

Répartition et accessibilité de l'offre d'accompagnement des personnes âgées

Ce livret du PRS fait partie de la collection de documents constitutifs du Projet Régional de santé 2018-2022 (PRS).

Il constitue l'un des documents d'évaluation des besoins médico-sociaux du PRS.

Il reflète les travaux conduits en 2016 et 2017 par l'agence régionale de santé avec ses partenaires pour l'évaluation des besoins médico-sociaux de la région.

Il trace les perspectives d'évolution dans une vision prospective à 10 ans et sa traduction opérationnelle à cinq ans

Si la région Pays de la Loire se caractérise par un équipement médicalisé pour personnes âgées (EHPAD et SSIAD) globalement plus important que la moyenne nationale, des disparités dans la répartition et l'accessibilité de l'offre persistent, malgré les opérations de redéploiement conduites dans le cadre du PRS1 :

- Poids important de l'offre institutionnelle au regard de l'offre de services à domicile
- Disparités d'équipement interdépartementales et infradépartementales.

Le vieillissement de la population ligérienne d'ici 2027, plus marqué sur le littoral, associé au souhait majoritaire des personnes âgées de vivre à domicile, conduisent à la nécessité de poursuivre l'adaptation de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées, dans le sens d'une plus grande équité dans l'accès géographique et financier et d'une diversification plus importante, permettant de graduer et d'adapter l'offre aux besoins évolutifs des personnes âgées, dans une logique de décroisement entre institution et domicile.

I. Evolution du contexte par rapport au PRS 1

Au regard du PRS1, le contexte actuel se caractérise par une augmentation plus importante du vieillissement de la population ligérienne, en particulier sur le littoral, le renforcement de l'aide à domicile, conforme aux souhaits des personnes âgées et affirmé par la loi

d'adaptation de la société au vieillissement, et un contexte budgétaire nettement plus contraint, impliquant la poursuite d'opérations de redéploiement de l'offre dans une logique d'équité et d'accessibilité.

Des besoins d'accompagnement médico-social accrus liés au vieillissement de la population impliquant une recomposition de l'offre médico-sociale sur les territoires

A l'instar de la situation nationale, la région Pays de la Loire connaît un processus de transition démographique caractérisé par une augmentation de la longévité des Français et une croissance forte et continue des classes d'âge les plus élevées. La population âgée de plus de 75 ans augmentera ainsi de 130 000 personnes de 2012 à 2027, soit une hausse de 2,1 % par an, plus marquée en Vendée (+2,6 % par an) et en Loire-Atlantique (+2,3 % par an)¹. Ce vieillissement de la population devrait se traduire par la forte augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes (106 000 personnes seraient dépendantes en 2030, soit une augmentation de 45 % en 20 ans)².

Il rend nécessaire l'adaptation de l'offre médico-sociale en faveur de ce public sur les territoires.

¹ Evaluation des besoins médico-sociaux des personnes âgées, DOA, décembre 2016

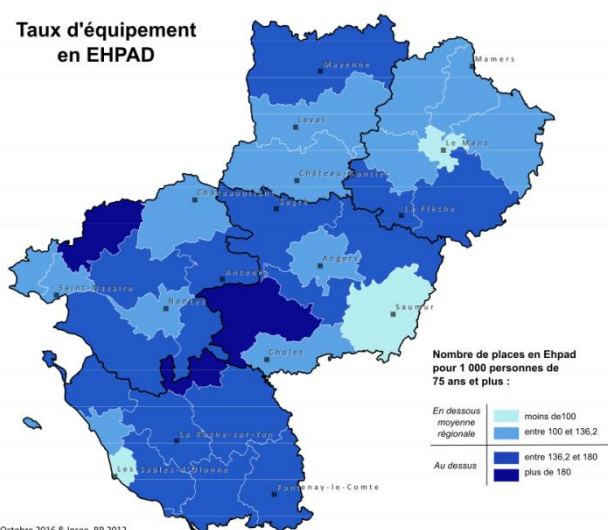
² Etude INSEE – ARS Pays de la Loire, Pays de la Loire : 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030, février 2012

L'équipement régional médico-social en faveur des personnes âgées se caractérise par un taux d'équipement important en EHPAD (133,1 ‰), au regard de la moyenne nationale (100,4 ‰), alors que le taux d'équipement en établissements non médicalisés et en Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) est inférieur à la moyenne nationale³. Ce dernier s'établit à 18,5 ‰ contre une moyenne nationale de 19,7 ‰.

