

ASSEMBLÉE NATIONALE

17^e LÉGISLATURE

Compte rendu

Commission d'enquête relative à l'organisation du système de santé et aux difficultés d'accès aux soins

– Table ronde, ouverte à la presse, sur « l'accompagnement de la dépendance » réunissant Mme Joëlle Martinaux, vice-présidente de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS), M. Louis Champion, président de la Fédération des prestataires de santé à domicile (Fedepsad), Mme Alexandra Duvauchelle, déléguée générale, Mme Céline Boreux, directrice par intérim de la Fondation Aulagnier, membre du Collectif des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (COD3S), Mme Jade Lemaire, présidente du Cercle des proches aidants en Ehpad (CPAE), et M. Mathurin Laurin, délégué général de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad) 2

– Présences en réunion 18

Mardi
27 mai 2025
Séance de 17 heures 30

Compte rendu n° 18

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

**Présidence de
M. Jean-François Rousset,
Président**



La séance est ouverte à dix-sept heures trente-deux.

M. le président Jean-François Rousset. Nous poursuivons aujourd’hui les travaux de notre commission d’enquête consacrée à l’organisation du système de santé et aux difficultés d’accès aux soins, en nous concentrant sur l’accompagnement de la dépendance. Nous accueillons pour cette table ronde le Dr Joëlle Martinaux, vice-président de l’Union nationale des centres communaux d’action sociale (UNCCAS), M. Louis Champion, président de la Fédération des prestataires de santé à domicile (Fedepsad), Mme Alexandra Duvauchelle, déléguée générale, Mme Céline Boreux, directrice par intérim de la Fondation Aulagnier, membre du Collectif des directeurs d’établissements sanitaires sociaux et médicaux sociaux (COD3S), Mme Jade Lemaire, cofondatrice du Cercle des proches aidants en Ehpad (CPAE), et M. Mathurin Laurin, délégué général de la Fédération nationale des établissements d’hospitalisation à domicile (Fnehad).

L’article 6 de l’ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d’enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous invite donc à lever la main droite et à dire : « Je le jure ».

(Mme Joëlle Martinaux, M. Louis Champion, Mme Alexandra Duvauchelle, Mme Céline Boreux, Mme Jade Lemaire et M. Mathurin Laurin prêtent serment.)

M. Mathurin Laurin, délégué général de la Fédération nationale des établissements d’hospitalisation à domicile (Fnehad). La Fédération nationale des établissements d’hospitalisation à domicile regroupe 280 établissements de santé et couvre l’ensemble du territoire métropolitain et ultramarin, des grandes villes aux zones les plus reculées. Notre réseau se compose d’établissements publics (40 %), privés non lucratifs (38 %) et privés lucratifs (22 %), tous soumis aux mêmes conditions de fonctionnement et critères d’admission, ce qui représente une particularité dans le champ hospitalier.

En 2024, nous avons réalisé 7,6 millions de journées au bénéfice de 184 000 patients, pour un budget d’environ 2 milliards d’euros, soit une part modeste des 263 milliards d’euros alloués à l’hôpital pour 2025. Nos principaux modes de prise en charge incluent les soins palliatifs (32-33 % de notre activité) et le *nursing* lourd (25 %). Nous développons également des activités en croissance comme l’ante partum et le post-partum, la réadaptation post-accident vasculaire cérébral, la pédiatrie pour les moins de 3 ans et la chimiothérapie à domicile.

L’hospitalisation à domicile se distingue des soins ambulatoires classiques. Nous prenons en charge des patients qui, sans notre intervention, seraient hospitalisés en établissement. Nous assurons des soins complexes comme la transfusion, le traitement de l’insuffisance cardiaque ou l’administration de médicaments à usage hospitalier. Notre rôle n’est pas le maintien à domicile à long terme, mais plutôt de permettre des soins hospitaliers dans l’environnement du patient, lorsque c’est possible et souhaitable.

Il est crucial de comprendre la spécificité de l’hospitalisation à domicile par rapport au secteur médico-social, tout en reconnaissant l’importance de la collaboration entre ces différents acteurs pour une prise en charge optimale des patients à l’échelle territoriale, régionale et nationale.

Mme Jade Lemaire, présidente du Cercle des proches aidants en Ehpad (CPAE). Mon engagement découle d’une expérience personnelle douloureuse : la maltraitance subie par ma grand-mère en Ehpad. Le CPAE, né en 2020 durant la crise sanitaire, s’est initialement mobilisé contre l’isolement forcé des résidents en Ehpad et la privation de leurs

droits à maintenir des liens avec leurs proches. Notre mission s'est ensuite élargie pour lutter contre toutes formes de maltraitance et promouvoir la bientraitance des résidents en Ehpad. Bien que le CPAE ne soit pas une entité juridique, nous agissons comme un soutien, une écoute et un relais pour faire remonter les dysfonctionnements et œuvrer à l'amélioration des conditions de vie en Ehpad.

Nos objectifs principaux sont de veiller à ce que l'accompagnement des personnes âgées soit compatible avec leurs besoins et leur dignité, d'assurer des conditions d'hébergement adéquates, de défendre leurs droits citoyens et fondamentaux, et de promouvoir l'application des bonnes pratiques recommandées. Cela inclut le respect du droit à l'information, le maintien des liens avec les proches et une prise en charge visant à préserver l'autonomie des résidents autant que possible.

Le Cercle des proches aidants est intervenu dans plusieurs commissions parlementaires et a participé aux états généraux des maltraitances initiés par le ministre Combe. Malheureusement, trois ans après le scandale et les promesses de transparence, notre organisation demeure active, car les problèmes persistent. Nous constatons toujours des soins inadéquats, des traitements mal administrés et un manque de personnel entraînant la souffrance des résidents. Cette situation est particulièrement préoccupante dans les unités protégées des Ehpad, où les résidents, souvent vulnérables et non communicants, peinent à faire valoir leurs droits et besoins, avec des conséquences extrêmement néfastes.

Nous observons des défaillances tant dans l'accès aux soins au sein même des Ehpad, où l'on s'attendrait pourtant à une prise en charge médicale adaptée, que dans le fonctionnement institutionnel. Les familles qui dénoncent ces problèmes se retrouvent fréquemment isolées. Malgré leurs alertes auprès des agences régionales de santé (ARS) et des conseils départementaux, elles ne constatent aucune amélioration. Elles ne sont pas consultées, les procédures manquent de contradictoire, et leurs témoignages et attentes restent généralement sans réponse. De plus, dans les établissements, ces familles sont souvent discréditées et perçues comme gênantes. C'est pourquoi le CPAE vous exprime sa gratitude pour cette opportunité de s'exprimer aujourd'hui.

