a toutefois pas été identique selon les trois secteurs.

- Dans le secteur public, le taux d'occupation serait remonté à 94,4 % fin 2023 selon la Fédération Hospitalière de France⁴³.
- Dans le PNL, ce taux serait également remonté dans une fourchette comprise entre 93 et 97 %, selon les groupes⁴⁴.
- Dans le SPL en revanche la situation est plus contrastée. LNA Santé affichait un taux de 94,3 % en 2023, de 94 % au T1 2024 et de 95 % au T3 2024. Domidep, DomusVi ou Colisée affichaient un taux moyen 2024 (hors mois de décembre) compris entre 93 et 95 %. Korian a fait état d'un taux de 88,9 % au T3 2023 et de 87,8 % au T1 2024 tandis qu'ORPEA a mentionné un taux de 86 % au T1 2022, redescendu à 83,6 % en 2023 et à 83,1 % au T1 2024 puis remonté à 83,8 % au T3 2024.

L'ARS Ile-de-France confirme pour cette région cette photographie en publiant le taux d'occupation selon le statut juridique de l'établissement. En moyenne de 85 % en 2023, il se décomposait de la manière suivante : 86 % pour le PNL et le secteur public autonome ; 85 % pour le secteur public territorial ; 83 % pour le SPL et 81 % pour le secteur public hospitalier.

Pour l'avenir, il est attendu, tous secteurs confondus, une stabilité ou une légère diminution de ce taux, compte tenu de la baisse probable des entrées et de la hausse probable des sorties dans les quelques années qui viennent. Cette baisse des entrées est attendue pour les raisons suivantes :

- l'effet réputationnel et « l'EHPAD bashing » qui a surtout concerné le SPL mais a retenti sur l'ensemble des EHPAD, assimilés à des lieux de privation de liberté et des mouroirs ;
- le fort ralentissement entre 2020 et 2030 de la croissance des 85 ans et plus dans la population ;
- l'effet du virage domiciliaire (voir plus bas) ;
- l'effet du turn-over des directrices et directeurs d'EHPAD, qui ralentit le rythme des entrées.

Il est également attendu une accélération du côté des sorties pour les raisons suivantes :

- l'augmentation du nombre de décès et la baisse du taux d'occupation et des durées moyennes de séjour qui en découlent⁴⁵ ;
- les capacités financières des familles à payer le séjour ont été impactées par la hausse du tarif Hébergement (+ 4,4 % en 2023 après + 1,9 % en 2022 selon la CNSA, avec une hausse de + 3,9 % pour les établissements habilités à l'aide sociale mais de + 5,4 % pour les établissements non habilités) qui a répercuté celle des dépenses énergétiques et des frais de personnel.

La crise sanitaire a surtout mis en lumière les faiblesses structurelles du modèle économique des entreprises cotées du SPL caractérisé par la conjugaison de la croissance interne et de la croissance externe, le recours à un endettement élevé pour constituer des patrimoines immobiliers et le faible encadrement des résidents par le personnel. La baisse des taux d'occupation depuis 2020 a profondément dégradé leurs comptes d'exploitation⁴⁶ et il a fallu recruter massivement pour améliorer la bientraitance et la qualité de service et accorder des augmentations de salaire pour tenter de fidéliser le personnel. Les dépenses de personnel sont ainsi passées de 52 % à 60 % du chiffre d'affaires chez KORIAN et de 54 % à 68 % chez ORPEA. Dans ces conditions, KORIAN ne redeviendrait bénéficiaire qu'en 2025 et ORPEA qu'en 2026 et leurs marges devraient rester inférieures à celles du passé compte tenu du poids plus lourd des dépenses de personnel. Il a donc aussi fallu faire appel à de nouveaux actionnaires pour conforter les fonds propres, restructurer la dette (4,5 Mds€ chez ORPEA et 3,5 Mds€ chez KORIAN avec un mur de refinancements en 2026) dans une période de remontée des taux d'intérêt et procéder à des cessions d'établissements ou de murs pour alléger cette dette – beaucoup sont encore encours – et son poids sur les comptes d'exploitation.

Fin 2024, LNA Santé avait perdu la moitié de sa valeur boursière depuis 2019, KORIAN plus de 90 % et ORPEA plus de 99 %. Le marché financier boude toujours ce secteur début 2025 et confère aux trois entités cotées une valeur à la casse.

⁴³ Enquête nationale FHF - Situation financière des EHPAD publics à fin 2023

⁴⁴ SOS Seniors, UNIVI, Partage & Vie ou l'ACPPA déclarent des taux d'occupation (TO) en redressement continu depuis 2021. Les rapports d'activité de l'ACPPA indiquaient par exemple un TO moyen situé à 97,93 % en 2019 avant de chuter à 94,73 % en 2020 puis de remonter progressivement jusqu'à leur niveau d'avant crise (95,69% en 2021 et 97,28 % en 2022). Même trajectoire pour Partage et Vie, qui voit le TO de ses EHPAD retrouver aujourd'hui un niveau satisfaisant, passant de 94,7 % en 2021 à 96,1% en 2022 puis 96,7% en 2023. Au sein des EHPAD du groupe VYV 3, le TO se maintient en 2023 et 2024 autour de 93%, avec toutefois des situations très disparates (entre 89% et 98%) selon les régions et les établissements.

⁴⁵ Cette baisse de 9 à 28 % des durées de séjour est constatée depuis 2019 dans plusieurs groupes du PNL et du SPL.

⁴⁶ Selon Matières grises (L'évolution des taux d'occupation en EHPAD depuis la crise sanitaire, Note d'analyse octobre 2024), pour un EHPAD de 81 places habilité à l'aide sociale dont le coût moyen est de 63,5 € en 2023 la perte d'un point de TO représente une baisse de CA de 18.792 €. Pour un EHPAD non habilité dont le coût moyen est de 95,60 €, cette baisse est de 28.269 €.

KORIAN et ORPEA ont vu leur actionariat sensiblement évoluer à l'occasion de leur restructuration financière (sous l'égide du groupe Crédit agricole chez KORIAN et de la Caisse des dépôts chez ORPEA), ont changé de dirigeants et de nom (CLARIANE pour KORIAN et EMEIS pour ORPEA) pour tenter d'effacer les séquelles d'image et les controverses sur la maltraitance nées avec « l'affaire ORPEA » et aggravées par la crise sanitaire. CLARIANE a également adopté dans ce but le statut d'entreprise à mission.

Dans ces conditions, l'investissement dans de nouvelles capacités d'accueil par les entreprises cotées du SPL devrait rester limité d'ici 2030, priorité étant donnée à la remontée du taux d'occupation, au rétablissement des comptes d'exploitation et au désendettement.

Secteurs public, privé lucratif et privé non lucratif : quelles différences, quelles tendances ?

L'EHPAD du futur : entre médicalisation et solidarité

Si le retour d'expérience sur la crise sanitaire a conduit certains à prendre acte de ce que le modèle EHPAD « était mort⁴⁷ », il a surtout débouché sur la nécessité de **repenser « l'habiter en Ehpad »**, en temps ordinaire comme en temps de crise, ou **le modèle de l'EHPAD⁴⁸** et de le médicaliser davantage⁴⁹.

Sur le premier point, le HCVA a, dans son Avis du 30 septembre 2021, parfaitement énoncé que les EHPAD « doivent être des lieux de vie, des lieux d'accompagnement et de soins, mais également des lieux d'exercice de pleine citoyenneté et des lieux ouverts sur la cité. Ils doivent être un outil de lutte contre l'isolement social en accueillant de manière flexible des personnes âgées vulnérables du territoire vivant encore à domicile »⁵⁰.