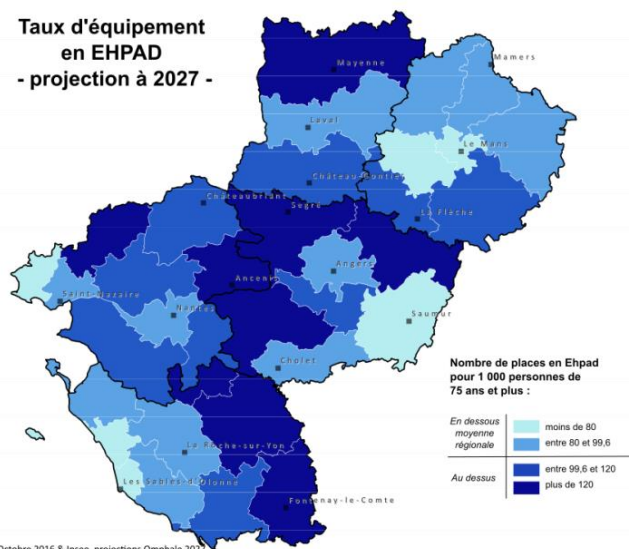
La projection de population à 2027 permet d'anticiper une baisse généralisée du taux d'équipement en EHPAD et en SSIAD, plus marquée sur certains territoires, en conséquence fragilisés (ex : zones littorales, villes principales, Sarthe hors Sud en ce qui concerne l'offre en EHPAD).

Evolution du taux d'équipement en EHPAD (situation actuelle et projection à 2027)

Taux d'équipement en EHPAD

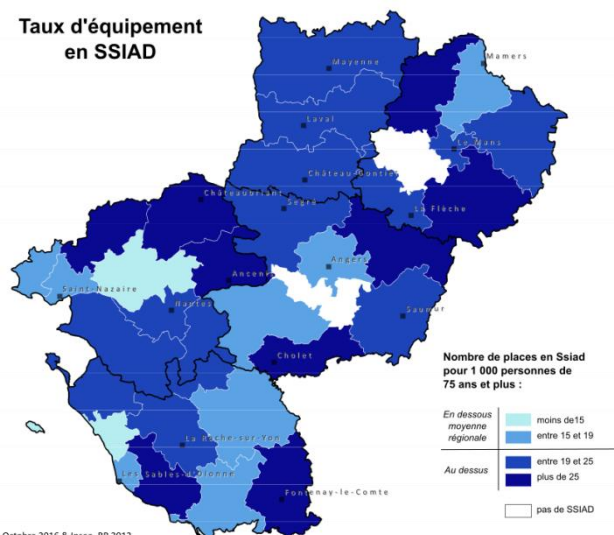


Taux d'équipement en EHPAD - projection à 2027 -

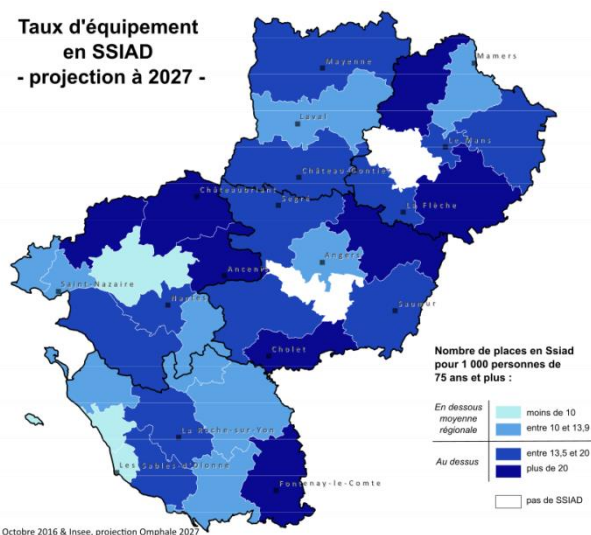


Evolution du taux d'équipement en SSIAD (situation actuelle et projection à 2027)