Mme Céline Boreux, directrice par intérim de la Fondation Aulagnier, membre du Collectif des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (COD3S). Je représente aujourd'hui le COD3S, qui regroupe les directeurs d'établissements publics relevant de la fonction publique hospitalière. Notre champ d'action couvre aussi bien le secteur de l'enfance que celui des personnes âgées, englobant des établissements publics, des services de soins à domicile, ainsi que d'autres offres gérontologiques. Notre collectif, relativement récent, se caractérise par sa jeunesse. À 41 ans, je fais figure de doyenne.

Nous constatons une tendance inquiétante : huit directeurs ont quitté le secteur médico-social pour l'hôpital, probablement en quête d'une meilleure valorisation et d'un environnement moins isolé. Les directeurs d'Ehpad publics se trouvent actuellement pris en étau entre des contraintes réglementaires croissantes et une situation financière extrêmement préoccupante. C'est précisément sur cette crise financière que le COD3S souhaite attirer votre attention aujourd'hui. La situation des Ehpad publics est catastrophique et nous sommes profondément inquiets quant à l'avenir du secteur public dans ce domaine. Pourtant, nous restons convaincus de l'importance de notre mission d'intérêt général, qui s'apparente de plus en plus à une véritable mission de service public.

Pour illustrer l'ampleur de la crise, je souhaite vous livrer quelques chiffres alarmants : à l'heure actuelle, 95 % des Ehpad franciliens sont en déficit hors aides pour l'année 2024. Au niveau national, le déficit cumulé des Ehpad publics atteint près de 500 millions d'euros, s'ajoutant aux déficits déjà conséquents des deux années précédentes.

Ces difficultés financières s'expliquent par plusieurs facteurs. Du côté des dépenses, nous subissons des charges fiscales particulièrement lourdes dans le secteur de la fonction publique hospitalière. Nos Ehpad supportent une taxe sur les salaires bien plus élevée que les autres types d'établissements et ne bénéficient pas des allègements de cotisations sociales introduits par la loi de financement de la sécurité sociale de 2019. De plus, comme tous les acteurs économiques, nous avons subi l'impact de l'inflation, qui n'a été que partiellement compensé par nos financeurs. Nous saluons les mesures de revalorisation salariale, essentielles pour l'attractivité de nos métiers. Cependant, lorsque nous sommes contraints de dépenser 100 et que nous ne recevons que 50 en recettes, le déficit est inévitable.

Nos difficultés financières sont également liées à nos recettes. L'évolution de nos prix de journée est limitée, bien en deçà des taux d'évolution accordés au secteur privé – je rappelle qu'il était de 3,25 % pour 2025. Nos tarifs d'hébergement, fixés par les présidents de conseils départementaux, restent inférieurs à ceux des autres établissements. En moyenne, nos Ehpad publics génèrent 1 000 euros de moins par mois et par résident que les Ehpad commerciaux et 150 euros de moins que les Ehpad associatifs.

Nous restons largement habilités à l'aide sociale, ce qui nous permet d'accueillir des personnes âgées sans condition de ressources, le conseil départemental complétant les frais de séjour. Ainsi, nous accueillons un public souvent plus précaire, ce qui explique en partie pourquoi nous n'avons pas la maîtrise de l'augmentation de nos recettes.

Nous souhaitons également souligner la lenteur de l'adaptation du financement de la cinquième branche au regard des besoins en soins requis dans nos établissements. Bien que le code de l'action sociale et des familles prévoie une réévaluation des besoins en soins et des moyens financiers associés tous les deux ans et demi, nous constatons dans la réalité que cette revalorisation n'intervient que tous les sept ans en moyenne dans nos Ehpad. À titre d'exemple, dans mon établissement, la dernière validation date de 2017, alors que depuis, nous avons traversé une crise sanitaire majeure et accueilli des résidents aux profils différents. Par conséquent, les moyens alloués aux soins ne sont plus en adéquation avec les besoins réels.

Enfin, concernant l'allocation personnalisée d'autonomie versée à l'établissement, elle s'appuie sur une grille nationale Autonomie gérontologie groupes iso-ressources (Aggir) qui peut être sujette à interprétation.

Certaines pistes d'amélioration ont été envisagées. La loi sur le bien vieillir nous autorise désormais à appliquer un tarif différencié. Cependant, cette mesure ne peut pas s'appliquer uniformément à tous les Ehpad publics. Par exemple, dans un Ehpad public de Seine-Saint-Denis accueillant jusqu'à 80 % de résidents bénéficiaires de l'aide sociale, l'impact d'un tarif différencié pour les nouveaux résidents payants serait minime. De plus, le plein effet de cette mesure ne se fera sentir que dans quatre ans, compte tenu du temps de renouvellement de nos résidents.

Nous avons bénéficié de nombreuses aides d'urgence dans le secteur public, notamment via la cinquième branche et certains conseils départementaux, ce dont nous sommes reconnaissants. Nous soutenons également la fusion des sections dépendance et soins, mesure que nous jugeons cruciale. La plupart de nos établissements ont pu profiter du Ségur investissement, bien que les montants alloués restent insuffisants pour rénover en profondeur notre outil de travail. Beaucoup de nos bâtiments, datant parfois de la fin du XIX^e siècle, nécessitent d'importantes rénovations pour offrir des conditions d'accueil dignes à nos résidents, avec encore trop de chambres doubles et de salles de bains collectives.

Cette situation critique des Ehpad intervient dans un contexte où les politiques publiques s'orientent vers le virage domiciliaire. Nous accompagnons cette évolution avec

intérêt et bienveillance, participant activement à la réforme des services autonomes à domicile et à la mise en place des centres de ressources territoriaux. Nous saluons également la volonté de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et la meilleure reconnaissance du statut d'aidant pour les 8 à 12 millions de personnes concernées en France.

Cependant, nous tenons à souligner plusieurs points de vigilance concernant ce virage domiciliaire. Il ne peut se réaliser sans prendre en compte le rôle crucial des aidants, eux-mêmes vieillissants et nécessitant des mesures de prévention liées au vieillissement. De plus, les moyens accordés pour le baluchonnage ou le répit des aidants restent insuffisants. Enfin, il est important de noter que, lorsqu'on parle d'aidants, on fait généralement référence aux aidantes, ce qui soulève la question de l'inégalité de genre dans ce domaine, aspect que nous estimons nécessaire de mettre en lumière.

Nous tenons à rappeler l'importance cruciale des Ehpad publics dans notre système de santé. Ces établissements accueillent des personnes âgées dont l'âge moyen à l'entrée ne cesse d'augmenter, atteignant désormais 88 ans. Il est impératif de maintenir et de renforcer la place de ces structures publiques. Nous sommes aujourd'hui face à un choix de société fondamental : souhaitons-nous disposer d'une offre publique robuste, soutenue par un financement conséquent, pour garantir à nos aînés une fin de vie digne ? C'est là notre mission essentielle. Nous plaçons en faveur d'un service public du grand âge qui redéfinirait et améliorerait le rôle des Ehpad publics. Ces établissements accueillent souvent une population plus précaire et devraient également devenir des terrains de recherche et de formation pour les étudiants. Nous appelons à une réflexion approfondie sur ces enjeux cruciaux pour notre société.