Sur le deuxième point, le gouvernement a annoncé en mars 2022 qu'il consacrerait 500 M€ pour renforcer la médicalisation des EHPAD, grâce au financement de 20 000 postes de personnels soignants supplémentaires et grâce à un plan d'action visant à améliorer l'accompagnement médical des résidents dans les années à venir, par exemple en déployant des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et des unités d'hébergement renforcées (UHR) en EHPAD. En outre, 2,1 Mds€ devaient être investis entre 2021 et 2024 dans le bâti, les équipements du quotidien et le numérique et 2,8 Mds€ pour revaloriser les salaires, renforcer l'attractivité des métiers en EHPAD, et pour sécuriser des collectifs de travail motivés auprès des personnes et des familles, avec l'augmentation des rémunérations de tous les professionnels d'EHPAD à hauteur de 183 € nets par mois, le déploiement d'un plan métiers pour développer les formations, la validation des acquis de l'expérience et faciliter les recrutements urgents.

Au-delà, il faut réenvisager, sous l'angle de la solidarité⁵¹, la place accordée aux personnes âgées et fragiles dans la société, d'autant que l'entrée de plus en plus tardive en établissement se traduira par une augmentation de la dépendance, avec pour effet probable de spécialiser l'EHPAD du futur dans la prise en charge de la grande dépendance et de la maladie d'Alzheimer⁵².

⁴⁷ Interview d'Éric Fregona, directeur-adjoint de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (ADPA), ASH 21 février 2024. <https://www.ash.tm.fr/conseils-de-pros/etablissements/le-modele-dehpad-est-mort-883877.php>

⁴⁸ Cour des Comptes, Etude sur la prise en charge médicale en Ehpad. Un nouveau modèle à construire, février 2022.

⁴⁹ La LFSS pour 2022 a conféré à l'EHPAD la possibilité d'exercer une mission de centre de ressources territorial (CRT) en faveur des personnes âgées dépendantes (art. L.313-12-3 du CASF). Cette mission est double : d'une part « Aider les professionnels du territoire intervenant auprès des personnes âgées, notamment afin de les soutenir dans l'exercice de leurs missions, d'organiser des formations, de mettre les ressources humaines et les plateaux techniques de l'établissement à leur disposition ou de mettre en œuvre des dispositifs de télésanté leur permettant de répondre aux besoins ou d'améliorer le suivi des patients résidant dans l'établissement dès lors que la présence physique d'un professionnel médical n'est pas possible ; », d'autre part « Accompagner, en articulation avec les services à domicile, les personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement ou les aidants, afin d'améliorer la cohérence de leur parcours de santé et de leur parcours vaccinal, de prévenir leur perte d'autonomie physique, cognitive ou sociale et de favoriser leur vie à domicile. A ce titre, ils peuvent proposer une offre d'accompagnement renforcé au domicile, incluant des dispositifs de télésanté. ».

⁵⁰ Impact de la concurrence lucrative sur le modèle économique associatif et sur la multiplication des exclusions, <https://www.associations.gouv.fr/rapport-du-haut-conseil-a-la-vie-associative-sur-l-impact-de-la-concurrence-lucrative-sur-le-modele-economique-associatif-et-sur-la-multi-plication-des-exclusions.html>

⁵¹ Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie, Confinement, fin de vie et mort dans les EHPAD pendant la première vague de Covid-19 en France. <https://www.plateforme-recherche-findevie.fr/sites/default/files/inline-content/PNRFV/Presse/dossier-de-presse-covidehpad.pdf>

⁵² Voir sur ce point Les études de Matières grises, Les personnes âgées en 2030, n° 1 septembre 2018 et Quand les babyboomers auront 85 ans. Projections pour une offre d'habitat adapté à l'horizon 2030-2050, janvier 2023. Voir également Haut-commissariat au plan, Vieillesse de la société française : réalité et conséquences, février 2023, p 42 et s.

Avant l'EHPAD : privilégier le maintien à domicile le plus longtemps possible

Pour répondre au choix ultra-majoritaire des Français de vieillir chez eux⁵³, plusieurs mesures ont été prises depuis la création en 2020 de la cinquième branche de la sécurité sociale. Cette réorientation⁵⁴ n'est pas non plus étrangère au fait que le maintien à domicile des personnes dépendantes coûte trois fois moins cher aux finances publiques qu'un accueil en établissement⁵⁵.

En premier lieu, la mise en œuvre par l'Etat et les départements de l'avenant 43 relatif aux rémunérations de la branche de l'aide à domicile a permis de relever la rémunération des 210 000 aides à domicile d'environ 15 % tandis que celles employées par les CCAS et les CIAS ont bénéficié de la prime prévue par le Ségur de la santé de juillet 2020.

En deuxième lieu, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 a institué une garantie minimale de financements publics aux services d'aide à domicile à compter du 1er janvier 2022, sous la forme d'un tarif national plancher (22 €) pour les services rendus aux bénéficiaires de l'APA ou de la PCH, financé par l'Etat et le département. Elle a en outre créé à compter du 1er mai 2022 une dotation qualité, d'un montant correspondant à un supplément de 3 € en moyenne par heure d'intervention, pour favoriser la montée en qualité des services d'aide à domicile, financée par l'Etat après contractualisation avec le département. Mais l'article 22 de la loi du 8 avril 2024 a étalé le calendrier de mise en œuvre de cette réforme.

En troisième lieu, cette LFSS pour 2022 a entendu initier un mouvement de fusion des différentes organisations d'aide à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD) en prévoyant une dotation de coordination financée par la cinquième branche de la sécurité sociale. La structuration progressive du secteur reposait aussi sur un plan de développement des services à la personne, la possibilité de créer une activité sous couvert d'un agrément, des crédits d'impôts, la création du tarif plancher ci-dessus, la revalorisation du tarif en contrepartie d'une amélioration de la qualité et la réforme des services autonomie.

À ce dernier titre, devait être créé entre 2023 et fin 2025, en application du décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023, un nouveau service autonomie à domicile (SAD) prenant en charge l'aide, l'accompagnement et le soin, et gérant – pour le compte des familles – la coordination et les échanges entre les différents professionnels intervenant au domicile.

Les centres de ressources territoriaux (CRT), chargés de proposer des solutions d'accompagnement permettant aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible, ont reçu quant à eux deux missions : une mission d'appui aux professionnels du territoire et surtout une mission d'accompagnement renforcé pour les personnes âgées en perte d'autonomie et nécessitant « un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD ». Étant précisé que les EHPAD et les SAD peuvent également se voir confier les missions d'un CRT, pour les seconds en vertu de leur cahier des charges.

En quatrième lieu, le Gouvernement a lancé le 21 février 2022 un plan national visant à réduire de 20 % d'ici 2024 les chutes mortelles à domicile ou entraînant l'hospitalisation des personnes âgées.

En cinquième lieu, « Ma Prime Adapt' » a été créée le 1er janvier 2024 pour favoriser l'adaptation du logement au vieillissement, en fusionnant trois aides préexistantes.