Taux d'équipement en SSIAD



Taux d'équipement en SSIAD - projection à 2027 -

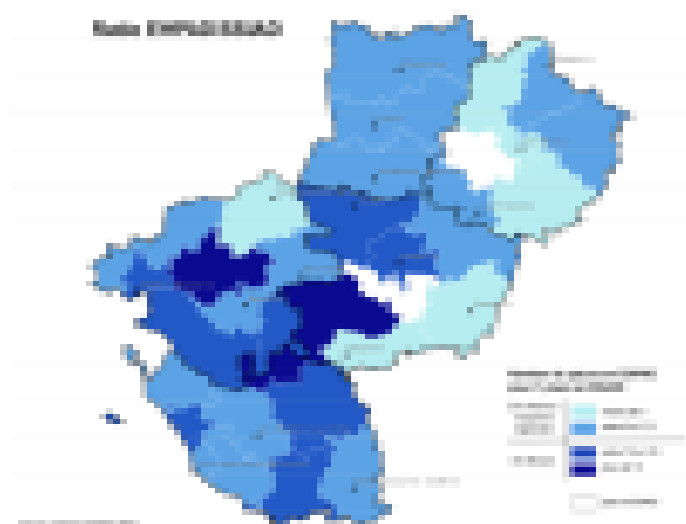


³ Données STATISS au 1/01/2015

Un souhait majoritaire de vieillir à domicile

90 % des Français préfèrent adapter leur domicile plutôt que d'avoir à le quitter si leur état de santé se dégrade⁴. En 2011, rester chez soi, en seul ou en couple, est le mode de vie de 7 personnes âgées de 85 ans et plus sur 10 (contre 1 sur 2 en 1982)⁵. Or, la part de personnes âgées de plus de 75 ans vivant en institution dans la région est la plus élevée de France (13,1 % contre une moyenne nationale de 9,7 %⁶), encore supérieure en Vendée, s'expliquant par les politiques publiques conduites et la nature de l'implication familiale. Ainsi, l'offre régionale médicalisée en faveur des personnes âgées se caractérise par une prédominance de l'offre institutionnelle sur l'offre de services (1 place de SSIAD pour 7,16 places d'EHPAD en moyenne contre un ratio national d'une place de SSIAD pour 5,1 places d'EHPAD) ; impliquant une amplification de la recomposition de l'offre en faveur de l'accompagnement à domicile, dans une logique de complémentarité de l'offre sur les territoires et de parcours.

L'étude régionale relative à l'offre de SSIAD en région Pays de la Loire⁷ montre des délais moyens d'attente de places de SSIAD importants (en moyenne 59,62 jours) ; les listes d'attente représentant en moyenne un quart des places installées.



Un contexte budgétaire contraint, tant sur le plan institutionnel que sur le plan individuel

L'évolution actuelle de l'ONDAM médico-social ne permet pas de création de places nouvelles, en dehors de redéploiements de places. Parallèlement, les contraintes financières pesant sur le plan individuel (montant mensuel brut moyen des pensions totales des retraités de 1 578€⁸) imposent de garantir l'accessibilité financière de l'offre en EHPAD. Certains territoires apparaissent à ce titre comme étant plus vulnérables : la Mayenne fait partie des départements ayant les plus faibles niveaux de vie des 60 ans et plus⁹.