M. Louis Champion, président de la Fédération des prestataires de santé à domicile (Fedepsad). En tant que président de la Fedepsad, je représente deux syndicats professionnels : le Snadom, regroupant des entreprises, et le Synapsad, composé de structures associatives.

Permettez-moi de vous présenter l'ampleur et l'importance du secteur de la prestation de santé à domicile (PSAD). Chaque année, nous prenons en charge près de 4 millions de patients en France, ce qui représente environ 4 milliards d'euros de dépenses pour l'assurance maladie. Notre activité se concentre principalement sur des patients atteints de maladies chroniques, dont 80 % ont plus de 60 ans. Nos interventions se font exclusivement sur prescription médicale, selon les critères définis par la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Cette liste est élaborée par la Haute Autorité de santé (HAS) et le Comité économique des produits de santé (CEPS), ce dernier fixant également les tarifs. Notre prestation englobe la mise à disposition de dispositifs médicaux, leur installation et l'accompagnement thérapeutique du patient.

Nos principaux domaines d'intervention sont le respiratoire, le diabète avec les pompes à insuline et la perfusion. Ce dernier secteur connaît une croissance particulièrement forte, supérieure à 10 % par an, illustrant parfaitement le virage ambulatoire en cours. Nous comptons actuellement environ 558 000 patients dans ce domaine.

Le secteur des PSAD comprend 2 400 structures, entreprises ou associations, employant 33 000 salariés, dont 6 000 professionnels de santé. Nous travaillons en étroite collaboration avec les professionnels de santé libéraux, notamment les infirmiers diplômés d'État libéraux (IDEL). Cette synergie entre PSAD et IDEL est au cœur du virage domiciliaire.

Notre croissance annuelle de 7,8 % en volume reflète le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. Bien que les PSAD ne soient pas officiellement reconnus comme des acteurs de santé, notre apport au système de santé est

considérable. Nous assurons un accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire français, y compris dans les zones ultramarines. Aucun Français ne se trouve à plus d'une demi-heure d'un PSAD, ce qui fait de nous un acteur clé dans la lutte contre les déserts médicaux.

Les PSAD se distinguent également par leur efficience. Nous gérons le plus grand programme de télé-suivi au monde dans le domaine de l'apnée du sommeil, avec 1,6 million de patients et un taux d'observance remarquable de 80 %. Notre rémunération à la performance garantit un niveau d'efficacité élevé.

Face à ces constats, il est impératif de redéfinir le statut des PSAD pour refléter leur rôle réel d'acteurs de santé de proximité. Cette reconnaissance est essentielle pour réduire la pression sur l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients.

Nous recommandons également que la direction générale de l'offre de soins (DGOS) intègre davantage les PSAD dans ses réflexions sur l'organisation des soins, particulièrement concernant la fin de vie et les soins palliatifs à domicile. Le droit de mourir chez soi doit être garanti et les PSAD peuvent jouer un rôle crucial dans sa mise en œuvre.

Enfin, il est urgent de prendre en compte les innovations dans notre domaine. La France accuse un retard significatif par rapport à d'autres pays européens, notamment dans le domaine de la dialyse à domicile. Alors que certains pays du Nord pratiquent la dialyse à domicile pour 50 % de leurs patients, la France reste en-deçà des 10 %. Cette situation est préjudiciable tant sur le plan économique que sociologique.

Les PSAD sont des vecteurs d'innovation essentiels dans le domaine de la santé à domicile. Il est temps de reconnaître pleinement leur rôle et de les intégrer davantage dans la stratégie de santé nationale.

Mme Joëlle Martinaux, vice-présidente de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS). En tant que médecin urgentiste et généraliste en activité, j'ai un double regard sur les enjeux que nous abordons.

Les CCAS constituent le premier point de contact dans chaque ville pour les personnes en grande difficulté sociale, économique ou en situation de dépendance. Traditionnellement, ils prennent en charge les personnes les plus démunies, les plus âgées et les plus dépendantes. Cependant, la crise économique actuelle a élargi le spectre des bénéficiaires, incluant désormais des citoyens ordinaires confrontés à des difficultés financières majeures. Les CCAS gèrent environ 10 % des Ehpad publics, dont 80 % connaissent des difficultés économiques.

Malgré ces défis, je tiens à souligner les aspects positifs des dispositifs mis en place ces trente dernières années. Le volet soins, géré par les ARS, est relativement équilibré grâce à un budget réglementé. Néanmoins, des inégalités territoriales persistent, notamment dans le financement départemental, où la valeur du point GIR varie considérablement d'un département à l'autre (de 7 à 10 euos), sans nécessairement refléter la richesse du territoire. Cette disparité soulève des questions d'équité qu'il faudra garder à l'esprit si l'on envisage une simplification administrative par le regroupement des dotations.

Les résidents des Ehpad publics n'ont souvent pas les ressources suffisantes pour contribuer significativement au budget de l'établissement. Bien que nous puissions aspirer à un fonctionnement idéal, la réalité économique impose des contraintes, indépendamment du statut public ou privé de l'établissement.

Un défi majeur auquel nous sommes confrontés est la pénurie de médecins traitants. Environ 25 à 30 % de la population n'ont plus de médecin attitré, une situation particulièrement critique pour les personnes âgées dont le médecin habituel a pris sa retraite. Cette pénurie

entraîne une rupture dans le suivi médical, notamment pour les visites à domicile, essentielles pour cette population. J'ai personnellement constaté ce phénomène en créant une plateforme de téléconsultation dans les Alpes-Maritimes, destinée aux patients sans solution médicale. La majorité de ces patients ont plus de 80 ans et peuvent rester sans suivi médical pendant plusieurs années, compromettant ainsi le renouvellement de leurs ordonnances et la continuité de leurs traitements.

Cette situation est exacerbée par la surcharge de travail des médecins en exercice, qui limite leur capacité à accepter de nouveaux patients ou à effectuer des visites à domicile. Les contraintes liées aux déplacements, au stationnement et aux coûts associés aggravent ce problème, affectant également d'autres professionnels de santé comme les infirmières.

Néanmoins, des progrès significatifs ont été réalisés. L'accompagnement des personnes dépendantes, notamment celles souffrant de troubles psychiatriques, s'est considérablement amélioré. Les prestations d'aide à domicile, incluant les auxiliaires de vie et les infirmières, ont transformé positivement la qualité de vie de ces patients. Le virage domiciliaire, bien que complexe, présente des avantages économiques et humains indéniables comparé aux hospitalisations répétées.

L'introduction des infirmiers en pratique avancée (IPA) représente une avancée majeure. Initialement perçues avec scepticisme, elles se révèlent être un soutien précieux. Il serait judicieux d'assouplir la réglementation pour faciliter leur déploiement au-delà des structures actuellement autorisées.