En sixième lieu, sera promue la diversification d'une offre d'accompagnement alternative au domicile et à l'EHPAD. Sont mentionnés à ce titre⁵⁶ la création d'habitats inclusifs et le développement des résidences non médicalisées (résidences autonomie et résidences services senior). Près de 200 M€ devaient y être consacrés entre 2021 et 2024. Par ailleurs, pour dynamiser le déploiement de l'habitat inclusif et en garantir la soutenabilité financière, le Gouvernement a mis en place l'aide à la vie partagée (AVP), aide accordée sous condition de ressources à tout habitant d'un habitat inclusif conventionné. Enfin, un Laboratoire des solutions de demain, hébergé par la CNSA, explorera les nouvelles formes d'habitat des personnes âgées en perte d'autonomie et imaginera celles de demain selon un principe de continuum.

⁵³ Selon une enquête réalisée par l'IFOP, la part des Français souhaitant rester à domicile est passée de 75 % à 81 % entre 2019 et 2022.

⁵⁴ Momar Lo, Le maintien à domicile des personnes âgées : une solution face au défi du vieillissement de la population, Après-demain n° 63, Dépendance : données & défis, 2022.

⁵⁵ Si la prise en charge des frais liés au maintien à domicile était en 2020 assurée à hauteur de 95 % par les finances publiques contre 63 % en cas de séjour en établissement, le reste à charge en établissement était 23 fois plus élevé pour le résident qu'en cas de maintien à domicile. Source : Mission confiée à Christine Pirès-Beaune par le gouvernement, Reste à charge et régulation des EHPAD, 1er semestre 2023, p 47.

⁵⁶ Matières Grises et Anap, Le domicile du Futur commence aujourd'hui, rapport de septembre 2024. Voir aussi la Mission flash « L'EHPAD de demain : quels modèles ? » de l'Assemblée nationale (Commission des affaires sociales). URL : <https://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/463050/4519434/version/2/file/Synth%C3%A8se%2BEHPAD%2Bde%2Bdemain.pdf>

Les hésitations et tergiversations de l'État

Comme souvent, l'État se trouve en situation de conflit d'intérêt : augmenter le taux d'encadrement dans les EHPAD passe par une augmentation des forfaits Soins et Dépendance, donc de la dépense publique. Il en irait de même pour le forfait Hébergement si les EHPAD qui n'ont pas été rénovés depuis 25 ans devaient l'être, surtout dans le secteur public : ce sous-investissement, chiffré à 15 Mds€ par le rapport Libault de 2019, n'est pas près de se résorber⁵⁷.

Avoir fait appel au SPL lui a permis de reporter sur lui le financement de l'essentiel des places ouvertes dans les EHPAD depuis près de 40 ans. Mais la perspective du vieillissement de la population à l'horizon 2050 pose un triple défi financier : l'équilibre à long terme des régimes de retraite et du système de santé pour l'Etat et de l'aide sociale pour les départements. Le Haut-commissariat au plan a chiffré ces défis : 2,1 % du PIB pour les retraites, entre 1,8 et 2,5 points de PIB pour la santé et 0,8 point de PIB pour l'aide sociale. Défis difficiles à relever lorsque la dette publique a récemment bondi entre 110 et 120 % du PIB et que le déficit budgétaire a dérapé et franchi le cap des 6 % en 2024.

À la lueur du séisme provoqué par le scandale Orpéa, certains suggèrent de mettre fin à cette situation en rétablissant un contrôle public sur le SPL, par exemple sous forme de délégation de service public comportant un régime d'approbation des tarifs et un contrôle du délégataire par le délégant, ou plus simplement de réserver comme auparavant cette activité au secteur public et au PNL⁵⁸.

La Mission confiée à Christine Pirès-Beaune par le gouvernement sur le reste à charge et la régulation des EHPAD confirme en 2023 ce diagnostic sur la faiblesse de l'Etat et sa capacité très limitée d'anticipation en soulignant que le système actuel de pilotage, de régulation et de gouvernance des EHPAD est à bout de souffle : « *Alors que les besoins vont croissants et que la contribution publique à la couverture du risque de perte d'autonomie augmente, garantir le bon usage des deniers publics et promouvoir de meilleures organisations, tant des acteurs opérationnels que des structures de régulation, de financement et de pilotage revêt un caractère impérieux. Ces changements ont trop longtemps été différés, faute d'accord entre les acteurs et de volonté politique claire.* »

Le report durant plusieurs années de l'examen par le Parlement du texte qui allait devenir la loi du 8 avril 2024 et l'absence de vote de la loi de programmation qui devait l'accompagner illustrent à nouveau la persistance de ce diagnostic.

La loi n° 2024-317 du 8 avril portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie

S'inspirant des travaux du Conseil National de la Refondation consacrés au Bien-Vieillir, dont la restitution a eu lieu le 4 avril 2023⁵⁹, une nouvelle stratégie interministérielle – la stratégie « Bien Vieillir » – a été présentée par le gouvernement en novembre 2023⁶⁰. Dressant un bilan des années 2017-2023, elle se déploie en 4 axes : Prendre en compte de nouveaux besoins et reconnaître la place des seniors ; Donner le choix de vieillir où l'on souhaite ; Accompagner les solidarités entre générations et Garantir les droits et la participation des citoyens âgés.

La loi du 8 avril 2024 appelée à "parachever la création de la 5ème branche de la Sécurité sociale" selon le ministre en charge des solidarités, s'articule autour de 4 axes : Prévention de la perte d'autonomie et lutte contre l'isolement ; Maltraitements et droits des personnes en établissement ; Mesures en faveur des aides à domicile ; Activités et régulation des EHPAD.

En ce qui concerne le premier axe (prévention de la perte d'autonomie et lutte contre l'isolement), la loi (art. 1) prévoit l'organisation tous les trois ans au moins d'une conférence nationale de l'autonomie, sur le modèle de la conférence nationale du handicap, "afin de définir des orientations et de débattre des moyens de la politique de prévention de la perte d'autonomie".

⁵⁷ Dans son rapport du 25 septembre 2024 (Situation des Ehpads, Rapport d'information n° 778 (2023-2024), le Sénat relève à ce sujet que le plan d'aide à l'investissement dans les EHPAD d'un montant de 1,3 Md€ entre 2021 et 2025, arrêté à l'issue du Ségur de la santé et intégré dans les objectifs du Plan national de relance et de résilience, a été contrarié par la hausse des coûts de la construction, la hausse des taux d'intérêt, le retrait d'une partie des conseils départementaux dont les recettes liées aux droits de mutation ont chuté en raison de la crise immobilière et de la dégradation de la situation financière des EHPAD.

⁵⁸ ESS France a inclus cette mesure dans ses propositions en 2024.

⁵⁹ Cette réflexion a retenu 4 axes : prendre en considération les attentes des personnes âgées, repérer l'isolement social, simplifier l'accès à l'offre et lutter contre les maltraitements. Purement nationale, elle aurait pu utilement s'inspirer de quelques expériences étrangères. Dans la sphère publique, le Centre d'analyse stratégique y a consacré un rapport publié à La Documentation française, Les défis de l'accompagnement du grand âge, Perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance 2011, n° 39. Selon les termes du directeur général du CAS « l'anticipation des problèmes liés à la perte d'autonomie doit rester le maître mot pour l'action publique. Anticiper par la promotion de dispositifs de prévention de la dépendance tout au long du cycle de vie, mais anticiper également en coordonnant davantage les acteurs des champs social, médical et sanitaire, afin que la prise en charge réponde au mieux aux besoins des personnes. » <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/114000735.pdf>

⁶⁰ Source : <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-11/Strategie-bien-vieillir-novembre-2023.pdf>

Surtout, donnant une suite à l'une des propositions majeures du rapport Libault de 2019, elle organise (art. 2) un service public départemental de l'autonomie (SPDA) pour les personnes âgées et handicapées et les proches aidants, guichet unique chargé de simplifier le parcours des usagers et de leur garantir le maintien à domicile⁶¹. Son pilotage et son financement sont confiés à une conférence départementale de l'autonomie, qui pourra s'appuyer sur des commissions infra-départementales.