II. Problématiques actuelles et émergentes, et constats

Un renforcement du soutien à domicile à accentuer, dans un contexte budgétaire contraint

La répartition de l'offre régionale reste déséquilibrée, selon les territoires : la région est équipée d'1 place de SSIAD pour 7,16 places d'EHPAD en moyenne, cette proportion étant encore supérieure sur certains territoires de Loire-Atlantique, Maine et Loire et Vendée. Compte-tenu de l'absence de perspective de création de places nouvelles, des marges de redéploiement doivent être recherchées dans une logique de rééquilibrage entre offre institutionnelle et offre de services, notamment sur les territoires les plus institutionnalisés.

Cette dynamique implique parallèlement de recentrer les missions des EHPAD sur l'accompagnement de personnes âgées dépendantes atteintes de troubles cognitifs. Or, si la proportion de résidents relevant de GIR5-6 a diminué dans la région (de 20,5 % de l'ensemble des résidents en 2012 à 17,1 % en 2014)¹⁰, elle demeure atypique au regard de la moyenne nationale (3%)¹¹. 6794 places d'EHPAD de la région étaient occupées en 2015 par des résidents relevant de GIR5-6¹². Le Gir Moyen Pondéré (GMP) des résidents accueillis en EHPAD est d'ailleurs légèrement inférieur à celui des personnes âgées accompagnées en SSIAD.

Elle nécessite donc une analyse de l'offre globale (offre médicalisée et non médicalisée). A ce titre, une corrélation (légère mais significative statistiquement) est établie entre la proportion de résidents relevant de GIR 5 et 6 accueillis en EHPAD et l'offre en structures non

⁴ sondage Opinionway pour l'observatoire de l'intérêt général, 2012

⁵ Habiter seul ou avec des proches après 85 ans en France : de fortes disparités selon les départements, Population et sociétés, INED, décembre 2016

⁶ STATISS 2015

⁷ Etude régionale sur l'offre de SSIAD en région Pays de la Loire, PWC – ARS Pays de la Loire, juin 2017

⁸ Evaluation des besoins médico-sociaux des personnes âgées, DOA, décembre 2016

⁹ Evaluation des besoins médico-sociaux des personnes âgées, DOA, décembre 2016

¹⁰ Source : comptes administratifs 2012 à 2014

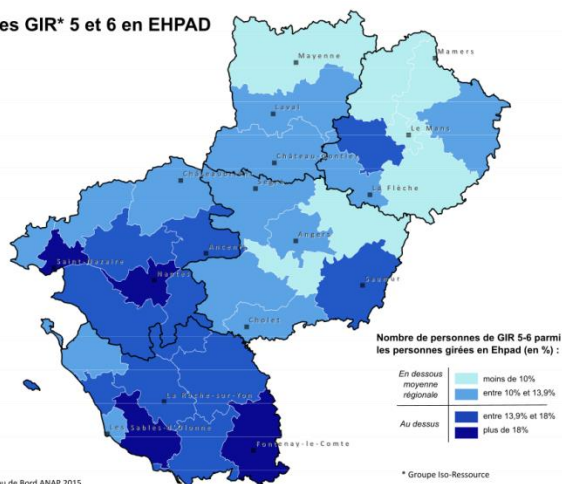
¹¹ Source : CNSA, les soins en EHPAD, bilan 2013-2015

¹² Données issues des comptes administratifs 2015

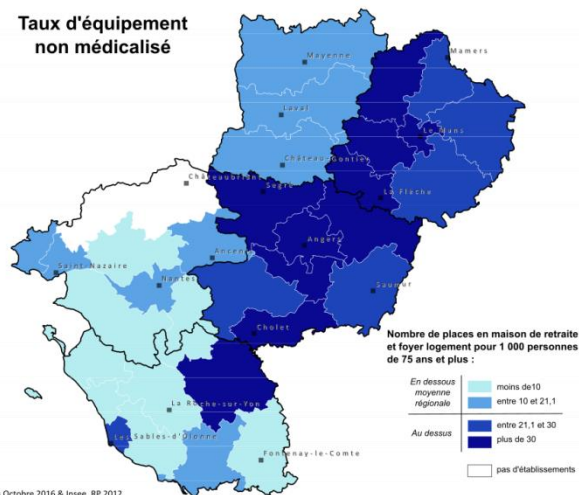
médicalisées¹³. Le nombre important de résidents relevant de GIR5 et 6 accueillis en EHPAD sur certains territoires pourrait ainsi être expliqué pour partie par un taux d'équipement plus faible en structures non médicalisées. La politique relative aux résidences autonomie, portée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement, constitue un levier de cette recomposition territoriale.