La collaboration entre les différents acteurs de santé, notamment à travers les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), a démontré son efficacité dans l'amélioration du fonctionnement des territoires. Cette synergie, incluant la collaboration avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et les prestataires à domicile, est essentielle pour répondre efficacement aux besoins de santé.

Je souhaite également souligner l'importance des assistantes médicales. Leur rôle pourrait être étendu et mutualisé entre plusieurs praticiens ou au sein des Ehpad, permettant ainsi d'alléger la charge administrative des médecins et d'optimiser leur temps de travail effectif.

Enfin, le rôle des CCAS dans le repérage des situations à risque est crucial. Cette fonction de veille doit être étendue à tous les acteurs du système de santé. Par exemple, en tant que régulateur, je constate l'importance d'une communication efficace avec les CCAS pour identifier et prendre en charge les situations complexes, comme celles impliquant des personnes âgées avec des troubles du comportement.

Enfin, il serait judicieux de reconsidérer l'utilisation systématique des ambulances, dont le coût peut atteindre 150 à 200 euros par trajet, en faveur de solutions plus économiques comme les taxis ou les véhicules sanitaires légers (VSL) pour certains cas moins urgents, permettant ainsi une optimisation des ressources.

Le maintien à domicile des personnes âgées présente de nombreux avantages. Le CCAS joue un rôle crucial de coordination suite aux signalements reçus. Il effectue un bilan social, coordonne les soins et l'accompagnement, sans pour autant se substituer aux autres acteurs mentionnés précédemment. Le CCAS s'implique également dans la prévention, notamment à travers divers ateliers visant à réduire les risques de chutes et à améliorer l'accompagnement des personnes âgées.

Il est essentiel de souligner l'importance de lutter contre l'isolement social, un facteur souvent négligé mais déterminant dans la dégradation de l'état de santé des personnes âgées, pouvant mener au syndrome de glissement. À cet égard, il serait judicieux de promouvoir le renforcement des liens familiaux. Les interactions intergénérationnelles, où grands-parents et petits-enfants prennent soin les uns des autres, contribuent significativement au bien-être de chacun.

Concernant la grille AGGIR, il serait pertinent d'y intégrer un critère évaluant l'isolement social, actuellement absent de cet outil d'évaluation de la dépendance.

M. Christophe Naegelen, rapporteur de la commission d'enquête relative à l'organisation du système de santé et aux difficultés d'accès aux soins. L'objectif de notre commission d'enquête parlementaire est d'analyser et de proposer des solutions pour améliorer l'organisation du système de santé et faciliter l'accès aux soins. Un aspect crucial de cette réflexion concerne la formation des professionnels de santé.

Nous nous interrogeons sur la pertinence d'instaurer des modules de formation communs pour les différentes professions médicales et paramédicales, que ce soit au niveau du lycée ou durant les premières années d'études supérieures. L'idée n'est pas de fusionner entièrement les cursus, mais plutôt de créer des espaces d'apprentissage partagés. Cela pourrait-il, selon vous, favoriser une meilleure collaboration et une plus grande efficacité dans le travail quotidien des professionnels de santé ?

Par ailleurs, nous souhaiterions recueillir vos avis sur d'éventuelles améliorations à apporter aux formations actuelles des infirmiers, des soignants et des médecins, dans l'optique de faciliter l'accès aux soins pour tous.

Mme Joëlle Martinaux. Il existe déjà un tronc commun de formation pour certaines professions paramédicales. Étendre ce principe à d'autres métiers, comme les infirmiers ou les kinésithérapeutes, pourrait effectivement générer des économies en termes de coûts de formation et améliorer la cohésion entre les différents acteurs de santé.

Il est également crucial de revaloriser les métiers d'accompagnement à domicile. Les auxiliaires de vie, souvent en première ligne, mériteraient une formation plus poussée, à l'instar de ce qui a été fait pour les assistants de régulation médicale (ARM). Cette évolution a permis une meilleure reconnaissance de leur rôle. Je préconise par ailleurs la création d'un statut d'aide-soignant libéral, qui pourrait prendre en charge les soins d'hygiène et l'accompagnement des patients très dépendants à domicile.

La séance est suspendue de dix-huit heures quinze à dix-huit heures quarante-quatre.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Madame Boreux, vous avez évoqué les difficultés financières auxquelles sont confrontés les établissements de santé et proposé certaines pistes d'amélioration. Pourriez-vous développer votre vision d'un accompagnement plus efficace ? Au sein de votre collectif de directeurs d'établissements sanitaires, avez-vous réfléchi à des sources de financement potentielles ? En effet, bien que nous reconnaissons la nécessité d'améliorer de nombreux aspects de notre organisation sanitaire, il est impératif d'identifier des moyens de financement viables.

Mme Céline Boreux. Notre collectif, initialement créé pour promouvoir et défendre le métier de directeur d'établissement public de santé, s'aligne sur les propositions récemment présentées par la Fédération hospitalière de France (FHF) concernant la recherche de financements supplémentaires.

En tant que gestionnaires d'établissements publics, notre priorité est de veiller à l'application rigoureuse du cadre réglementaire existant, notamment le Code de l'action sociale et des familles. Nous constatons que certains outils prévus pour revaloriser les financements de nos établissements sont sous-utilisés.

Notre engagement envers le service public est au cœur de notre démarche. Bien que nous reconnaissons la place légitime des secteurs privé et associatif dans la prise en charge des personnes âgées, notre philosophie diffère en ce que nous visons l'équilibre financier plutôt que la recherche de profits excessifs.

Une piste de réflexion pourrait être de reconsidérer certaines exonérations fiscales et sociales actuellement accordées, au profit d'un réinvestissement dans le secteur public. Cependant, sur ces questions de financement, nous nous en remettons principalement aux propositions de la FHF, qui possède une expertise plus approfondie en la matière.

Notre objectif est avant tout de tirer la sonnette d'alarme sur la situation financière des établissements. Nous sommes confrontés à des limitations dans l'augmentation des prix de journée imposées par les conseils départementaux. Notre financement repose principalement sur la cinquième branche de la Sécurité sociale et sur des crédits complémentaires alloués par les ARS en fin d'année.

Nous plaçons pour une fusion des sections dépendance et soins afin de simplifier la gestion financière. Bien que certains conseils départementaux nous apportent un soutien précieux, nous constatons de fortes disparités territoriales, souvent liées à des choix politiques locaux. Par exemple, les orientations politiques des départements peuvent influencer significativement le niveau de soutien accordé aux établissements.