Et afin de lutter contre l'isolement social des personnes âgées et de mieux les informer, les services sociaux et sanitaires pourront (art. 8), sauf opposition de leur part, accéder aux registres des personnes vulnérables tenus par les mairies et ces dernières aux fichiers des bénéficiaires de l'APA ou de la PSH.

Pour agir dès les premiers signes de la perte d'autonomie, le programme Icope⁶² sera généralisé et les rendez-vous de prévention, bientôt proposés aux 60-65 ans et aux 70-75 ans, contribueront à ce programme (art. 9).

Et, dans le but d'améliorer l'accès aux aides techniques, les équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques, composées d'ergothérapeutes et de travailleurs sociaux, seront généralisées à partir de 2025 (art. 3).

En ce qui concerne le deuxième axe (maltraitements et droits des personnes en établissement), diverses mesures sont prévues en leur faveur :

- la faculté de désigner une personne de confiance (parent, proche ou médecin traitant) ;
- la reconnaissance d'un droit de visite quotidien de toute personne qu'elles consentent à recevoir, sans information préalable de l'établissement. Et un droit absolu de recevoir une visite quotidienne pour les personnes en fin de vie ou en soins palliatifs, même en cas de crise sanitaire ;
- le droit d'accueillir leur animal de compagnie (art. 26), sous certaines réserves (capacité à assurer les besoins de l'animal et respect des conditions d'hygiène et de sécurité). Un arrêté du ministre chargé des personnes âgées déterminera ces conditions et les catégories d'animaux pouvant être accueillis (limites de taille) ;
- la création au niveau départemental d'une cellule de recueil et de traitement des alertes en cas de maltraitance (art. 13). Elle centralisera notamment les signalements adressés au numéro d'alerte national 3977 (réseau ALMA), créé en 2008 ;
- la création d'ici fin 2026 (art. 18) d'un registre national regroupant toutes les mesures de protection ordonnées par un juge (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle, habilitation familiale) et les mandats de protection future.

En ce qui concerne le troisième axe (mesures en faveur des aides à domicile), la loi prévoit :

- la délivrance d'ici 2025 (art. 19), sur le modèle du caducée des médecins, d'une carte professionnelle aux aides à domicile intervenant auprès des personnes âgées et handicapées ;
- des aides financières de la CNSA pour les départements qui soutiendront les déplacements (en voiture ou en transports en commun) des aides à domicile (y compris l'obtention du permis de conduire) et favoriseront des temps collectifs d'échanges entre ces professionnels, selon des modalités fixées par décret (art. 20) ;
- le remplacement, à titre expérimental en 2025 et 2026, par 10 départements de la tarification horaire des services d'autonomie à domicile par une tarification globale ou forfaitaire (art. 21). Ces expérimentations feront l'objet d'une convention à signer entre le Conseil départemental, l'ARS et la CNSA et donneront lieu à une évaluation six mois avant leur fin, avec rapport transmis au Parlement.

⁶¹ Le ministre chargé des solidarités avait reconnu en avril 2023 devant le Conseil National de la Refondation consacrés au Bien-Vieillir "la complexité, le maquis de sigles, les parcours chaotiques entre l'hôpital, le domicile et l'Ehpad, la fracture numérique" auxquels sont confrontées les personnes âgées et leurs proches. Comme réponse, la loi organise la mise en place, avec les départements, de ce SPADA, "guichet unique" avec pour vocation d' "organiser des réponses claires pour les personnes en perte d'autonomie : un numéro unique, des points d'information physiques, une réponse coordonnée sur tout le parcours".

⁶² Test permettant d'autoévaluer ses capacités sur une application mobile.

En ce qui concerne le quatrième axe (Activités et régulation des EHPAD), la loi ;

- supprime pour l'ASH l'obligation alimentaire pour les petits-enfants et leurs descendants (art. 23). Par ailleurs, les enfants d'un parent condamné pour crime ou agression sexuelle contre l'autre parent ou les enfants qui ont été retirés de leur famille pendant un certain temps seront dispensés d'aide alimentaire ;
- organise une coopération des EHPAD publics autonomes (art. 6) dans le cadre de nouveaux groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux (GTSMS) ;
- autorise les EHPAD à mobiliser le forfait Soins pour financer des actions de prévention de la perte d'autonomie (art. 25) ;
- reconnaît aux EHPAD habilités totalement ou majoritairement à l'aide sociale une souplesse encadrée dans la fixation de leurs tarifs d'hébergement (art. 24) ;
- permet aux ARS d'instaurer, à titre expérimental de juin 2024 à juin 2026, un quota minimal de places réservées à l'accueil de nuit dans les EHPAD et dans les résidences autonomie de proches aidants ou de personnes âgées vivant seules et en besoin de réassurance (art. 27). Cette mesure, si elle était ensuite généralisée, devrait concourir au redressement des taux d'occupation⁶³ ;
- renforce l'information des usagers et des familles sur la qualité de la prise en charge des résidents, en renvoyant à un décret les conditions de publication par la CNSA d'indicateurs relatifs à l'activité et au fonctionnement de ces établissements (notamment en termes de budget et de personnes employées) ;
- prévoit la fixation par un cahier des charges, établi par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de l'alimentation, des règles relatives à la quantité et à la qualité nutritionnelle des repas proposés en vue de prévenir la dénutrition (art. 30) ;
- renforce à l'article 35 le contrôle sur les EHPAD en réécrivant les II à V de l'article L.313-1 du CASF (déclaration des changements survenant dans la gestion de l'établissement ou des prises de contrôle des gestionnaires d'établissements à l'autorité de tutelle, avec faculté d'opposition dans les deux mois ; échanges d'informations facilités entre les ARS, les départements et la répression des fraudes...).

Les derniers articles de la loi (art. 36 et suivants) sont consacrés à l'habitat inclusif, l'une des pistes précédemment identifiées comme alternative au séjour en établissement ou comme une modalité du maintien à domicile.

S'agissant des moyens dédiés au bien vieillir, l'article 10 de la loi renvoie à une « loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge », qui, avant le 31 décembre 2024, devra déterminer tous les cinq ans la trajectoire des finances publiques. Elle définit les objectifs de financement public nécessaire pour assurer le bien-vieillir des personnes âgées à domicile et en établissement et le recrutement des professionnels ainsi que les moyens mis en œuvre par l'Etat pour atteindre ces objectifs ». Même si cet article a été adopté à l'unanimité dans les deux chambres, les gouvernements en fonction depuis l'adoption de la loi n'ont pas confirmé le calendrier d'adoption de cette future loi de programmation sur lequel E Borne s'était engagée, ce qui a entraîné une protestation de La Fédération hospitalière de France.

La date du 31 décembre 2024 ayant été dépassée, on retrouve ici une nouvelle illustration des tergiversations d'un Etat qui fait voter des lois nouvelles sans prévoir parallèlement les moyens financiers et humains pour les mettre en œuvre et qui diffère de ce fait l'application de nouveaux droits qu'il a fait reconnaître aux personnes dépendantes. De son côté, la CFDT a regretté que la loi de 2024 ne comporte « aucun élément spécifique sur les salaires, sur les conditions de travail et sur les statuts » et que les métiers du lien et du soin, à prédominance féminine, n'aient pas bénéficié d'un regard visant à les valoriser financièrement.