De plus, le soutien à domicile étant corrélé à l'offre de répit, il importe de poursuivre la restructuration et l'optimisation de l'offre de répit (accueil de jour et hébergement temporaire), dont les taux d'occupation moyens interrogent sur le plan régional (57,65 % pour les AJ et 67,02 % pour les HT)¹⁴.

Les GIR* 5 et 6 en EHPAD



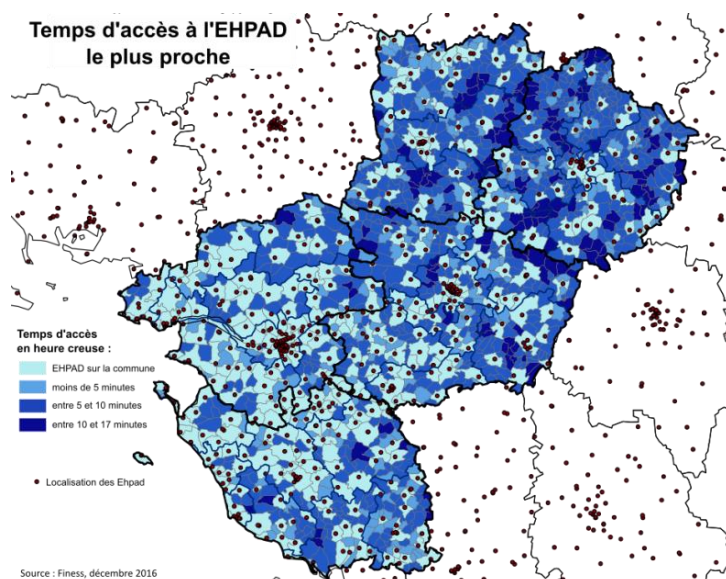
Taux d'équipement non médicalisé



La persistance de disparités territoriales et financières dans l'accès à l'offre en EHPAD

Le maillage territorial en places d'EHPAD reste de proximité, l'ensemble du territoire des Pays de la Loire

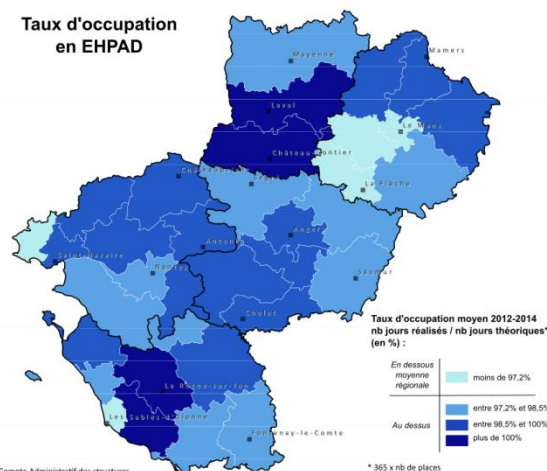
étant couvert par un EHPAD à moins de 17 minutes de voiture¹⁵.



Le renforcement de places nouvelles d'EHPAD, par création ou redéploiement, sur les territoires déficitaires dans le cadre du PRS1 n'a pas totalement permis la correction des inégalités d'équipement entre territoires, trois territoires demeurant en situation de fragilité, malgré l'installation de places nouvelles (agglomération du Mans, littoral vendéen et Saumurois).