Notre revendication principale porte sur une harmonisation des pratiques à l'échelle nationale. Les disparités actuelles, notamment dans la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par les départements, peuvent entraîner des inégalités de traitement pour les personnes âgées selon leur lieu de résidence. Nous appelons donc à une plus grande équité et à une harmonisation des politiques en faveur des personnes âgées sur l'ensemble du territoire.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Je souhaite aborder la question des disparités entre établissements publics et privés concernant la permanence des soins. Dans le cadre de vos missions, constatez-vous effectivement ces différences ? Quelles actions pourrions-nous envisager pour simplifier et harmoniser ces pratiques ?

Je pense notamment à un exemple concernant les infirmières relevant de la fonction publique hospitalière et celles de la fonction publique territoriale. L'obligation de passer un concours administratif pour exercer en tant qu'infirmière crée une inégalité de traitement manifeste. Cette situation peut mettre en difficulté certains établissements de la fonction publique territoriale. Avez-vous identifié d'autres exemples, que ce soit en termes de rémunération ou de réglementation, qu'il serait pertinent d'harmoniser pour une meilleure cohérence du système ?

Mme Céline Boreux. L'augmentation annoncée des cotisations retraite va malheureusement nous contraindre à limiter les concours de titularisation. Nous serons amenés à recruter davantage de contractuels, le coût étant moindre que la titularisation d'agents. Il est important de souligner que ces concours ne visent pas à évaluer les compétences infirmières déjà acquises, mais à intégrer la fonction publique et à adhérer à ses valeurs.

Cette situation est alarmante pour l'ensemble du secteur public. En tant que directeurs d'établissements, nous sommes confrontés à un défi perpétuel : chaque année, nous devons trouver de nouvelles économies, supprimer des postes de direction et administratifs,

alors même que ces fonctions sont essentielles au regard des exigences croissantes en termes de justification, d'indicateurs et d'argumentaires. Nous ne pouvons plus mener à bien notre métier de directeurs sans personnel administratif conséquent. C'est pourquoi nous sommes favorables aux groupements territoriaux de coopération, qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux, car il n'est plus possible de fonctionner de manière isolée.

Pour favoriser l'attractivité des métiers, il est crucial de recentrer chaque professionnel sur son cœur de métier. Par exemple, nous déployons de plus en plus de secrétaires médicaux dans nos services pour décharger les infirmiers des tâches administratives et rendre nos établissements plus attractifs pour les médecins. C'est une mesure concrète que nous portons fermement au sein du collectif, en demandant le financement de ces postes par l'assurance maladie.

La problématique du recrutement a évolué. Auparavant, nous peinions à recruter en raison de salaires trop bas. Aujourd'hui, malgré une amélioration des rémunérations suite aux mesures post-covid, nous rencontrons des difficultés de recrutement liées à la charge de travail excessive et à nos déficits importants. Les postes supplémentaires annoncés sont souvent absorbés par nos déficits plutôt que traduits en personnel additionnel.

L'attractivité de nos métiers repose désormais davantage sur le sens du travail que sur l'aspect financier. Nous parvenons encore à recruter des personnes engagées, même si nous sommes limités dans le recrutement de médecins, ne pouvant rivaliser avec certains grands groupes privés en termes de salaires. Nous attirons des médecins engagés dans le secteur hospitalier, mais cela fonctionne principalement dans les zones à forte densité médicale.

Notre principal défi est de redonner du sens aux métiers du soin. La présence de secrétaires médicaux est un atout majeur pour recruter des médecins et permettre aux infirmiers de se concentrer sur leurs missions de soins, sachant que la gestion administrative peut occuper jusqu'à un tiers de leur temps. Face à la pénurie d'infirmiers, il est crucial de récupérer ce temps pour le consacrer aux patients et aux résidents.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Madame Lemaire, pourriez-vous nous détailler davantage vos interactions avec les directeurs d'Ehpad et les professionnels de santé ? Votre champ d'action se limite-t-il aux Ehpad ou s'étend-il également aux prestations de soins à domicile ? Comment votre organisation est-elle structurée ? Quelles relations entretenez-vous, en tant que représentante des usagers ou des aidants, avec les pouvoirs publics et l'administration ?

Mme Jade Lemaire. Notre action se concentre sur les familles et les proches qui apportent leur soutien aux résidents d'Ehpad. Nous n'intervenons pas dans le domaine du maintien à domicile, qui bénéficie déjà d'une meilleure représentation à travers diverses associations.

Avant la crise du Covid-19 et les scandales qui ont suivi, les familles étaient relativement invisibilisées. Contrairement à l'opinion répandue selon laquelle les familles « placent » leurs proches en Ehpad puis disparaissent, la réalité est bien différente. Les familles que nous représentons sont confrontées à des établissements dysfonctionnels et maintiennent souvent une implication importante auprès de leurs parents.

Cette implication prend deux formes principales. D'une part, certaines familles poursuivent naturellement le soutien qu'elles apportaient déjà avant l'entrée en établissement, dans une logique de réciprocité intergénérationnelle. D'autre part, face aux dysfonctionnements, de nombreuses familles se retrouvent à assumer des missions qui relèvent normalement du personnel soignant ou d'aide de l'établissement. Par exemple, elles

interviennent pour compléter l'alimentation et prévenir la dénutrition, palliant ainsi le manque de personnel ou la qualité insuffisante des repas.

Je suis convaincue que si les familles étaient plus investies et présentes, les dérives que nous constatons aujourd'hui n'auraient jamais atteint une telle ampleur. Malheureusement, toutes les familles ne peuvent pas être aussi présentes qu'elles le souhaiteraient.

Nous partageons tous l'espoir d'une meilleure prise en charge, mais force est de constater que nous sommes face à un échec collectif. J'ai entendu madame Boreux évoquer le fait que les conditions dans certains établissements conduisaient parfois à des situations de maltraitance, que ce soit du fait des structures ou d'autres facteurs. C'est une réalité terrible à laquelle nous sommes confrontés et qui nécessite une action urgente et concertée de tous les acteurs concernés.

Notre action se concentre sur les proches aidants en Ehpad. Nous souhaitons obtenir une meilleure visibilité car la place des aidants dans ces établissements manque d'harmonisation. Certains Ehpad accueillent favorablement les familles, les considérant comme un soutien précieux qui peut indirectement libérer du temps pour le personnel soignant et les résidents ayant des besoins plus importants. À l'inverse, des établissements dysfonctionnels ou maltraitants voient d'un mauvais œil la présence des familles, craignant qu'elles ne constatent et signalent des problèmes.

Dans ces situations problématiques, les alertes auprès des ARS restent souvent sans réponse, entraînant une détérioration du dialogue. C'est là que le CPAE intervient, notamment via notre groupe Facebook privé où les familles partagent leurs observations. Nous n'intervenons qu'après nous être assurés que les familles ont d'abord tenté d'alerter par elles-mêmes et que les faits dénoncés sont documentés.