La fusion des forfaits soins et dépendance pour le financement des EHPAD

L'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 procède, à titre expérimental dans au plus 20 départements volontaires⁶⁴ et pour une durée de 4 ans à compter de 2025, à une fusion des sections Soins et Dépendance⁶⁵ au sein d'une nouvelle section relative aux soins et à l'entretien de l'autonomie.

⁶³ Proposer des séjours en hébergement temporaire n'était jusque-là pas permis sur des lits d'hébergement permanent, les gestionnaires étant tenus à un suivi distinct de leurs taux d'occupation par type d'hébergement autorisé. Cette mesure devrait également permettre aux EHPAD de se positionner comme un dispositif d'Hébergement temporaire d'urgence et de Sortie d'hospitalisation, en situation d'urgence dans le premier cas (défaillance d'un aidant, maltraitance à domicile, insalubrité du logement...) et avant le retour au domicile dans le second.

⁶⁴ Le projet initial du gouvernement prévoyait la participation de 10 départements en 2025, de 5 en 2026 et de 5 en 2027, avec un basculement irréversible dans le nouveau système de tarification.

⁶⁵ Voir en ce sens la proposition n° 125 in D. Libault, Grand âge, le temps d'agir, rapport issu de la concertation nationale Grand âge et autonomie, mars 2019 et la proposition n° 1 in P. Dharréville, J. Dubié et C. Janvier, Mission « flash » sur la gestion financière des EHPAD, Commission des affaires sociales, Assemblée nationale, mars 2022.

Dans ces départements, **le financement d'un EHPAD reposera désormais sur deux sections :**

- la section regroupant les dépenses ayant trait aux soins et à l'entretien de l'autonomie des personnes accueillies⁶⁶, financée par la branche autonomie de la sécurité sociale en fonction des besoins des résidents. La tarification de cette nouvelle section sera fixée par l'ARS (2. du C du I de l'art. 79 LFSS) et la CNSA la financera en bénéficiant d'un apport de recettes pour l'assurer après détermination de la compensation financière qui devra être versée par les départements ayant opté pour le régime adapté de financement ;
- la section regroupant les dépenses relevant de l'organisation collective de l'établissement et de son fonctionnement et celles relevant de préférences individuelles (hébergement, animation, etc.), financée par les résidents avec le bénéfice éventuel d'aides publiques telle que l'ASH.

Le gouvernement – et à sa suite le parlement – n'ont pas repris les propositions plus ambitieuses du rapport de Mme Pirès-Beaune sur le financement et la gouvernance des EHPAD, qui incluait la section hébergement dans le champ de la réforme à opérer, au motif que ces propositions « supposent une expertise et une discussion plus poussées avec l'ensemble des parties prenantes, gestionnaires et départements. Dans l'attente de la finalisation de ces travaux, et comme le propose du reste ce rapport, la fusion des sections soins et dépendance constitue une première simplification importante, qui laisse ouvert un grand éventail d'options pour l'avenir. » (AN, PLFSS 2024, annexe 9, art. 37, p 367).

Ils n'ont pas non plus repris la proposition n° 8 du Sénat⁶⁷ qui consistait, pour améliorer l'accessibilité financière des EHPAD et limiter les hausses de tarif, à transférer sur la section Soins certains postes actuellement financés par la section Hébergement (locaux de soins, logiciels, secrétariat médical, animation, diététiciens, salaire du directeur...).

Le gouvernement et le Parlement ont également écarté l'hypothèse d'une fusion obligatoire des sections Soins et Dépendance des EHPAD pour tous les départements et retenu un appel au volontariat « pour que les conseils départementaux qui le souhaitent puissent maintenir leur implication auprès de l'ensemble des EHPAD implantés sur leur territoire, qu'ils soient ou non habilités à l'aide sociale. » (AN, PLFSS 2024, annexe 9, p 367). En effet, pour le forfait Dépendance par exemple, les départements fixent la valeur du point GIR, qui oscillait selon les départements entre 6,60 et 9,50 € en 2023.

Cette expérimentation ne s'appliquera qu'à compter de 2025 car l'année 2024 devait être consacrée à la prise des nombreux textes réglementaires nécessaires (décrets en Conseil d'Etat ; décrets simples dont celui qui dressera la liste des départements ayant décidé de participer à l'expérimentation ; arrêtés ministériels ou interministériels) et des instructions ministérielles d'accompagnement (AN, PLFSS 2024, annexe 9, p 371-372). Comme pour toute expérimentation, au plus tard six mois avant son terme, le Gouvernement transmettra au Parlement un rapport dressant le bilan de l'expérimentation et évaluant les conditions de sa généralisation et de sa pérennisation, la CNSA étant auparavant chargée de procéder à son évaluation annuelle.

La réforme demandée depuis plusieurs années de la tarification des EHPAD et initialement envisagée par le gouvernement comme un choix irréversible des départements volontaires pour l'appliquer a donc été réduite, pour le moment, à une simple expérimentation en deux phases avec une première vague de candidature au plus tard le 30 avril 2024 puis entre le 1er janvier et le 30 avril 2025 pour une seconde vague à compter du 1er janvier 2026. Et, s'agissant d'une simple expérimentation, sa généralisation à l'ensemble des départements n'est à ce stade pas garantie, la décision étant reportée au mieux à 2029.

Il est d'ailleurs intéressant de relever que l'étude d'impact de 2024 était très discrète sur les conséquences financières de la réforme et que des précisions n'ont été apportées que dans le PLFSS pour 2025 (Annexe 7) sur ce que le gouvernement continue à appeler une « réforme de la tarification » ou une « réforme du modèle de financement des Ehpads » (y compris dans l'Annexe 9 du PLFSS 2025) alors qu'il s'agit d'une simple expérimentation dont la généralisation et l'irréversibilité ne sont nullement garanties à ce stade⁶⁸.

⁶⁶ L'Annexe 9 mentionne (p 366) que « Le principe d'une participation financière des résidents aux dépenses d'entretien de l'autonomie est maintenu malgré la suppression de la section dépendance à laquelle il s'applique dans le droit commun, mais il sera adapté par voie réglementaire. Elle s'appliquera à tous les résidents accueillis, quel que soit leur âge ou leur domicile de secours. Pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement, cette participation pourra être prise en charge au titre de cette aide selon les modalités actuellement en vigueur. ». Ceci a été repris au E du I de l'art. 79 de la LFSS.

⁶⁷ Sénat, Commission des affaires sociales, rapport d'information Ehpads : un modèle à reconstruire, juin 2024.