L'impact du vieillissement de la population conduit naturellement à une réduction globale des inégalités infraterritoriales (réduction de l'écart-type), tout en accentuant les zones de fragilité (principalement littoral, Saumurois, agglomération mancelle et Ouest Sarthe). Ce constat serait toutefois à nuancer, en ce qui concerne l'agglomération mancelle, par la prise en compte des capacités en USLD.

Taux d'occupation en EHPAD



Paradoxalement, ces zones de fragilité sont celles qui disposent actuellement des taux d'occupation les plus faibles, questionnant sur l'accessibilité financière de l'offre sur ces territoires.

¹³ Graph DOA p 35

¹⁴ Données issues des comptes administratifs 2015

¹⁵ Ref – carte DOA temps d'accès à l'EHPAD le plus proche

Conforter la pérennité des structures

Le portage de l'offre en EHPAD et en SSIAD est très hétérogène. Le secteur se caractérise ainsi par la multiplicité des organismes gestionnaires et par l'hétérogénéité des capacités (la moitié des EHPAD environ ont au moins 80 places, 42 % des SSIAD ont moins de 50 places).

Cette situation interroge sur les capacités des acteurs à faire face à des réformes structurelles d'ampleur, dans un contexte budgétaire plus contraint. Ainsi, la dissémination des organismes gestionnaires ne permet pas de mutualiser les risques, notamment ceux liés aux tensions budgétaires. L'augmentation du nombre d'EHPAD et de SSIAD en risque de cessation de paiement depuis 2013 constitue un indicateur d'alerte inquiétant.

Enfin, les caractéristiques de la gouvernance dans la région interrogent sur la capacité de certains acteurs, fragilisés, à porter des projets :

- d'investissement, dans un contexte patrimonial vieillissant (voir chantier investissement),
- de conduite de démarches qualité,
- de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, faute de capacité à mutualiser des postes (voir chantier RH).

III. Problématiques liées aux parcours

Le déséquilibre de l'offre, à la fois territorial et structurel du fait du poids institutionnel de l'offre, associé au caractère évolutif des besoins des personnes âgées accompagnées, impliquent un changement de paradigme afin de dépasser la dichotomie actuelle entre institution et domicile, au profit d'une graduation et d'une complémentarité de l'offre médico-sociale sur les territoires.

Problématique 1 Assurer une graduation de l'offre médico-sociale en adéquation avec les besoins des personnes âgées

La prédominance d'une offre institutionnalisée, l'importance de la proportion de résidents relevant de GIR5-6 en EHPAD (voir ci-dessus), le déséquilibre sur certains territoires entre offre en EHPAD et offre en SSIAD, d'une part, et offre en EHPAD et offre institutionnelle non médicalisée d'autre part, montrent l'importance de garantir sur l'ensemble des territoires une diversification et une graduation de l'offre permettant d'apporter une réponse la plus adaptée aux besoins et de mobiliser l'offre institutionnelle médicalisée pour personnes âgées les plus dépendantes atteintes de troubles cognitifs.

Problématique 2 Assurer une complémentarité des dispositifs, permettant de garantir la fluidité et la réactivité des réponses

Si des actions de restructuration importantes ont été réalisées dans le PRS 1 notamment en matière d'offre de répit et d'hébergement temporaire, elles n'ont qu'incomplètement pris en compte la problématique de l'urgence. Ainsi, une réflexion reste à conduire dans le cadre du PRS 2 sur l'accueil en urgence (ex : en hébergement temporaire) et sur la diversification des dispositifs permettant un accompagnement à domicile (gardes de nuit, baluchonnage...). Cette réflexion implique une coopération renforcée entre acteurs institutionnels et acteurs du domicile.

La réflexion est identique en matière d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Le plan d'actions régional élaboré dans le cadre du PRS 1 repose sur une coopération territoriale renforcée entre acteurs des deux secteurs, afin de développer des passerelles entre dispositifs existant sur les territoires.