Notre action consiste alors à rappeler les textes de loi aux directions, particulièrement concernant le conseil de vie sociale (CVS), parfois détourné de sa fonction initiale. Nous relayons également les informations aux ARS, aux conseils départementaux et à nos contacts au ministère. Notre intervention vise souvent à rétablir le dialogue, mais nous souhaiterions que les ARS proposent rapidement des mesures de médiation entre les établissements et les familles.

Notre objectif n'est pas de dénigrer systématiquement, mais de faire progresser la situation en rappelant les dispositions légales et la réalité vécue par les usagers. Nous constatons que certains établissements publics, avec des moyens équivalents ou moindres, fonctionnent mieux que certaines structures privées plus coûteuses. Cette situation crée une déception légitime chez les familles, confrontées à un décalage entre le discours commercial et la réalité de la prise en charge.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Il est important de souligner, comme vous l'avez fait, que ces problèmes ne concernent pas la majorité des établissements, où le personnel accomplit un travail remarquable dans des conditions souvent difficiles, toujours dans l'intérêt des patients et des résidents.

J'aimerais maintenant m'adresser à la Fedepsad et à la Fnehad pour mieux comprendre le système de financement. Pouvez-vous m'éclairer sur la part de financement public, l'existence éventuelle d'un reste à charge, et si celui-ci dépend des revenus ? S'agit-il d'un système concurrentiel à but lucratif ou uniquement associatif ? Je souhaiterais avoir une vision plus claire de la structuration de ce marché.

M. Louis Champion. Pour la Fedepsad, le financement est relativement simple. Les prestataires de santé à domicile sont rémunérés par l'assurance maladie selon des tarifs

définis par le comité économique des produits de santé (CEPS), de manière similaire aux médicaments ou aux actes médicaux. La prise en charge est à 100 %, sauf pour l'apnée du sommeil où les mutuelles interviennent au-delà de 65 % pour les patients qui ne sont pas en affection de longue durée (ALD). Le reste à charge est donc marginal, voire inexistant dans la plupart des cas. Le financement est essentiellement public, avec une participation mineure des mutuelles.

M. Mathurin Laurin. Le financement de l'hospitalisation à domicile, le financement repose à 98 % sur la tarification à l'activité (T2A). Les 2 % restants sont liés à des critères de qualité et d'emploi. Cette tarification est identique pour tous les établissements, qu'ils soient publics, privés non lucratifs ou privés lucratifs. C'est un système uniforme qui simplifie grandement la lecture et la gestion sur le terrain. Les autorités de tutelle n'ont pas à se préoccuper du statut de l'établissement lors de l'orientation d'un patient, ce qui est un avantage considérable. Cette homogénéité et cette simplicité de financement sont assez rares dans le monde de la santé pour être soulignées. Il est important de noter que nous fonctionnons comme des établissements hospitaliers et non comme des structures commerciales, malgré la diversité de nos statuts juridiques.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Vous évoquez la tarification des actes. Existe-t-il une différence de valorisation par rapport aux mêmes actes réalisés en milieu hospitalier traditionnel ?

M. Mathurin Laurin. La différence est majeure et est à l'avantage de l'hospitalisation à domicile. Selon les estimations du Conseil de l'assurance maladie, le coût en hospitalisation à domicile (HAD) est de 1 pour un coût hospitalier équivalent de 3,5.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Vous voulez dire que pour une même hospitalisation, le même acte est valorisé 3,5 fois plus en milieu hospitalier traditionnel qu'en HAD ?

M. Mathurin Laurin. Un même séjour est valorisé à 3,5 fois plus lorsqu'il est effectué en milieu hospitalier. Cette différence s'explique par l'absence de structures, d'entretien, de chauffage et de bâtiments dans le cadre de l'HAD, puisque les soins sont prodigués au domicile du patient.

Prenons l'exemple de la réhabilitation améliorée après chirurgie cardiaque (RAC). Un professeur à Strasbourg a mis en place un protocole où, sur un parcours d'un mois, la dernière semaine se déroule en HAD plutôt qu'à l'hôpital. La différence de coût est significative : une journée de RAC en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) coûte 1 250 euros, contre 196 euros en HAD pour des soins identiques. Le professeur à l'origine de cette initiative a ainsi orienté 3 100 patients vers l'HAD sur cinq ans, générant une économie de 18 millions d'euros pour son établissement et l'assurance maladie. Cette différence structurelle de coûts s'explique simplement par le mode de fonctionnement distinct des établissements. L'hôpital traditionnel implique des infrastructures coûteuses, tandis que l'HAD utilise le domicile du patient comme lieu de soins.

Cette approche permet donc à l'assurance maladie de réaliser des économies substantielles pour les patients éligibles à l'hospitalisation à domicile, tout en maintenant la qualité des soins.

M. Louis Champion. Je souhaite apporter un complément d'information concernant la prise en charge des patients à domicile. Les PSAD assurent le suivi d'un nombre croissant de patients sortant de l'hôpital. Cette tendance s'est accélérée durant la crise du Covid-19, démontrant l'efficacité de ce mode de prise en charge. Actuellement, près de 600 000 patients bénéficient de ce type de soins, avec une croissance annuelle de 10 %. Cette

augmentation témoigne de la confiance accordée par les services hospitaliers à ce dispositif. Les médecins hospitaliers ne confieraient pas leurs patients à ce système s'il présentait un risque de perte de chance ou de ré-hospitalisation.

D'un point de vue économique, cette stratégie s'avère dominante, c'est-à-dire la moins coûteuse. Bien que la comparaison avec l'hôpital soit complexe en raison de la T2A et de la durée moyenne de séjour (DMS), les soins à domicile représentent une alternative nettement moins onéreuse. Pour les patients communs à l'HAD et aux PSAD, les coûts sont similaires, mais toujours inférieurs à ceux de l'hospitalisation traditionnelle.

Cette approche répond à l'objectif de maintenir le patient à son domicile le plus longtemps possible, tout en étant économiquement viable. Deux voies principales se dessinent : l'HAD pour certains patients et la combinaison PSAD/IDEL/services d'aide à domicile (SAD) pour d'autres. L'efficacité de ce système est telle qu'il passe souvent inaperçu, à l'instar des trains qui arrivent à l'heure. La question qui se pose désormais est de savoir comment amplifier ce mouvement et le comparer à d'autres modèles.

Plusieurs pistes d'amélioration se présentent, notamment dans la diffusion de l'innovation. Par exemple, les traitements d'immuno-oncologie pourraient être administrés à domicile plutôt qu'à l'hôpital. De même, l'accompagnement de la fin de vie à domicile pourrait être optimisé, en s'appuyant sur les infirmières déjà présentes auprès des patients. L'hémodialyse à domicile représente également une opportunité prometteuse, offrant une qualité de soins équivalente à celle des centres spécialisés.

En conclusion, il est crucial de réfléchir à des propositions concrètes pour développer et améliorer ces services de santé à domicile, qui représentent un enjeu majeur de santé publique.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Existe-t-il une coordination ou une complémentarité entre l'HAD et les PSAD ?