⁶⁸ Lr ...le PLFSS pour 2025 prévoit, pour les personnes âgées, la mise en place de l'expérimentation de la fusion des sections. Cette réforme de la tarification des EHPAD et des USLD a pour objectif de simplifier le financement et la gouvernance des EHPAD et des USLD en transférant les dépenses d'accompagnement de la perte d'autonomie, auparavant à la charge des départements, à la Sécurité sociale. Les EHPAD des départements expérimentateurs verront une convergence vers le haut des niveaux de tarification. Cette réforme implique un transfert du financement de la section dépendance, soit une mesure de périmètre de 0,5 Md€ sur l'OGD PA. La hausse de 10% du niveau de l'OGD PA en 2025 est partiellement portée par ce transfert, les surcoûts nets de dépenses de la sécurité sociale représentant une hausse prévue d'environ 6%. Cette mesure a un coût total de 0,2 Md€ pour la Sécurité sociale, 165 M€ sur l'ONDAM (OGD et ONDAM-ES pour les USLD) et 45 M€ de concours supplémentaire. Elle entraîne une baisse du concours APA 1 et une reprise de recettes fiscales des départements. » (AN, PLFSS 2025, Annexe 7 Dépenses de la branche autonomie et effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie, p. 33). En ce qui concerne les USLD, cette même étude d'impact précise au sujet de l'assurance-maladie (p. 47) que « Les prises en charge en unités de soins de longue durée (USLD) représentent 1,3 Md€. Ces unités, adossées à un établissement hospitalier, disposent de moyens médicaux plus importants que les EHPAD, car les résidents y sont en moyenne davantage dépendants : selon la Drees, en 2019, 34% des 30 000 personnes accueillies en USLD étaient en GIR 1. Le nombre moyen d'équivalents temps-plein (ETP) en USLD est équivalent au nombre de places installées alors que le taux d'encadrement moyen en EHPAD est de 66 ETP pour 100 places en 2019 (cf. DREES – EHPA 2019). »

Mais le gouvernement Barnier ayant fait l'objet d'une motion de censure sur ce texte, le PLFSS 2025 a été considéré comme rejeté et donc la fusion expérimentale des forfaits soins et dépendance reportée sine die.

27 départements s'étant portés candidats pour participer à l'expérimentation dès le 1er janvier 2025, ce PLFSS 2025 se proposait (art. 21) de porter le nombre de candidats potentiels à l'expérimentation à au plus 23 au 1er janvier 2025 (PLFSS 2025, Annexe 9, p 126) et de compléter en conséquence les dispositions financières de l'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 relatives au calcul de la rétro-compensation des recettes transférées des départements expérimentateurs⁶⁹ à la branche autonomie de la sécurité sociale.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2025 (art. 82), adoptée le 10 février 2025 à la suite de la mise en jeu de sa responsabilité par le gouvernement Bayrou, a repris ce dispositif en le modifiant à la marge. L'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 prévoit désormais que le nombre de participants à l'expérimentation, d'une durée d'un an et demi (entre le 1er juillet 2025 et le 31 décembre 2026) et non plus de quatre ans, est fixé à 23, et que le rapport final sera réalisé avec l'appui de la CNSA. La loi désigne d'ailleurs elle-même les 23 départements s'étant, avant le 15 novembre 2024, déclarés volontaires pour y participer. La LFSS modifie enfin, pour tenir compte d'une part du décalage et du raccourcissement de la durée de l'expérimentation, d'autre part de la réforme des concours de la CNSA prévue dans un autre article de la LFSS, les règles relatives au calcul de la rétro-compensation des recettes transférées des départements expérimentateurs à l'Etat ou à la sécurité sociale. Comme dans le premier PLFSS 2025, la généralisation et l'irréversibilité de cette réforme de la tarification ne sont nullement garanties⁷⁰.

Enfin, l'article 85 de la LFSS 2025 prévoit le déploiement d'une aide exceptionnelle de 300 M€ en soutien aux établissements sociaux et médico-sociaux en difficulté financière (cf ci-dessus, p 9 et 10). L'annonce de cette mesure a provoqué, dès avant son adoption définitive, une forte remontée des cours de bourse des sociétés cotées du SPL.

Au plan constitutionnel, pourrait-on exclure le SPL de la gestion des EHPAD ?

Partant du constat selon lequel le SPL est le secteur le plus récent et celui qui présente, à la lueur du retour d'expérience de la crise sanitaire, le rapport qualité/coût le moins favorable pour les personnes dépendantes, **serait-il possible de lui interdire en droit ou en fait la gestion d'EHPAD ou de la réserver au secteur public et au PNL ?**

Trois voies sont juridiquement envisageables pour tenter d'y parvenir, étant rappelé que la liberté d'entreprendre est appréhendée par le Conseil constitutionnel sous deux angles, correspondant aux deux composantes traditionnelles de cette liberté : la liberté d'accéder à une profession ou à une activité économique et la liberté dans l'exercice de cette profession ou de cette activité (CC, décision n° 2012-285 QPC du 30 novembre 2012, corporations d'Alsace-Moselle, § 7). En pratique, elle implique d'une part de pouvoir créer une entreprise ou d'initier une activité économique de son choix, d'autre part de pouvoir la gérer et l'exploiter selon sa volonté⁷¹.

⁶⁹ Le montant total du transfert financier, provisoirement estimé, est de l'ordre de 744 M€ en 2025, 765 M€ en 2026 et 788 M€ en 2027. Ce transfert est en partie couvert par une neutralisation des recettes des départements expérimentateurs à hauteur de 535 M€ en 2025, 544 M€ en 2026, et 555 M€ en 2027. Et les surcoûts bruts sont estimés à 234 M€ en 2025, 247 M€ en 2026 et 259 M€ en 2027, selon l'Annexe 9, p 128.

⁷⁰ L'amendement n° 952 déposé à l'Assemblée nationale le 3 février 2025 mentionne dans son exposé des motifs que « ... En complément, la date de fin de l'expérimentation est fixée au 31 décembre 2026, afin de fluidifier la transition vers sa généralisation ou le retour au régime de financement antérieur, en cohérence avec l'annualité budgétaire. »

⁷¹ Par sa décision n° 89-254 DC du 4 juillet 1989 relative à la loi de privatisation du 6 août 1986 (§ 5), le Conseil constitutionnel a jugé que « ... la liberté d'entreprendre n'est ni générale, ni absolue ; qu'il est loisible au législateur d'y apporter des limitations exigées par l'intérêt général à la condition que celles-ci n'aient pas pour conséquence d'en dénaturer la portée ». La formulation de sa jurisprudence a légèrement évolué : le législateur peut apporter à la liberté d'entreprendre, qui découle de l'article 4 de la DDHC de 1789, des limitations liées à des exigences constitutionnelles ou justifiées par l'intérêt général, à la condition qu'il n'en résulte pas d'atteintes disproportionnées au regard de l'objectif poursuivi (CC, décision n° 2000-436 DC du 7 décembre 2000, cons. 20 pour une atteinte tant au droit de propriété qu'à la liberté d'entreprendre découlant de l'obtention préalable obligatoire d'une autorisation municipale pour changer la destination d'un local commercial ou artisanal ; CC, décision n° 2000-439 DC, 16 janvier 2001, loi sur l'archéologie préventive, cons. 14 ; CC, décision n° 2011-139 QPC du 24 juin 2011, Association pour le droit à l'initiative économique, cons. 3 et 8). Dans la deuxième affaire, le Conseil constitutionnel a reconnu la faculté de conférer des droits exclusifs à un établissement public administratif pour l'exécution des opérations de diagnostic et de fouilles d'archéologie préventive (cons. 14) alors même que les requérants invoquaient « la liberté et... la diversité des professionnels déjà installés dans le secteur des fouilles archéologiques » (§ 13). Mais il a relevé sur ce dernier point que différentes mesures avaient été prévues pour associer le secteur privé à ces fouilles.

1- La première voie, la plus radicale, consisterait pour le législateur à nationaliser les entreprises appartenant au SPL, moyennant une juste et préalable indemnité, en application de l'alinéa 10 de l'article 34 de la constitution.

La jurisprudence constitutionnelle reconnaît au législateur un large pouvoir d'appréciation quant au champ d'application des nationalisations, l'article 17 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 (DDHC) lui conférant un pouvoir discrétionnaire pour constater la nécessité publique d'une privation de propriété. Et le Conseil constitutionnel prend acte du fondement donné par le législateur aux nationalisations (CC, décision n° 132 DC du 16 janvier 1981, cons. 19 et 20).