IV. Propositions d'évolutions à conduire dans le prochain PRS

L'ensemble des constats et problématiques évoqués ci-dessus impliquent la poursuite d'une démarche de redéploiement de l'offre garantissant l'accès à une offre graduée et accessible sur les territoires. Cette démarche, déjà largement initiée dans le cadre du PRS1, mérite d'être amplifiée et outillée (analyse partagée et territorialisée de l'offre via l'outil relatif à l'analyse prospective des besoins d'investissement, réflexion sur l'EHPAD de demain...).

Proposition 1 Poursuivre l'objectif de redéploiement territorial de l'offre, dans une logique de rééquilibrage et de graduation de l'offre

L'enjeu de recomposition territoriale de l'offre doit être pensé globalement, dans une logique de « paniers de services » par territoire, en incluant l'offre institutionnelle, médicalisée et non médicalisée, et l'offre de services.

A ce titre, **le levier de l'investissement semble constituer le levier le plus pragmatique à mobiliser dans le cadre de la restructuration de l'offre.** En effet, la **référence à une taille efficiente d'EHPAD à 80 places (d'hébergement par site)** a constitué dans le cadre du PRS 1 un levier important d'efficience de l'offre et mérite d'être poursuivie.

La poursuite de la recomposition territoriale de l'offre repose tout d'abord sur une méthode concertée entre ARS, Conseils Départementaux, Elus locaux et organismes gestionnaires :

- **Elaboration d'un outil d'analyse partagé avec les CD** et, de fait, au développement d'une vision prospective des besoins d'investissement et d'évolution de l'offre sur les territoires (Cf. chantier investissement),
- **partager cet outil avec les acteurs du territoire**
- **exploiter les données de viatrajectoire** dans ce cadre
- prendre en compte la **problématique des personnes vieillissant avec des troubles psychiatriques et notamment des personnes hospitalisées au long cours**
- **conforter le lien entre investissement et analyse de l'offre dans le cadre des critères de validation des projets d'investissement.** A ce titre, il pourrait être exigé la **transmission systématique d'un rapport d'évaluation socio-économique** lorsque la situation d'équipement du territoire le justifie (fort équipement en EHPAD et déséquilibre entre offre institutionnelle et offre de services).
- **Réfléchir à de nouveaux modèles d'accompagnement** permettant de décloisonner offre institutionnelle et offre à domicile (Cf. sous-chantier EHPAD de demain)
- enfin, cette analyse partagée doit être reprise dans le cadre des objectifs fixés **dans le CPOM, qui intègre un volet de diagnostic sur l'inscription de l'EHPAD sur son territoire et les coopérations projetées et/ou mises en œuvre.**

Les conditions de réussite de cette démarche reposent principalement sur l'adhésion des acteurs (CD, fédérations) et sur une concertation avec les acteurs du territoire. Dans ce cadre, la politique de l'ARS en termes de seuil d'efficience des EHPAD et le modèle économique de l'accompagnement à domicile / accompagnement institutionnel méritent d'être explicités.

Elles nécessitent également de **réfléchir au modèle d'accompagnement** dans le cadre d'un EHPAD accueillant principalement des personnes atteintes de troubles cognitifs (lien avec sous-chantier EHPAD de demain) et au positionnement EHPAD-USLD (lien avec sous-chantier USLD).

Proposition 2 Garantir l'accessibilité et la pérennité de l'offre médico-sociale

L'accessibilité financière de l'offre doit se traduire, pour les futurs projets ou les projets de restructuration architecturale par **une référence à un PJ accessible en EHPAD après restructuration (60€)**, dans le cadre des projets d'investissement accompagnés financièrement par l'ARS.

Certains territoires, en situation de sous-occupation, connaissent paradoxalement une sous-occupation de leur offre d'EHPAD, inaccessible financièrement. La réforme de la tarification des EHPAD pose un principe de modulation du forfait soins dans les cas de sous-occupation, qui devront faire l'objet d'une discussion entre organismes gestionnaires et autorités de tarification, en vue d'une évolution éventuelle des capacités ou modalités d'accompagnement.