M. Mathurin Laurin. Nous traitons parfois les mêmes patients, mais à des moments différents de leur parcours de soins. Concernant les chimiothérapies évoquées, la Haute Autorité de santé a publié en 2015 un rapport détaillé de près de 500 pages. Ce document expose clairement les raisons pour lesquelles l'administration de chimiothérapies injectables à domicile ne peut intervenir que dans le cadre d'une prise en charge par un établissement hospitalier. Si ces patients ne sont pas pris en charge par un établissement d'hospitalisation à domicile, ils se retrouvent en hôpital de jour classique. Les prestataires de santé à domicile ne sont actuellement pas habilités à administrer ces chimiothérapies, dont la toxicité et la sensibilité, notamment lors de la reconstitution, sont bien connues. La HAS a établi des protocoles très précis concernant la reconstitution des produits cytotoxiques, ainsi que des recommandations strictes sur leur administration, la surveillance des patients et le recours médical.

Cependant, nous disposons de médecins salariés, d'une expertise médicale et d'un conseil médical disponible 24 heures sur 24. Bien que nous n'assurons pas une permanence des soins, nous garantissons leur continuité. L'ensemble de ces éléments souligne la nature hospitalière de ces prestations. Nous traitons potentiellement les mêmes patients, mais pas au même moment, pas pour les mêmes pathologies, et certainement pas pour l'administration des mêmes médicaments.

M. Louis Champion. Je suis d'accord avec vous, mais mon point est légèrement différent. Je soutiens que nous pouvons considérablement améliorer la prise en charge initiale des patients à domicile. En comparaison avec nos voisins européens, notamment l'Allemagne et le Royaume-Uni, qui ne sont pas nécessairement des pays plus riches, la France accuse un

retard significatif dans les prises en charge à domicile. Cet écart a non seulement un impact économique important en surchargeant nos hôpitaux, mais affecte également la qualité de vie des patients. Nous avons évoqué la dignité et le désir de vivre chez soi. Or nous privons actuellement ces patients de cette chance, particulièrement importante lorsqu'ils sont entourés de leur famille.

M. le président Jean-François Rousset. La richesse de notre pays réside dans sa capacité à offrir les deux options, car certaines situations géographiques, immobilières ou familiales ne permettent pas toujours un maintien à domicile permanent et viable. Certaines personnes, une fois placées en structure, peuvent voir leur état se dégrader plus rapidement que si elles étaient restées chez elles. J'ai personnellement visité les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) dans ma région, et je constate que la comparaison est pertinente. Vous avez raison tous les deux, mais l'objectif de cette commission d'enquête est précisément de recueillir vos témoignages pour élaborer un rapport qui s'appuiera sur vos contributions.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. J'aimerais poser une dernière question au docteur Martinaux. Il est important d'impliquer les élus dans les prises de décision et dans l'élaboration de l'offre de santé. On évoque souvent les départements pour le volet sanitaire et de plus en plus des régions, bien que ce ne soit pas de leur compétence directe, en raison de la structuration des ARS. Concernant les CCAS, certains Ehpad en dépendent. Quelle est votre vision de leur rôle, de leurs compétences, et de leur collaboration potentielle avec les autres collectivités, départements et régions ?

Mme Joëlle Martinaux. Je commencerai par évoquer un outil que j'ai ardemment défendu lorsque je présidais l'UNCCAS : l'analyse des besoins sociaux. Cet outil permet d'établir une cartographie complète d'un territoire, notamment en termes de démographie et d'évaluation de la dépendance. Réalisé par les CCAS, il sert de base aux travaux menés au niveau local et départemental.

L'implication des CCAS dans les contrats locaux de santé est essentielle mais pas systématique selon les territoires. De même, leur participation aux commissions départementales traitant de la dépendance n'est pas toujours acquise, parfois en raison d'inimités politiques qui entravent la communication entre les travailleurs sociaux.

Le travail en réseau est absolument indispensable. Les assistantes sociales peuvent identifier des besoins de soins qui passent inaperçus. En France, nous disposons de solutions d'accès aux soins, mais il faut savoir les mobiliser. La participation aux contrats locaux de santé et à divers réseaux permet de construire un maillage adapté à chaque territoire, qu'il s'agisse d'acteurs associatifs ou autres.

Le CCAS joue un rôle crucial dans le repérage des besoins et la construction de l'accompagnement social, pilier indispensable des soins. Bien que nous disposions de dispositifs d'orientation domiciliaire pour la prise en charge des soins, leur mise en place effective reste inégale. Dans les cas idéaux, tout est programmé avant la sortie de l'hôpital, voire avant une intervention, avec une équipe infirmière prête à assurer le suivi du patient à domicile. Malheureusement, cette situation n'est pas généralisée, et on constate encore trop de « sorties blanches » où l'analyse globale du retour à domicile n'est pas effectuée.

Lorsque cette analyse est réalisée et que la collaboration entre partenaires est effective, les résultats sont positifs, tant pour le patient que sur le plan économique, en évitant des allers-retours inutiles à l'hôpital. Cependant, il persiste des situations où des patients âgés sont renvoyés des urgences dans des conditions inadéquates, malgré les outils et moyens mis en place pour améliorer leur prise en charge.

Le CCAS peut également intervenir via sa commission permanente pour aider financièrement les personnes en difficulté face aux coûts des soins. Il agit comme un coordinateur social essentiel au bon déroulement des soins. De plus, le CCAS peut organiser des hébergements adaptés, comme les pensions de famille, qui accueillent des personnes âgées relativement indépendantes mais nécessitant un certain encadrement. Je tiens à souligner l'excellence des pensions de famille, qu'elles soient situées dans des zones de mobilité ou dans des environnements plus urbains. Ces structures, ainsi que les appartements regroupant plusieurs personnes, présentent de nombreux avantages. Elles permettent notamment à une infirmière libérale de prendre en charge efficacement un groupe de patients, évitant ainsi des déplacements multiples. Les pensions de famille, en particulier, offrent un excellent rapport coût-bénéfice. La présence d'une maîtresse de maison, qui supervise et gère le quotidien des résidents, s'avère extrêmement bénéfique pour leur santé et leur prise en charge médicale.

Bien entendu, je soutiens le maintien à domicile des personnes âgées, y compris en fin de vie, lorsque les conditions le permettent. Cependant, il est impératif de renforcer les équipes de soins palliatifs dans certains territoires où elles sont insuffisantes. De même, il faut développer les équipes innovantes d'accompagnement de fin de vie, qui apportent un soutien crucial aux proches parfois désorientés face à cette situation. Généralement, ces dispositifs fonctionnent très bien, mais il est important de noter qu'ils sont souvent gérés par des associations.