En l'espèce, une nationalisation pourrait faire appel à des préoccupations de santé publique et de bienveillance des résidents âgés, la santé publique étant désormais un objectif de valeur constitutionnelle (CC, décision n° 80-117 DC du 22 juillet 1980, cons. 4 ; CC, décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991, cons. 8 et 11 ; CC, décision n° 90-287 DC du 16 janvier 1991, cons. 23 et 24 ; CC, décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009, cons. 6, 15 et 19 ; CC, décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004, cons. 2 à 8 ; CC, décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009, cons. 6 ; CC, décision n° 2012-248 QPC du 16 mai 2012, cons. 6 ; CC, décision n° 2014-706 DC du 18 décembre 2014, cons. 19 et 25 ; CC, décision n° 2015-480 QPC du 17 septembre 2015, cons. 5 à 7 ; CC, décision n° 2018-776 DC du 21 décembre 2018, paragr. 31 ; CC, décision n° 2019-823 QPC du 31 janvier 2020, paragr. 5 à 10 ; CC, décision n° 2022- 1027/1028 QPC du 9 décembre 2022, paragr. 9) ou de droit à un logement décent pour ces résidents (CC, décision n° 94-359 DC du 19 janvier 1995, cons. 5 à 7 ; CC, décision n° 2009-578 DC du 18 mars 2009, cons. 12 ; CC, décision n° 2011-169 QPC du 30 septembre 2011, cons. 3 à 5, 8 et 9 ; CC, décision n° 2016-581 QPC du 5 octobre 2016, paragr. 8, 9 et 11).

Même si la faiblesse du cours de bourse des entreprises cotées du SPL rend une telle opération attractive pour l'Etat, une nationalisation complète du SPL semble peu probable compte tenu de l'état déplorable des finances publiques révélé fin 2024, de la longue période prévue pour les rétablir et du niveau élevé atteint par la dette publique.

2- La deuxième voie consisterait, dans un contexte d'après crise sanitaire, à interdire la délivrance de nouvelles autorisations aux gestionnaires d'EHPAD du SPL, étant rappelé que les dispositions actuellement en vigueur (appels à projet lancés en application de l'article L.313-1-1 et demandes d'autorisation hors appel à projet de l'art. L.313-2 du CASF) ne prévoient aucune discrimination tenant au statut public ou privé du futur gestionnaire.

Il faudrait donc modifier ces dispositions en ce sens mais s'agissant d'une mesure qui porterait atteinte à la liberté d'accéder à une activité économique, elle serait difficile à justifier au regard de l'historique rappelé plus haut (avec des appels à projet des ARS conçus au cours des quatre dernières décennies pour favoriser le développement du secteur privé lucratif et dans une moindre mesure non lucratif) et serait probablement considérée comme une restriction arbitraire ou abusive (CC, décision n° 81-132 DC du 16 janvier 1982, cons. 16).

3- Une voie plus douce et juridiquement plus sûre consisterait à s'appuyer sur les dispositions actuelles du CASF (art. L.313-4 et suivants du CASF) pour limiter la délivrance de ces autorisations au SPL.

Les plus facilement mobilisables sont celles de l'article L.313-8 du CASF relatives à l'habilitation à l'aide sociale qui prévoient de manière générale que « L'habilitation et l'autorisation mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 313-6 peuvent être refusées pour tout ou partie de la capacité prévue, lorsque les coûts de fonctionnement sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec ceux des établissements fournissant des services analogues. » et de manière particulière que l'habilitation peut être refusée lorsqu'elle est susceptible d'entraîner « des charges injustifiées ou excessives » pour le conseil départemental, l'Etat ou les organismes de sécurité sociale.

De même, l'article L.313-9 prévoit plusieurs cas de retrait de l'habilitation, dont la disproportion entre le coût de fonctionnement et les services rendus ou la charge excessive pour la collectivité publique ou les organismes assurant le financement. Mais, comme indiqué ci-dessus, les EHPAD du SPL recourent au plus à une habilitation partielle et leur localisation géographique dans les grandes villes les orientent vers des clientèles socialement plus favorisées. Ce levier ne semble donc pas approprié pour atteindre l'objectif d'un cantonnement du SPL.

On rappellera toutefois ici le précédent du **département des Landes** (cf note 35) qui, sur la base des textes actuels, a cantonné à 2 % la capacité d'accueil du SPL contre 90 % pour le public et 8 % pour le PNL. **Cet exemple, resté isolé, prouve qu'il est possible, avec une volonté politique claire et constante, sinon d'exclure, du moins de limiter la place du SPL sur ce marché, sans soulever de délicates questions, soit de constitutionnalité liée à la liberté d'entreprendre, à la liberté contractuelle ou au droit de propriété⁷¹, soit de droit de la concurrence.**

Dans notre droit administratif, une activité économique emporte en effet une intervention sur un marché, par exemple celui du service de téléassistance aux personnes âgées et handicapées créé par un département sous forme de délégation de service public dans le cadre de son action en matière d'aide sociale (CE, 7/2 SSR, 3 mars 2010, Département de la Corrèze, req. n° 306911)⁷². Et les activités exercées par le secteur public sur un marché concurrentiel devant respecter tant la liberté du commerce et de l'industrie que le droit de la concurrence, vouloir totalement éliminer les entreprises du SPL d'un marché comme celui des EHPAD, encore dominé par le secteur public, soulèverait de ce point de vue une difficulté juridique difficilement surmontable.

En droit européen, la définition d'une « activité économique » est plus large encore. La Commission européenne a ainsi estimé que, « constitue une activité économique toute activité, même en dehors de la recherche de bénéfices, qui participe aux échanges économiques » (décision 92/521/CEE du 27 octobre 1992 relative à la procédure d'application de l'article 85 du traité CEE - Distribution des forfaits touristiques lors de la Coupe du monde de football 1990). Mais le TPICE a ultérieurement jugé que la définition d'une activité économique impliquait la présence d'acteurs économiques poursuivant un but lucratif et une concurrence sur la qualité et l'offre de services proposée sur le marché (TPICE, 15 février 2018, T-216/15 pour l'assurance maladie en Slovaquie)⁷³. La Cour de justice retient pour sa part une approche fonctionnelle, en considérant qu'une activité économique consiste à offrir des biens et des services sur un marché (CJCE, 16 juin 1987, Commission c/ Italie, aff. 118/85, § 7 et 8 ; CJCE, 21 septembre 1999, Albany, aff. C67/96, pts 79 à 87)⁷⁴.

On voit mal comment la France respecterait cette définition européenne d'une activité économique si une loi nationale venait éliminer d'un marché encore dominé par le secteur public tous les acteurs poursuivant un but lucratif.

⁷¹ En l'absence de privation du droit de propriété au sens de l'article 17 de la DDHC de 1789, il résulte néanmoins de l'article 2 de cette déclaration que les atteintes portées à ce droit doivent être justifiées par un motif d'intérêt général et proportionnées à l'objectif poursuivi (CC, décision n°2010-60 QPC du 12 novembre 2010, cons. 3 ; CC, décision n° 2011-141 QPC du 24 juin 2011, cons. 3 ; CC, décision n° 2011-208 QPC du 13 janvier 2012, cons.4).