Enfin, la pérennité de l'offre médico-sociale passe par la consolidation de la gouvernance des organismes gestionnaires et implique de :

- **repérer les organismes gestionnaires en difficulté** (analyse des ratios financiers), en incluant une analyse selon les statuts des structures (ex : EHPAD gérés par des établissements de santé, SSIAD gérés par des CCAS)
- **accompagner l'évolution de la gouvernance en mobilisant l'ensemble des outils** (GCSMS, fusions...). Là encore, des principes de méthode régionale seraient intéressants à partager avec les CD.

Proposition 3 Poursuivre la diversification de l'offre, dans une logique de complémentarité et de parcours

Cet objectif implique :

- **une analyse territorialisée de l'offre** (voir supra) afin d'identifier les offres lacunaires sur le territoire et les redéploiements / complémentarités à engager entre départements et au sein des territoires infradépartementaux au niveau des EHPAD. En ce qui concerne les SSIAD, il semble peu opportun, sauf situations isolées, de procéder à des redéploiements de places. En revanche, une évolution des modalités d'accompagnement vers le domicile au sein des territoires les plus institutionnalisés est à accompagner, dans une logique de redéploiement départemental. A ce titre, il conviendra d'intégrer l'opportunité d'une transformation en SPASAD à l'appui de ces redéploiements.
- **La mobilisation de l'étude régionale SSIAD**, permettant d'identifier les axes prioritaires de redéploiement, les freins potentiels et les leviers mobilisables et le travail sur la gestion des places (ex : pratiques de réservation en cas d'hospitalisation) et

les files actives au niveau des SSIAD. De même, l'exemple des SSIAD de la Sarthe, qui mettent en place un turn over très rapide doit être analysé

- **la prise en compte de publics spécifiques** (personnes handicapées vieillissantes, malades jeunes dans le cadre du PMND, personnes vieillissantes hospitalisées au long cours), avec un équilibre à trouver entre spécialisation de l'accompagnement et proximité géographique
- **une nouvelle phase de restructuration de l'accueil de jour** : si les accueils de jour répondent aux conditions règlementaires de seuil critique, leurs taux d'occupation interrogent. Cet objectif implique d'identifier au préalable les freins à l'accès à l'accueil de jour via une étude programmée en 2018, en incluant également la problématique d'accompagnement de publics spécifiques sur des créneaux horaires différenciés.
- **la poursuite de la restructuration de l'hébergement temporaire** : réalisation d'un bilan régional, compte-tenu des niveaux d'avancement variables selon les départements, identification des freins et leviers, relance du groupe de travail régional afin d'intégrer la dimension d'accueil d'urgence et d'accueil de nuit
- **l'expérimentation de modalités innovantes d'accompagnement**, passant par un renforcement des coopérations entre acteurs institutionnels et acteurs du domicile (ex : EHPAD à domicile). Cette expérimentation pourrait être conduite dans le cadre de projets de restructuration architecturale.

Méthodologie des travaux

- Recherche documentaire
- Partage des enjeux et leviers avec la commission spécialisée médico-sociale de la CRSA (3 réunions de travail) et avec les DT (une réunion de travail)
- Sous-chantier à relier au sous-chantier EHPAD de demain et aux chantiers investissement, RH et sous-chantier USLD

Sources bibliographiques

- Rapport annexé à la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Etude INSEE – ARS Pays de la Loire, Pays de la Loire : 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030, février 2012
- Données d'équipement, STATISS
- Etude CNSA sur les soins en EHPAD
- Etude régionale sur les SSIAD (en cours)
- Evaluation des besoins médico-sociaux des personnes âgées, DOA, décembre 2016
- Habiter seul ou avec des proches après 85 ans en France : de fortes disparités selon les départements, Population et sociétés, INED, décembre 2016
- PMND
- Etude régionale sur l'offre de SSIAD en région Pays de la Loire, PWC-ARS Pays de la Loire, juin 2017

Les livrets du PRS