L'objectif principal est d'éviter l'isolement des personnes âgées. Les CCAS jouent un rôle essentiel dans cet accompagnement social au sens large. Leur proximité avec la population leur permet d'identifier précisément les besoins et de mobiliser les ressources nécessaires pour y répondre efficacement.

Mme Jade Lemaire. La position du CPAE sur le virage domiciliaire se veut une position d'alerte. Certes, cette orientation politique répond à une aspiration largement partagée par l'opinion publique : la volonté de vieillir et de finir ses jours chez soi. Cet objectif largement partagé est louable, mais il nécessite un encadrement rigoureux.

Contrairement à certains discours optimistes, la réalité du terrain est plus nuancée. Des mesures concrètes s'imposent pour lutter contre le turn-over du personnel, car les personnes âgées ont besoin d'une prise en charge continue et stable, respectant leurs habitudes. Il est également crucial de renforcer le contrôle des obligations de formation initiale et continue, particulièrement dans les domaines de la prévention des maltraitances et de la dénutrition.

Notre principale inquiétude tient au risque de déplacer des problématiques systémiques, potentiellement sources de maltraitance, dans un huis clos. Nous constatons déjà une certaine invisibilisation des maltraitances en établissement, et nous sommes conscients des dangers que peuvent représenter les huis-clos familiaux, comme en témoigne la problématique des violences intrafamiliales. Il serait dramatique d'ouvrir la porte à des situations d'abandon et de maltraitance au domicile, où les personnes âgées se retrouveraient isolées, sans témoin, et où les familles qui alerteraient se heurteraient à l'absence de soutien.

Par ailleurs, nous craignons que les Ehpad ne deviennent des lieux accueillant uniquement des résidents lourdement grabataires, dont la société et les familles se désintéressent, transformant ces établissements en véritables mouiroirs et déplaçant le risque de maltraitance au sein des structures publiques.

De nombreux rapports attestent que la situation dans les Ehpad est loin d'être optimale. Il est important de le souligner, sans pour autant tomber dans la généralisation.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Je partage votre point de vue, mais j'ai toujours eu pour principe d'éviter les généralisations hâtives. Ainsi, je refuse de parler de

« violences policières » systémiques, préférant évoquer des cas individuels de policiers commettant des actes répréhensibles. Je pense qu'il convient d'appliquer la même logique aux Ehpad. Il existe certainement des problèmes dans certains établissements, mais cela ne justifie pas une généralisation à l'ensemble du secteur.

Mme Céline Boreux. Sans adhérer totalement aux propos de ma collègue, je partage une grande partie de son analyse. Certes, il existe des Ehpad exemplaires, qui mettent en place des politiques bienveillantes, valorisent la parole des résidents et les impliquent activement dans la vie de l'établissement. C'est d'ailleurs l'approche que je m'efforce d'appliquer dans mes propres structures.

Néanmoins, force est de constater l'émergence d'une maltraitance systémique, résultant d'un manque de moyens pour assurer une prise en charge véritablement personnalisée. Les conditions de travail pénibles en Ehpad sont devenues un constat quasi unanime, tout comme la problématique du sous-effectif chronique. Cette réalité compromet notre capacité à mettre en œuvre des politiques efficaces, notamment en matière de lutte contre la dénutrition. Nourrir une personne âgée grabataire peut nécessiter jusqu'à cinquante minutes, temps dont nous ne disposons tout simplement pas pour chaque résident lourdement dépendant. Sans l'aide précieuse des familles, nous nous trouvons dans l'incapacité de répondre pleinement à ces besoins.

Concernant le virage domiciliaire, je rejoins les inquiétudes exprimées précédemment. Son fonctionnement actuel repose largement sur une génération encore habituée à vivre à proximité de ses parents. Cependant, avec l'arrivée des baby-boomers dans le grand âge, nous faisons face à une nouvelle configuration : des enfants souvent éloignés géographiquement, devant jongler entre l'aide à leurs parents âgés et l'éducation de leurs propres enfants, parfois encore jeunes. Si le virage domiciliaire se traduit par l'isolement des personnes âgées, ne recevant que des visites ponctuelles d'auxiliaires de vie souvent différentes, nous risquons d'aboutir à un modèle sociétal en contradiction avec nos valeurs d'accompagnement des aînés.

Pourquoi n'aurions-nous pas droit à un véritable accompagnement de qualité ? Nous devons être extrêmement vigilants quant à la mise en œuvre du virage domiciliaire, en veillant à ne pas créer des situations d'isolement et de maltraitance invisibles, faute de regard extérieur sur ce qui se passe au sein des foyers.

M. Mathurin Laurin. À force d'invoquer le concept de virage domiciliaire, nous risquons de tourner en rond. Il est temps de passer à l'action concrète. Malgré les défis indéniables en termes de recrutement et de financement, des pistes d'amélioration tangibles s'offrent à nous.

En ce qui concerne l'hospitalisation à domicile, nous disposons de pistes opérationnelles prometteuses. Au-delà de la chirurgie cardiaque déjà évoquée, des avancées significatives sont possibles dans des domaines tels que la pédiatrie, la physiothérapie ou encore la prévention des passages aux urgences. Nos tutelles sont désormais sensibilisées à l'importance de l'hospitalisation à domicile.

Un enjeu majeur réside dans l'intégration de cette approche dans la formation initiale des professionnels de santé. Il est crucial d'implémenter de manière plus volontariste l'hospitalisation à domicile dans les cursus académiques des médecins et des soignants. En effet, ce qui n'est pas abordé durant la formation a peu de chances d'être appliqué ensuite dans la pratique professionnelle.

Enfin, je tiens à rappeler les bénéfices considérables de l'hospitalisation à domicile pour les patients. Cette dimension ne saurait être trop soulignée dans nos réflexions et nos

recommandations. Vous avez parfaitement souligné la volonté croissante des patients d'être soignés à domicile. Cette demande est non seulement légitime, mais également réalisable dans le contexte actuel en France. Elle bénéficie aux établissements hospitaliers en fluidifiant leur activité pour certaines prises en charge, permettant d'orienter des patients vers des soins à domicile plutôt que de les maintenir dans nos structures. Elle répond de plus à une nécessité incontournable, car aucune alternative ne s'avère plus pertinente. Enfin, elle génère un bénéfice financier substantiel pour l'assurance maladie, comme le souligne le rapport du Haut Conseil de l'assurance maladie que j'ai précédemment mentionné. Dans un contexte où nous cherchons à réaliser des économies considérables, estimées à 40 milliards d'euros pour l'année à venir, cette approche offre des pistes d'efficacité budgétaire non négligeables, bien que nous ne soyons pas l'unique source de ces économies potentielles.

Virage domiciliaire, oui, mais allons-y vraiment, de sorte qu'il bénéficie au plus grand nombre de patients.

L'audition s'achève à dix-neuf heures trente-cinq.

*

* *

Membres présents ou excusés

Présents. - M. Christophe Naegelen, M. Jean-François Rousset