⁷² En « Les personnes publiques sont chargées d'assurer les activités nécessaires à la réalisation des missions de service public dont elles sont investies et bénéficient à cette fin de prérogatives de puissance publique ; qu'en outre, si elles entendent, indépendamment de ces missions, prendre en charge une activité économique, elles ne peuvent légalement le faire que dans le respect tant de la liberté du commerce et de l'industrie que du droit de la concurrence ; qu'à cet égard, pour intervenir sur un marché, elles doivent, non seulement agir dans la limite de leurs compétences, mais également justifier d'un intérêt public, lequel peut résulter notamment de la carence de l'initiative privée ; qu'une fois admise dans son principe, une telle intervention ne doit pas se réaliser suivant des modalités telles qu'en raison de la situation particulière dans laquelle se trouverait cette personne publique par rapport aux autres opérateurs agissant sur le même marché, elle fausserait le libre jeu de la concurrence sur celui-ci.

⁷³ Hélène Payancé, Reconnaissance du caractère économique de l'activité de fourniture d'assurance maladie obligatoire en Slovaquie », Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale, 2 | 2018, 120-123. Léo Roque, Une concurrence des organismes d'assurance maladie fondée sur la qualité de prestation en Slovaquie, RDS, n°83, 2018, p.473-475.

⁷⁴ Conseil d'Etat, Guide des outils d'action économique, 2018, Fiche 10 Exercice d'une activité économique par les personnes publiques, p 2 et 3. Voir également la Fiche 18 Encadrement des activités économiques (I) : objet du cadre, 2. Les monopoles et droits exclusifs ainsi que la fiche 19 Encadrement des activités économiques (II) : modalités de mise en œuvre.

Les pistes pour continuer à améliorer la prise en charge de la dépendance

Plusieurs rapports publics ou études privées publiés récemment en ont dégagé de nombreuses, parmi lesquelles :

1. **Prévenir la dépendance dès la mi-vie et aménager le domicile en vue d'un maintien le plus longtemps possible**⁷⁵, y compris dans les nouvelles formes d'habitat (résidences autonomie ou services, logements intermédiaires, habitats partagés ou inclusifs, intergénérationnels...) en y développant la prévention de la maltraitance⁷⁶ ;
2. **Baisser le taux d'institutionnalisation ou d'accueil en EHPAD**, actuellement de 40 %, d'au moins 5 points d'ici 2030⁷⁷ ;
3. **Soutenir davantage les proches aidants** (aménagement du congé de proche aidant ; modalités d'exercice du droit au répit...) ;
4. **Augmenter le parc consacré à l'hébergement temporaire et de jour** au sein des EHPAD ;
5. **Maintenir la diversité des structures d'accueil** ;
6. **Se préparer à l'arrivée d'une robotique au service du grand âge**⁷⁸ ;
7. **Revoir le contenu des sections Soins et Dépendance au-delà de leur simple fusion** et prévoir un mécanisme de vérification de leur adaptation aux besoins de financement des établissements ;
8. **Organiser la convergence des valeurs départementales de point GIR** pour homogénéiser le financement de la section Dépendance ;
9. **Revoir les référentiels et le rythme des coupes PATHOS et AGGIR** ;
10. **Augmenter le nombre d'ETP moyen par résident** (8/10 résidents) pour améliorer le care et diminuer le taux d'absentéisme dû aux risques professionnels ;
11. **Veiller à l'égalité des rémunérations femme/homme** pour renforcer l'attractivité du métier ;
12. **Développer la formation et la mobilité** ;
13. **Revoir l'aménagement des EHPAD pour les transformer de lieux de soin en lieux de vie** bienveillants et améliorer leur équipement numérique ;
14. **Procéder à la rénovation thermique des EHPAD**, dans le cadre de l'adaptation au changement climatique et pour prévenir la surmortalité lors des vagues de chaleur ;
15. **Mutualiser des moyens entre EHPAD**, comme l'astreinte médicale de nuit ou le poste d'infirmière de nuit ;
16. **Articuler l'EHPAD avec les ressources du territoire** (médecins traitants, hospitalisation à domicile, équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs, psychiatrie) aussi bien en temps normal qu'en période de crise sanitaire et à ce titre organiser par convention la coopération entre les hôpitaux de recours et les EHPAD et entre les EHPAD et une unité mobile de soins palliatifs ;
17. **À terme, doter l'ensemble des EHPAD d'unités de vie protégées (UVP) et de pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)** ;
18. **Restaurer la confiance et renforcer la transparence** en rendant publics sur une plateforme internet les rapports d'inspection ainsi que les rapports d'évaluation de la Haute Autorité de Santé⁷⁹ ;
19. **Clarifier le rôle respectif des départements et des ARS** dans la gouvernance des EHPAD ;
20. **Faire de la 5ème branche de la sécurité sociale une véritable branche**⁸⁰ et la doter de ressources financières suffisantes (par exemple en supprimant un deuxième jour férié comme l'a suggéré le Sénat).

⁷⁵ Pascal Champvert, avec Romain Gizolme et Éric Fregona, Pour une société qui traite enfin correctement les plus âgés, Après-demain n° 63, Dépendance : données & défis, 2022.

⁷⁶ Brigitte Croff, Vieillir chez soi en situation de perte d'autonomie : les enjeux d'un choix éclairé à l'horizon 2030, Après-demain n° 63, Dépendance : données & défis, 2022.

⁷⁷ Bertrand Fragonard, Un objectif qui recueille le consensus, Après-demain n° 63, Dépendance : données & défis, 2022.

⁷⁸ Une proposition moins ambitieuse a été faite par le Sénat : Ehpad : un modèle à reconstruire, C. Deseyne, S. Nadille, A. Souyris, Sept. 2024. Proposition n° 17 : « Publier sous forme de score visuellement identifiable, sur le modèle du NutriScore, le résultat de l'évaluation de la qualité des Ehpad. »

⁷⁹ Emmanuel Aubin, Les robots sociaux au service du grand âge : l'urgence de l'éthique, Après-demain n° 63, Dépendance : données & défis, 2022.

⁸⁰ Alain Villez, À quand une vraie cinquième branche pour une politique du vieillissement durable ? Après-demain n° 63, Dépendance : données & défis, 2022.

Il ne faut pas non plus oublier les recommandations spécifiques relatives à la fin de vie, émises au sortir de la crise sanitaire ;

21. **Accorder davantage d'autonomie aux professionnels** selon la réalité des risques au niveau local (l'ensemble des résidents ont été confinés sur le territoire français alors que la situation sanitaire était très différente d'une région à l'autre) ;

22. **Gérer les autorisations de visites au cas par cas**, leur interdiction ayant été l'une des restrictions les plus mal vécues par les résidents ;

23. **Adapter les protocoles, lorsqu'un décès semble inéluctable, afin de garantir des fins de vie mieux accompagnées**, l'impossibilité de respecter les dernières volontés des mourants ayant été mal vécue par les professionnels et par les proches ;

24. **Développer les outils de communication numérique et autoriser davantage la venue des bénévoles et des proches** pour éviter l'isolement ;

25. **Mettre en place des cellules de soutien psychologique** ;

26. **Inscrire la question de la priorisation des soins en temps de crise dans un débat élargi** avec un arbitrage politique à la clé, les soignants ayant été confrontés à de graves dilemmes éthiques.

Le Labo de l'ESS
5, rue Las Cases - 75007 Paris
06 80 83 19 00
contact@lelabo-ess.org

SUIVEZ-NOUS !

 lelabo-ess.org

 [@lelabo-ess.bsky.social](https://twitter.com/lelabo-ess)

 [lelaboess](https://facebook.com/lelaboess)

 [Le Labo de l'ESS](https://linkedin.com/company/lelabo-ess)